

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

Del 1

*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

Till statsrådet Åsa Regnér

Regeringen beslutade den 25 juni 2015 att tillsätta en särskild utredare för att ta fram ett 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 (dir. 2015:72). Utredaren ska, enligt direktiven, i analyser, överväganden och förslag redovisa konsekvenser för jämställdhet och för en jämlik äldreomsorg. Utredaren ska föreslå åtgärder som syftar till

- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Översyn av särskilda boendeformer
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg
- Användning av välfärdsteknologi.

Som särskild utredare förordnades Susanne Rolfner Suvanto från den 1 september 2015. Utredningen har antagit namnet Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03).

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 3 december 2015 departementssekreterare Erik Adell Hellström, kanslirådet Carina Cronsioe, departementssekreterare Monica Malmqvist och departementssekreterare Marie Nordmarc. Den 15 februari 2016 entledigades Marie Nordmarc från uppdraget som sakkunnig. Den 16 februari 2016 förordnades som sakkunniga i utredningen kanslirådet Sophie Ahlstrand, kanslirådet Stina Friberg och departementssekreterare Madeleine Lahdo. Den 3 november 2016 entledigades kanslirådet Carina Cronsioe från uppdraget som sakkunnig och som ersättare

förordnades från den 4 november 2016 departementssekreteraren Christina Hassel som sakkunnig.

Som experter i utredningen förordnades från den 3 december 2015 samordnare Greger Bengtsson, utredare Anders Bergh, projektledare Göran Bertilsson, utredare Raymond Dahlberg, enhetschef Karin Eriksson, utredare Jean-Luc af Geijerstam, Tuomo Heiskala, utredare Helena Henningson, expert Ulrika Hägred, näringspolitisk expert Sabina Joyau, chefs- och ledarskapsstrateg Jonas Karlsson, vice ordförande Johan Larson, styrelseledamot Ingela Månsson, utredare Mikael Nordberg, styrelseledamot Gunvor Petersson, ordförande Christina Rogestam, styrelseledamot Jöran Rubensson, kvalitetschef Thomas Schneider, socialpolitisk chef Camilla Sköld, ordförande Christina Tallberg och utredare Anna Werkelin Ahlin.

Till utredningen har funnits en parlamentarisk referensgrupp. Som deltagare i den utsågs den 3 december 2015 riksdagsledamoten Mikael Dahlqvist, ledamoten i omvårdnadsnämnen Tord Fredriksen, riksdagsledamoten Emma Henriksson, riksdagsledamoten Margareta B. Kjellin (t.o.m. 2017-02-15), ordföranden i nämnden för personer med funktionsnedsättning och f.d. riksdagsledamoten Agneta Luttröpp, f.d. kommunalrådet Rasmus Persson, riksdagsledamoten Per Ramhorn och riksdagsledamoten Barbro Westerholm.

Helena Axestam har varit anställd som utredningens huvudsekreterare från den 29 september 2015. Guy Lööv och Merja Metell Suomalainen har varit anställda som sekreterare i utredningen från den 1 oktober 2015 och Gert Alaby från den 14 december 2015. Juristen Sayran Khayati var anställd som sekreterare i utredningen under perioden 1 december 2015–30 juni 2016. Dessa medarbetare har utgjort utredningens sekretariat.

Sven-Erik Wånell, f.d. direktör, har efter avtal med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, utfört uppdrag för utredningens räkning och deltagit i sekretariatets arbete under perioden 17 december 2015–31 mars 2017. Eva Ahlholm, stadsadvokat, har efter avtal med Stockholms stad, utfört uppdrag för utredningen inom främst det juridiska området och deltagit i sekretariatets arbete under perioden 1 oktober 2016–31 mars 2017.

I sitt arbete har utredningen beaktat vad som är känt i månadskiftet januari–februari 2017. Det innebär att beslut av riksdag och regering, myndigheters uppdrag som är avrapporterade samt av-

handlingar som är publicerade senare inte redovisas eller har påverkat innehållet i betänkandet.

Som exempel kan nämnas att riksdagen den 1 februari 2017 beslutade i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43). I betänkandet hänvisas till bestämmelserna i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen som gäller t.o.m. den 31 mars 2017. De paragrafer som hänvisas till i detta betänkande finns, med annan numrering men med samma ordalydelse, i den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* (SOU 2017:21).

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i mars 2017

Susanne Rolfner Suvanto

/Helena Axestam
Guy Lööv
Merja Metell Suomalainen
Gert Alaby

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 biståndsprövningen?...	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

Förkortningar

ADL	Aktiviteter i dagligt liv. Instrumentella (I-ADL): städning, matinköp och matlagning, transport med allmänna kommunikationer och tvätt; personliga (P-ADL): bad/dusch, av/ påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag
ARC	Aging Research Center, nationellt forskningsinstitut med Stockholms universitet och Karolinska Institutet som huvudmän
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
bet.	Betänkande från något av riksdagens utskott
BNP	Bruttonationalprodukt
BTP	Bostadstillägg för pensionärer
CASE	Centre for Ageing and Supportive Environments, nationellt forskningsinstitut, Lunds universitet
CEPI	Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser, Lunds universitet
ESO	Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi inom Regeringskansliet
EU	Den europeiska unionen
EU/EES-området	De länder som är medlemmar i den europeiska unionen samt de länder som undertecknat det s.k. EES-avtalet (Island, Lichtenstein och Norge), som är ett associeringsavtal mellan EU och dessa länder
FA-region	Funktionella analysregioner
FN	Förenta Nationerna.

FoU	Forskning och Utveckling
Forte	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
H70	Longitudinell befolkningsstudie som bedrivs i Göteborg sedan 1971
hbtq	Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner
HIV	Humant Immunbrist-virus
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
ICF	Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
IKT	informations- och kommunikationsteknik
IOP	Idéburet offentligt partnerskap
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KASAM	Känsla av sammanhang (Aaron Antonovsky)
KL	Kommunallagen (1991:900)
KTH	Kungliga Tekniska Högskolan
LEV-projektet	Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster, projekt initierat av Socialdepartementet
LOU	Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling
LOV	Lagen (2008:962) om valfrihetssystem
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MFD	Myndigheten för delaktighet
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
MYH	Myndigheten för yrkeshögskolan
NASP	Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Nka	Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Kalmar
NISAL	Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande, Linköpings universitet
NPM	New Public Management, form av styrnings- och ledningsmetoder
NPS	Socialstyrelsens nationella planeringsstöd
NVC	Nordens Välfärdscenter
OECD	Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling
PL	Patientlagen (2014:821)
PRO	Pensionärernas riksorganisation
prop.	Proposition
rskr.	Riksdagsskrivelse, dvs. riksdagens skrivelse till regeringen med meddelande om riksdagens beslut
RUT	Renhållning, underhåll och tvätt – system för skatteavdrag för hushållsnära tjänster
SBTP	Särskilt bostadstillägg för pensionärer m.fl.
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SCB	Statistiska Centralbyrån
SIP	Samordnad individuell plan
SIS	Swedish Standards Institute
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
skr.	Regeringens skrivelse till riksdagen
SMER	Statens medicinsk-etiska råd

SNAC	Swedish National Study on Ageing and Care. Longitudinell befolkningsstudie som följer personer 60 år och äldre och bedrivs i Blekinge, Kungsholmens stadsdel i Stockholm, Nordanstig och Skåne (fem kommuner) sedan 2000
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling, med föreskrifter, allmänna råd och kungörelser.
SOU	Statens offentliga utredningar
SPF	SPF (Sveriges Pensionärsförbund) Seniorerna
ST-block	Organiserad specialisttjänstgöring för läkare
ST-tjänst	Tjänst för läkare som genomgår specialistutbildning
SWEDAC	Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
SWEOLD	Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old, longitudinell studie som följer personer över 75 år, startade 1992
UKÄ	Universitetskanslersämbetet
UNECE	The United Nations Economic Commission for Europe
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen), FN:s organ för hälsofrågor

Ordförklaringar

<i>Anhörig</i>	Den person som ger insatser till en närstående.
<i>Biståndshandläggare</i>	Vanlig benämning på den tjänsteman som efter delegation beslutar på nämndens vägnar i ärenden om olika former av bistånd.
<i>Boendestöd</i>	Bistånd i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper i eget boende.
<i>Effektivitet</i>	Att göra rätt saker för rätt personer på rätt sätt vid rätt tid.
<i>E-hälsa</i>	Att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa.
<i>Enhetschef</i>	Verksamhetsnära person som vanligen har ansvar såväl för ledning av utförandet av insatserna som för personal och ekonomi.
<i>Existentiell</i>	Som rör eller är avgörande för en människas existens. Existentiell hälsa inbegriper bl.a. mening och syfte med livet, helhet, harmoni och hoppfullhet.

<i>Fixartjänst</i>	En funktion vissa kommuner erbjuder till personer över viss ålder och/eller med funktionsnedsättning, ofta med inriktning mot fallförebyggande (t.ex. uppgifter i hemmet där det behövs stege) eller som är tunga.
<i>Funktionsnedsättning</i>	Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.
<i>Funktionshinder</i>	Det hinder eller begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.
<i>Geriatrik</i>	Läran om åldrandets sjukdomar.
<i>Gerontologi</i>	Läran om den friska ålderdomen, med betoning på psykologiska och samhällsvetenskapliga aspekter.
<i>Hemsjukvård</i>	Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. I alla län utom Stockholms län har kommunerna övertagit ansvar för hemsjukvård. I Stockholms län har arbete påbörjats för ett kommunalt övertagande. Gränsdragningarna mellan landstingets och kommunernas ansvar kan skilja sig mellan länen.
<i>Hemtjänst</i>	Bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

<i>Huvudman</i>	Avser i detta betänkande kommunerna och landstingen som ansvariga för hälso- och sjukvård och (för kommunernas del) socialtjänst. Kommuner och landsting har kvar sitt huvudmannaskap även om en verksamhet lämnas över till en privat utförare.
<i>Hälsa</i>	Kan beskrivas som frihet från sjukdom och sjukdomsrelaterat funktionshinder, bibehållande av fysisk och kognitiv funktionsförmåga, bibehållande av aktivt engagemang. Ojämlighet i hälsa är systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position.
<i>Hälso- och sjukvård</i>	Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador inklusive rehabilitering som regleras i hälso- och sjukvårdslagen.
<i>Indikator</i>	Ett mått som ska kunna vara ett hjälpmedel i kvalitetssäkringen, den ska ange riktning, dvs. att ett höga eller låga värden är uttryck för bra eller dålig kvalitet.
<i>Integrerade team</i>	Ett team bestående av olika yrkesgrupper som arbetar gemensamt och samordnat.
<i>Jämlik</i>	Alla människors lika värde.
<i>Jämställd</i>	Kvinnor och män ska ha samma möjlighet att forma samhället och sitt eget liv.

<i>Kvalitet</i>	Alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov, (Standardiseringskommissionens definition).
<i>Könsidentitet</i>	Det kön som man själv identifierar sig med.
<i>Könsuttryck</i>	Hur kön uttrycks genom t.ex. kläder och frisyr dvs. utseende.
<i>Legitimerad yrkesutövare</i>	Den som, i enlighet med vad som anges i patientsäkerhetslagen (2010:659), PL, har avlagt högskoleexamen eller har gått igenom utbildning eller på annat sätt fått motsvarande kompetens och som, i förekommande fall, fullgjort praktisk tjänstgöring ska efter ansökan få legitimation för yrket. En i PL angiven yrkestitel får användas endast av den som har legitimation för yrket eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring.
<i>Närstående</i>	Den person som tar emot omsorg, vård eller stöd av en anhörig.
<i>Ordinärt boende</i>	Alla boendeformer som inte förutsätter någon form av beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen av kommunen.
<i>Partner</i>	Används i detta betänkande som ett samlande begrepp för make, maka, partner och sambo.

Presumption

Innebär antagande om att det föreligger visst förhållande under vissa förutsättningar. Ett exempel på detta är den presumption för faderskap, som finns i föräldrabalken. Enligt denna presumeras mannen i äktenskap som huvudregel vara fader till barnet, när modern är gift vid ett barns födsel.

Prevention

Handlar om att förebygga att något oönskat händer i framtiden. Den brukar delas in i tre olika typer: Universell prevention riktar sig till en hel population, t ex befolkningen i stort. Selektiv prevention riktar sig till subgrupper där risken för att utveckla ett riskbeteende är större än i andra grupper. Indikerad prevention riktar sig till personer där större beteendeförändringar eftersträvas (Folkhälsomyndigheten).

Primärvård

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

Privat utförare

En privat aktör som har hand om vården av en kommunal angelägenhet enligt 3 kap. 16 § KL. En privat utförare kan vara en enskild individ men kan också vara ett aktiebolag, ett handelsbolag, en ekonomisk förening, en ideell förening eller en stiftelse. En privat utförare kan inte vara helt eller delägt kommunalt bolag.

<i>Salutogen</i>	Fokus på vilka faktorer som vidmakthåller hälsa snarare än på vad som orsakar sjukdom. I vård och omsorg om äldre personer att utgå från och stärka de resurser och förmågor den äldre personen har.
<i>Samarbete</i>	Används i detta betänkande främst för att beskriva lagarbete, med en organisatorisk och mer fast struktur, t.ex. ett team sammansatt av olika professioner.
<i>Samordning</i>	Används i detta betänkande 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.
<i>Samverkan</i>	Används i detta betänkande för att ange huvudmännens och vård- och omsorgsgivarnas skyldighet att arbeta mot ett gemensamt mål, så som det t.ex. uttrycks i samverkansavtal.
<i>Socialtjänst</i>	Med socialtjänst avses ofta verksamheter som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. Socialförsäkringsbalken (2010:110).

<i>Särskilt boende</i>	Avser särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen som förutsätter beslut om bistånd från kommunen.
<i>Transperson</i>	Är ett samlingsbegrepp och omfattar många olika identiteter
<i>Undersköterska</i>	Används i detta betänkande som en samlingsbeteckning för dem som i statistiken har yrkesbeteckningarna undersköterska, vårdbiträde och de anställda som tillhör kategorin övrig vård- och omsorgspersonal.
<i>Vardagsrehabilitering</i>	Ett arbetssätt där omsorgs- och vårdpersonal har kunskap i ett rehabiliterande förhållningssätt och uppmuntrar den äldre personen till eget handlande. Att ta tillvara personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen, (Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter 2014).
<i>Vård och omsorg</i>	Begreppet används inom äldreområdet när man vill beskriva äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, dvs. insatser som regleras i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, och där det inte är möjligt eller nödvändigt att göra en närmare precisering.
<i>Vård- och omsorgsprogrammet</i>	Ett yrkesprogram inom gymnasieskolan. Efter examen från programmet ska eleverna ha de kunskaper som behövs för att arbeta inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<i>Vårdgivare</i>	Avser en fysisk eller juridisk person som bedriver hälso- och sjukvård. Det är statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).
<i>Välfärdsteknik</i>	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.
<i>Äldre personer</i>	I detta betänkande avses personer som fyllt 65 år.
<i>Äldre med stora och sammansatta behov</i>	Avser i detta betänkande personer som p.g.a. t.ex. flera olika sjukdomar och funktionsnedsättningar är beroende av hjälp av olika yrkesgrupper från hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för att klara sin vardag.
<i>Äldreomsorg</i>	Den del av socialtjänsten som tillhandahåller insatser för äldre personer, både individuellt behovsprövade och allmänt inriktade insatser. Bostad i en särskild boendeform, hemtjänst och dagverksamhet är exempel på individuellt behovsprövade insatser. Öppna verksamheter är ett exempel på allmänt inriktade insatser.

Sammanfattning

Inledning

Regeringen beslutade den 25 juni 2015 att tillsätta en särskild utredare för att ta fram ett 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 (dir.2015:72). Utredaren ska, enligt direktiven, i analyser, överväganden och förslag redovisa konsekvenser för jämställdhet och för en jämlik äldreomsorg. Utredaren ska föreslå åtgärder som syftar till

- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Översyn av särskilda boendeformer
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg
- Användning av välfärdsteknologi.

För att äldre personer ska få vård och omsorg av god kvalitet krävs insatser både från äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen och från landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Ett av de i direktiven utpekade områdena – rehabiliterande insatser – avser främst hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Jag väljer därför att benämna den föreslagna planen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Fokus i kvalitetsplanen ligger på kommunernas vård och omsorg om äldre personer.

Jag föreslår en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer som ska genomföras under fyra mandatperioder – under åren 2019–2034. Den nationella kvalitetsplanen för vård och

omsorg om äldre personer ska inte vara detaljstyrande, utan stödja den lokala och regionala utvecklingen samt bidra till stöd inom de områden där det krävs ett nationellt ansvar. Den ska kunna ge vägledning och vara långsiktig. I början av varje mandatperiod bör en uppföljning av planen redovisas för att visa om utvecklingen går åt rätt håll, vilken också kan utgöra underlag för eventuella förändringar av planen.

Bakgrund och utgångspunkter

I direktivet anges att den nationella kvalitetsplanen för äldreomsorgen ska vara både strategisk och långsiktig. Och det tror jag är absolut nödvändigt för att vi ska kunna uppnå en personcentrerad, sammanhållen och trygg vård och omsorg som bygger på kunskap.

Långsiktighet är nödvändigt för att kunna bedöma om en metod eller arbetssätt har positiv effekt för den äldre personens hälsa och välbefinnande. Det tar tid innan nya arbetssätt får genomslag och ger effekt. Kortsiktiga satsningar riskerar att rycka sönder det nödvändiga strategiska arbetet med ständiga kvalitetsförbättringar. Dessa perspektiv på långsiktighet kan kort uttryckas som att kunna använda samhällets resurser på ett sådant sätt att det blir kvalitet i vården och omsorgen om den äldre personen utan onödiga kostnader.

För att uppnå en långsiktighet har jag strävat efter att låta ett stort antal myndigheter och organisationer delta i utredningens arbete under hela utredningstiden. Sakkunniga, experter, deltagare i den parlamentariska referensgruppen och övriga sex referensgrupper har under utredningstiden getts möjlighet att följa olika steg i arbetet; från diskussionsfrågor, via kunskaps-PM och till betänkandetext. Vid samtliga tillfällen när dessa underlag har diskuterats har representanterna erbjudits att komma in med skriftliga kommentarer.

Jag och medarbetarna i sekretariatet har, ibland tillsammans och ibland var för sig, under utredningens arbete träffat ett stort antal myndigheter, organisationer, nätverk, andra utredningar, forskare och enskilda personer. Syftet har dels varit att ta del av information och synpunkter, dels att informera om den nationella kvalitetsplanen så att den ska vara väl känd och i största mån hänga samman med vad som sker i omvärlden. För utveckling och vård- och omsorgs-

arbetet pågår dygnet runt, alla veckans dagar, oberoende av en statlig utredning.

Jag har velat att utredningen ska ha hög grad av insyn och vara lätt att följa. Förutom de formella möten som genomförts så har också sociala medier – Facebook och Twitter – använts.

Enligt min mening kan ett sådant här arbetssätt bidra till långsiktighet genom att många är delaktiga i arbetet med framtagandet av betänkandet.

Kapitlen i betänkandet följer den struktur som den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer ska ha och som är tillämpbar både regionalt och lokalt enligt följande:

1. En värdegrund som utgångspunkt för kvalitetsplanens genomförande.
2. Kvalitetsplanens struktur i tid och mål där så är möjligt samt visionen för vad som ska vara uppnått inom en given tid.
3. ”Baseline” för att ha underlag för hur det ser ut vid starten av arbetet med att genomföra kvalitetsplanen och därmed ge möjlighet att bedöma om höjd kvalitet och ökad effektivitet uppnåtts.
4. Områden som kvalitetsplanen ska omfatta.
5. Redskap för att följa upp och utvärdera kvalitetsplanen.

Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre – människosyn, kvalitet och effektivitet

Blickar vi tillbaka har det varit en mycket positiv utveckling av vården och omsorgen om äldre personer. På goda grunder kan vi anta att vi inte tidigare har haft en lika bra vård och omsorg om äldre personer som vi har i dag. Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer ska vara ett stöd för att denna positiva utveckling fortsätter.

Jag har i mitt arbete tagit stöd i en människosyn som bygger på varje människas lika värde, varje människas rätt att bestämma över sig själv, att få leva i relation till andra, rätt till trygghet och att bli bemött med respekt.

Vård och omsorg är en relationell verksamhet. En god vård och omsorg bygger på det professionella mötet mellan personalen och den äldre personen. Planeringen och organiseringen av vård- och omsorgsarbete måste utgå från dess specifika karaktär. Den ska skapa utrymme för handlingsfrihet för personalen att kunna hantera individuella behov och önskemål och klara oväntade situationer. Den ska tillgodose att personalen får de förutsättningar som krävs – utbildning, handledning och tid. Den ska utgå från att den äldre personen ska vara delaktig i och medskapande till sin vård och omsorg. Den ska kunna involvera och stödja de anhöriga.

Vården och omsorgen om äldre personer ska vara jämställd och jämlik. Kvinnorna är i majoritet bland de som får vård och omsorg, och i än högre grad bland personalen. Hur åldrandet blir beror, utöver kön, också på socioekonomiska förhållanden, etnicitet, funktionsnedsättning, ålder, språk, könsidentitet, könsuttryck och personlighet.

Det ska vara lika förutsättningar oavsett ålder, kön, utbildning, ekonomiska förutsättningar och social bakgrund. Som ett första steg i en översyn av de nationella målen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24) bör de av riksdagen fastställda målen 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”.

Den äldre personen och vård och omsorg

I kapitel 7 ger jag en bakgrund till vad som formar förutsättningarna för vård och omsorg om äldre personer. Jag tar bl.a. upp vem den äldre personen som har vård och omsorg är, där jag visar på att det är olikheterna som är det gemensamma. Olikheter beroende på att man haft olika livslopp. Olikheter beroende av kön. Olika villkor beroende av utbildning och inkomst. Det skiljer i hälsa och medellivslängd. Vården och omsorgens vardag finner vi främst bland ensamboende, oftast äldre kvinnor, och de stora utmaningarna ligger i att tillgodose en sammanhållen och trygg vård och omsorg för de som har många och sammansatta behov.

God kompetensförsörjning

En kvarts miljon anställda arbetar med kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre personer. Nio av tio är undersköterskor. Sex av tio bland dessa har yrkesutbildning för sitt arbete. Nästan nio av tio som arbetar inom området är kvinnor. Det finns stora skillnader i bemanning och andel som har yrkesutbildning mellan kommunerna. Sverige har jämfört med andra OECD-länder mycket personal i förhållande till den äldre befolkningen och personalvolymen i Sverige har ökat mer än den äldre befolkningen sedan 2009.

Det finns ett säkerställt samband mellan yrkeskompetent personal och god kvalitet i vård och omsorg och i dag finns kvalitetsbrister som kan relateras till bristande yrkeskompetens hos personalen. Framöver kommer kraven på god yrkeskompetens att öka. All personal inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre bör minst ha yrkesutbildning på gymnasial nivå och en ökad andel bör ha eftergymnasial utbildning. All personal inom vård och omsorg – i landsting och kommuner, samt privata utförare – som arbetar med vuxna personer bör i sin yrkesutbildning ha moment av gerontologi och geriatrik.

För närvarande råder brist på yrkesutbildad personal inom flertalet yrken inom vård och omsorg om äldre personer. Denna brist förväntas öka de kommande åren då den demografiskt betingade efterfrågan på arbetskraft ökar kraftigt. Tillgången till sådan personal måste därför utökas påtagligt. Staten och huvudmännen, samt privata utförare, måste i samverkan vidta långsiktigt hållbara åtgärder för att främja kompetensförsörjningen.

För att stimulera huvudmännens och de privata utförarnas åtgärder lägger jag fram förslag till sju indikatorer som avser arbetsvillkor och anställningsförhållanden och som fortlöpande bör följas upp, inom ramen för kvalitetsplanen. Landsting samt kommuner och privata utförare bör ge medarbetare goda förutsättningar att delta i vidare- och specialistutbildning. Landsting och regioner bör utveckla en centraliserad strategisk planering för att styra ST-tjänster till eftersatta specialiteter.

Staten föreslås vidta följande åtgärder:

- Nationella kvalifikationer för undersköterskor läggs fast och legitimation införs senast 2025. En utredning tillsätts skyndsamt för att ytterligare klargöra villkoren.
- Antalet personer som årligen slutför undersköterskestudier behöver öka från dagens cirka 4 000 till 16 000, varför vuxenutbildningen varaktigt måste ges kraftigt utökad omfattning.
- Vuxna bör ges rätt till studier av yrkesämnen inom komvux, även då de har tidigare examen från gymnasieprogram. Frågan bör utredas.
- Myndigheten för yrkeshögskolan bör föreskriva om ett antal nationella specialiseringar för undersköterskor.
- Ett nationellt system för validering bör genomföras och tillämpas likvärdigt inom olika utbildningar.
- Det nationella stödet för livslångt lärande bör utvecklas. Socialstyrelsen och berörda intressenter bör överväga hur det bäst sker.
- I socialtjänstförordningen regleras att i särskilda boendeformer, hemtjänst och dagverksamhet för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Socialstyrelsen bör ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning för enhetschefer samt upphandla en nationell ledarskapsutbildning, som erbjuds alla enhetschefer. Antalet medarbetare per chef bör begränsas.
- Regeringen bör ändra examensmålen för socionomutbildningen så att äldres villkor beaktas bättre i utbildningen. Jag föreslår också myndighetsuppdrag för att säkerställa att yrkesinriktad högre utbildning på såväl grundnivå som avancerad nivå får ökade inslag av gerontologi och geriatrik.
- En nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen bör utvecklas och erbjudas dessa.

- Samverkan mellan berörda aktörer avseende kompetensförsörjningen behöver förstärkas på regional och nationell nivå. Kompetensplattformarna bör ges ett nationellt uppdrag. Dialogen mellan regionerna och den nationella nivån behöver förstärkas.
- Berörda myndigheter bör ges uppdraget att säkerställa bättre tillgång till personalstatistik samt att utarbeta prognoser.

Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser

Många kommuner har ett värdefullt hälsofrämjande arbete med inriktning på äldre personer, som att främja fysisk aktivitet, informera om bra kost, underlätta för äldre att vara aktiva socialt och kulturellt och att vara delaktiga i samhällslivet. Arbetet sker i stor utsträckning genom kommunernas samverkan med och stöd till civilsamhället.

Jag föreslår att regeringen ska 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.

Socialstyrelsen bör få ett uppdrag att inrätta ett nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa.

Livsmedelsverket föreslås få i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen genomföra en ny treårig informations- och utbildningsinsats för den personal som arbetar med mat till äldre personer i ordinärt och särskilt boende. Efter denna treårsperiod bör Livsmedelsverket få uppdrag, och resurser för, att vidmakthålla de resultat som uppnås och kunna tillhandahålla kunskapen för ny personal.

Tillgång till rehabilitering och hjälpmedel ska vara lika god för äldre personer som för yngre personer. Vardagsrehabilitering och ett rehabiliterande förhållningssätt ska enligt min mening vara en självklar del av hur vården och omsorgen för äldre personer är utformad.

Jag föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag 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.

Myndigheten för delaktighet (MFD) föreslås få i uppdrag att kartlägga levnadsförhållanden och livssituation för äldre personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen föreslås göra en kartläggning av tillgång till rehabilitering och habilitering för samma grupp. I uppdragen ligger att särskilt uppmärksamma om det finns skillnader för personer under och över 65 år. Inom ramen för Socialstyrelsens kartläggning ligger också 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.

Sammanhållen vård och omsorg

Jag delar bedömningen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) om att äldre personer med stora och sammansatta behov ska kunna få en vård och omsorg som utförs gemensamt av huvudmännen. Jag föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning, som ska 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 och integrerad vård och omsorg.

Hur de multiprofessionella teamen utformas är beroende på lokala förutsättningar. I teamen bör ingå undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och läkare. Teamen bör ha tillgång till t.ex. dietist, logoped, pedagog, kurator, psykolog och farmaceut.

För att de multiprofessionella teamen ska kunna arbeta på ett för den äldre personen säkert och funktionellt sätt ser jag det som 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.

Om reformen genomförs, bör statliga medel ställas till förfogande till stöd för kommunernas och landstingens planering och genomförande av reformen. Jag föreslår att Socialstyrelsen bör, om

reformen genomförs, få i uppdrag att följa effekterna av den rättsliga regleringen. Denna uppföljning kan då ge kunskapsunderlag för fortsatt utvecklingsarbete. I uppdraget bör ingå att studera hur samspelet mellan de föreslagna teamen, slutenvård och specialistläkare utvecklas, samt hur den kompetens som finns inom den psykiatriska vården ingår i teamarbetet.

Forte föreslår att, inom ramen för sitt uppdrag att stödja 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.

Jag föreslår även att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram ett kunskaps- och metodstöd för att ta tillvara de erfarenheter som finns från olika verksamheter som bedrivits eller bedrivs gemensamt av landsting och kommun, som t.ex. ”trygg hemgång”.

Socialstyrelsen föreslås också få ett uppdrag att kartlägga hemsjukvården för äldre personer i ordinärt boende. Vidare föreslår jag att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges 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.

Anhöriga

Anhöriga svarar för merparten av insatserna till äldre personer som har behov av hjälp i sin vardag. Det finns ingen aktuell kunskap nationellt om hur stödet är utformat, hur väl informationen om vilket stöd som finns når ut till alla anhöriga, eller hur de anhöriga upplever värdet av det. Jag föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att regelbundet följa upp hur stödet till anhöriga som vårdar närstående fungerar. Ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv ska särskilt beaktas.

Socialstyrelsen föreslås också få i uppdrag att utveckla regelbundna undersökningar riktade till anhöriga om vården och omsorgens kvalitet ur ett anhörigperspektiv.

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik används alltmer som ett värdefullt komplement för att öka äldre personers självständighet och trygghet och därmed deras välbefinnande.

Används välfärdsteknik ska det vara för den äldre personens bästa, och det krävs noggranna analyser och överväganden om den kan inkräkta på den äldre personens rätt till integritet och värdighet.

Jag föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att överväga behov av ytterligare lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samtidigt som rättssäkerheten garanteras. Ett motiv till detta är att även äldre personer, som på grund av t.ex. en demenssjukdom har en nedsatt beslutsförmåga, ska kunna ha nytta av välfärdsteknik även om de inte kan samtycka till den.

Det är enligt min bedömning önskvärt att kommunerna, som en del av sitt ledningssystem, utarbetar riktlinjer eller policys för vägledning i införandet så att såväl säkerhet som etiska aspekter beaktas.

Välfärdsteknik ska ses i ett större sammanhang som gäller hela digitaliseringen av välfärden. För att säkerställa en långsiktig och hållbar utveckling av välfärdsteknik i vård och omsorg om äldre bör den vara en viktig del i *Vision e-hälsa 2025*.

Kommuner och landsting bör som huvudmän för vården och omsorgen om äldre personer erbjuda all personal inom vård och omsorg om äldre personer möjligheter till fortbildning om välfärdsteknik.

Det är önskvärt med ett nationellt organ med överblick över utvecklingen och som har nära samverkan med både akademi, företag, kommuner och användare. Former och innehåll för ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik behöver utredas. I uppdraget bör ingå att utreda behov av regionala utvecklingscentra och om behov finns lämna förslag på hur dessa ska organiseras och finansieras.

Personal med kunskap om välfärdsteknik bör finnas i kommunernas och landstingens hjälpmedelsverksamhet. Det nära sambandet mellan välfärdsteknik och hjälpmedel ställer krav på samverkan mellan kommunens och landstingets hjälpmedelsverksamhet samt med ansvariga för välfärdsteknik. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ge kommuner och landsting ytterligare stöd avseende klargörande av ansvarsfrågor avseende hjälpmedel och välfärdsteknik.

Jag föreslår vidare att regeringen ger Myndigheten för delaktighet (MFD) i uppdrag att utveckla en nationell strategi för stöd till innovationer av välfärdstekniska lösningar. Vinnova föreslås få ansvar för att ge stöd till verksamhetsnära innovationer inom välfärdsteknikens område. Jag föreslår också att staten ger ekonomiskt stöd för att stimulera utvecklingsarbetet avseende nya former av välfärdsteknik och dess användning. Detta utvecklingsarbete bör ske i nära samverkan mellan de som ska använda tekniken (den äldre personen och personalen), kommunerna som huvudmän, forskning och teknikföretag.

Jag ser stora möjligheter för landsting och kommuner att inom ramen för sina digitala agendor tillsammans bli en starkare aktör vid upphandlingar. De kan också genom samverkan genomföra upphandlingar där funktionen efterfrågas utan styrande detaljkrav. Det kan stimulera företag, forskning och vård- och omsorgsföretag att tillsammans med de äldre personerna själva utveckla välfärdsteknik som passar i vården och omsorgen.

Jag föreslår också att regeringen tar initiativ till nordiskt samarbete för att bl.a. utveckla gemensamma specifikationer och standarder och skapa förutsättningar för en stor nordisk marknad.

Boende för äldre personer

Nittiofem procent av alla som är 65 år och äldre bor i det ordinära bostadsbeståndet. Tre fjärdedelar uppskattas bo i hus där de behöver gå i trappor för att komma ut eller förflytta sig inom bostaden. Behovet av funktionella bostäder kommer att vara stort.

Jag stödjer därför många av förslagen i betänkandet *Bostäder att bo kvar i*. (SOU 2015:85). Det gäller bl.a. att staten ger stöd till kommunernas tillgänglighetsinventeringar i flerbostadshus. Dessa inventeringar ska vara en del i kommunernas arbete med en strategisk planering av bostadsförsörjningen för äldre personer och kunna användas i kommunernas information till äldre personer som vill förändra sin bostadssituation. Jag föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa dels hur olika kommuner har valt att arbeta med att ge äldre personer information, råd och 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.

I bostadsförsörjningslagen bör tydliggöras att socialnämnden ska medverka i planeringen av bostadsförsörjningen och tillföra kunskaper och erfarenheter om levnadsförhållandena i kommunen.

Regeringen bör så snart som möjligt tillsätta 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 efterfråga en nyproducerad eller renoverad bostad.

För äldre personer som på grund av oro, ångest, ensamhet eller liknande skäl har svårt att bo kvar i sin bostad bör kommunerna i samverkan med landstingets hälso- och sjukvård och civilsamhället kunna erbjuda en palett av insatser, som kurativt och psykologiskt stöd, behandling av eventuell depression, dagverksamheter, träffpunkter, väntjänst och boendeformer som kan underlätta gemenskap.

Jag föreslår att Socialstyrelsen får 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, eller om man tillhör det samiska folket eller en annan nationell minoritet. 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.

Socialstyrelsen föreslås även få i uppdrag att följa upp i vilken mån kommunernas stöd i form av dagverksamhet och öppna verksamheter kan minska äldre personers behov av och önskemål om flytt till särskilt boende. Socialstyrelsen bör, med ledning av denna uppföljning, utforma vägledning för kommunernas arbete med dagverksamheter och öppna verksamheter för äldre personer som behöver stöd. Jag ser det som angeläget att kommunerna sam-

arbetar med och stödjer civilsamhällets omfattande insatser på detta område.

Regeringen föreslås 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.

Forte bör inom ramen för sitt uppdrag om tillämpad välfärdsforskning få möjlighet att stimulera forskning om trygghetsbostäder som boendeform med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling av det konceptet. 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 trygghetsboende och motsvarande samt om det finns skillnader mellan t.ex. ensam- och sammanboende och mellan olika socioekonomiska grupper.

Flexibla former för handläggning och beslut om insatser till äldre personer

Av utredningens direktiv (dir. 2015:72) framgår att många kommuner vill kunna erbjuda tjänster inom äldreomsorgen genom en handlägningsprocedur 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.

Kommunerna har med gällande lagstiftning möjligheter att i enskilda ärenden förenkla utredningen vid tillämpning av individuell biståndsbedömning. Det kan dock finnas skäl att för vissa insatser ge kommunerna möjlighet att utgå från ett generellt antagande om att äldre personer i åldersgrupper över viss ålder har behov av vissa hemtjänstinsatser, som de ansöker om (behovspresumtion). Det ska enligt mitt förslag gälla för personer som har fyllt 80 år och avse hemtjänst i form av serviceuppgifter och sociala insatser i mindre

omfattning samt aktiva trygghetslarm. Jag föreslår en ny bestämmelse om detta i socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Jag föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram vägledning till stöd för kommunerna vid tillämpning av den nya bestämmelsen om förenklad biståndsprövning. I uppdraget bör även ingå stöd för hur kommunerna kan arbeta med information till äldre personer om den nya bestämmelsen.

Vidare föreslår jag att Socialstyrelsen ges 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.

Jag föreslår även att regeringen ger 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.

Uppföljning

Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg bör följas upp vart fjärde år. 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. I början av varje mandatperiod bör Socialstyrelsen lämna en rapport av uppföljningen till regeringen som vägledning för prioriteringar och eventuella förändringar för att uppnå de uppsatta målen.

Uppföljningen på nationell nivå behöver utvecklas genom ny kunskap om de indikatorer och undersökningar som används nu, och

genom att bättre ta tillvara uppföljningar som görs med kvalitativa metoder. Det arbete den nationella samordningsgruppen för Öppna jämförelser genomför åren 2015–2018 bör kunna ge underlag för vilka indikatorer som kan användas, vilka som bör utmönstras och hur nya ska kunna utvecklas.

Forté föreslås att inom ramen för sitt uppdrag om forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer få möjlighet att kunna rikta särskilda anslag till forskning om hur kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer ska kunna följas på nationell nivå. Med ledning av denna forskning bör Socialstyrelsen kunna ta ställning till validiteten i de frågor som i dag används i brukarundersökningen och enhetsundersökningen. Ställning bör också tas till hur brukarundersökningen ska kunna användas. Detta inte minst med hänsyn till den mycket låga svarsfrekvensen från de äldre personerna själva – sju procent av de som bor i särskilt boende och 30 procent av de som har hemtjänst.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att göra en översyn av de undersökningar som riktar sig till äldre personer med vård- och omsorgsinsatser så att de tillgodoser olika språk, nationella minoritetspråk, teckenspråk, bildstöd och andra former för kommunikativ anpassning.

Socialstyrelsen bör vidare få i uppdrag att utveckla former för kompletterande undersökningar till brukarundersökningen med t.ex. uppdrag till högskolor och FoU-miljöer att genomföra kvalitativa studier.

De kvalitetsregister som används inom vården och omsorgen om äldre personer behöver enligt min bedömning ett långsiktigt statligt stöd. 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 för 2017 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stöd till nationella kvalitetsregister är ett viktigt steg.

Regeringen föreslås också ge ekonomiskt stöd till pensionsorganisationerna för deras utvecklingsarbete med att på olika sätt delta i uppföljningen av vården och omsorgen om äldre personer.

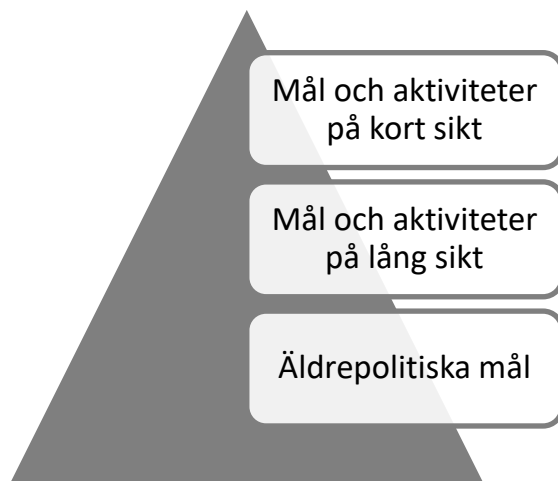
Översyn av socialtjänstlagen m.m.

Jag föreslår att den utredning som regeringen avser att tillsätta för att göra en översyn av socialtjänstlagen, bl.a. bör belysa frågan om skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor på ett fördjupat sätt då de 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. Andra frågor som behöver utredas är om det behövs en individuell behovsprövning när det gäller individuellt inriktade insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen. Utredningen bör även pröva om det är mer ändamålsenligt att reglera äldreomsorgen i en egen lag.

Jag föreslår att regeringen, inom ramen för utredning om taket för bostadsutgift i lagstiftningen som reglerar bostadstillägget för pensionärer (BTP), utreder 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.

Jag föreslår även 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 kostnaden för mat är betald.

Figur 1 Uppbyggnad av den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer



Tabell 1 Exempel på den nationella kvalitetsplanens struktur för några teman, försett med korta och långa mål. I kapitel 5 finns fler exempel

Tema	År 2019	År 2024	År 2028	År 2032
All personal bör minst ha adekvat gymnasial vård- och omsorgsutbildning	16 000 personer examineras	80 % av anställda är undersköterskor	95 % av anställda är undersköterskor	
Sammanhållen vård och omsorg	Ett lagförslag finns om att kommuner och landsting ska kunna erbjuda äldre med stora och sammansatta behov ett multiprofessionellt team	Multiprofessionella team finns i 80 % alla landets kommuner	90 procent av de äldre personer som är i behov av en samordnad vård och omsorg får den genom ett multiprofessionellt team	Andelen äldre som bor kvar i sitt hem och rapporterar sig vara trygga med det har ökat med 50 % sedan 2019. Få äldre personer vårdas inom slutenvården p.g.a. brister i den öppna vården och omsorgen.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas en ny bestämmelse, 4 kap. 1 d §, med ny rubrik närmast före bestämmelsen av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

Förenklad biståndsprövning

1 d §

Socialnämnden får för personer, som har fyllt 80 år, tillämpa förenklad biståndsprövning avseende hemtjänst enligt 3 kap. 6 § i form av serviceuppgifter och sociala insatser i mindre omfattning samt vissa trygghetslarm. Biståndsprövningen får därvid göras med antagande om att dessa personer har visst behov av insatser och att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt, om inte något talar emot det.

Den förenklade biståndsprövningen innebär att socialnämnden vid prövning enligt 1 § kan bevilja vissa insatser efter en förenklad utredning.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2018.

1.2 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstförordningen (2001:937) ska införas en ny bestämmelse, 2 kap. 4 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

4 §

I en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) samt i hemtjänst och dagverksamheter enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Med enhetschef avses verksamhetsnära person, som vanligen har ansvar såväl för ledning av utförandet av insatserna som för personal och ekonomi.

Denna bestämmelse gäller inte utförare av hemtjänst i form av enbart serviceuppgifter.

Denna förordning träder i kraft 1 januari 2020.

2 Utredarens inledning

2.1 Inledning

Det statliga kommittéväsendet har en fyra sekler lång historia. En central del i en demokrati som stämmer till eftertanke och ödmjukhet. Om statliga utredningar generellt har en lång historia så har även statliga utredningar om vård och omsorg om äldre personer en lång historia. Med det kan jag slå fast att det här inte är den första utredningen och långt ifrån den sista. Så ska det också vara. I denna utredning har jag medvetet sett framåt genom att också blicka bakåt. Många av de frågor som denna utredning har haft i uppdrag att behandla är återkommande i de flesta utredningar som genomförts. Och att se tillbaka gör det möjligt att lära sig vad som fungerat och inte fungerat. Det senare nog så viktigt i en tid då vården och omsorgen ibland upplevs gå bakåt. Jag anser att så inte är fallet. Men inget är så bra att det inte kan bli bättre.

Min ambition i arbetet med detta betänkande är, att i den mån jag kunnat bedöma det, ta fram underlag med stöd av många. En allsidig och fördjupande analys kräver att många deltar – myndigheter, organisationer, forskare och enskilda personer med särskild kompetens. Mitt ansvar är och har varit att ta ställning till det underlag som inhämtats, pröva det tillsammans med andra och slutligen ta ställning. Ett förhållningssätt som ställt krav på att balansera oberoende och beroende med respekt för andras uppfattningar och ställningstaganden.

Ett sätt att försöka visa på det ansvar jag har för betänkandet är att i detta kapitel beskriva min ambition och mitt upplägg för det arbete som genomförts.

2.2 Varför används ”jag” i betänkandetexten?

Tonen i betänkandet har för mig varit viktig. För mig har det betydelse hur man ”talar” om den andre. Oavsett om det är personal, beslutsfattare, vård- och omsorgstagare eller allmänheten.

I det team som jag och sekretariatet utgjort under utredningen, har jag ställt frågan om hur förslag, bedömningar och egna ställningstagande ska framställas. Det vanligaste sättet i dag är att använda ”utredningen föreslår”. Det vill säga att låta ”utredningen” tala. Jag och utredningens sekretariat kom fram till att ändå använda tidigare utredningars benämning ”jag”, vilket också lyfts i kommittéhandboken.

Jag vill med mitt ställningstagande att använda ”jag” tydligt ta på mig ansvaret för utredningen och detta betänkande. Men innehållet, all den kunskap, kompetens och erfarenhet som delges i detta betänkande är ett resultat av ett kollektivt arbete. Ett lagarbete kräver att någon också tar ansvar.

2.3 Långsiktighet

I direktivet anges att den nationella kvalitetsplanen ska vara både strategisk och långsiktig. Och det tror jag är absolut nödvändigt för att kunna uppnå effekt, t.ex. att klara kompetensförsörjningen, se resultat av hälsofrämjande insatser, bygga fler särskilda boenden eller minska antalet självmord bland äldre personer. På kort sikt kan inte detta genomföras, uppnås eller ens mätas. Det är ett av de centrala budskap som jag vill lyfta i betänkandet.

Långsiktighet är också nödvändigt för att kunna bedöma om en metod eller ett arbetssätt har positiv effekt för den äldre personens hälsa och välbefinnande. Det ger också stat och kommun en reell möjlighet att bedöma kvalitet och effektivitet utifrån det offentliga perspektiv. Dessa perspektiv på långsiktighet kan kort uttryckas som – att kunna använda samhällets resurser på ett sådant sätt att det blir kvalitet i vården och omsorgen om den äldre personen utan onödiga kostnader.

Långsiktighet handlar emellertid inte om att vänta med att genomföra insatser, fatta nödvändiga beslut eller ändra lagstiftning. Tvärtom. Långsiktighet kräver att vi sätter igång nu och handlar snarare om uthållighet och förmågan att se skillnad på vad som uppnås på kort och lång sikt.

Förslagen och bedömningarna är många och några myndigheter, framför allt Socialstyrelsen, föreslås få i uppdrag att utföra ett stort antal uppdrag. Det kan i betänkandet se spretigt ut, men tanken är att vid genomförandet av förslaget till nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer ska dessa uppdrag hållas samman. Socialstyrelsen kommer därmed få stor betydelse för genomförandet av den nationella kvalitetsplanen.

För att uppnå en långsiktighet har jag strävat efter att låta så många myndigheter och organisationer som möjligt delta löpande i utredningens arbete. Sakkunniga, experter, deltagare i den parlamentariska referensgruppen och övriga sex referensgrupper¹ har under utredningstiden getts möjlighet att följa olika steg från diskussionsfrågor, via kunskaps-PM till betänkandetext. Vid samtliga tillfällen när dessa underlag har diskuterats har deltagarna i olika möten erbjudits att komma in med skriftliga kommentarer.

Jag och medarbetare i utredningens sekretariat har, ibland tillsammans och ibland var för sig, under utredningens arbete träffat ett stort antal myndigheter, organisationer, nätverk, andra utredningar, forskare och enskilda personer.² Syftet har dels varit att ta del av information och synpunkter, dels att informera om den nationella kvalitetsplanen så att den ska vara väl känd och i största mån hänga samman med vad som sker i omvärlden. För utvecklingen och vård och omsorgsarbetet pågår dygnet runt, alla veckans dagar, oberoende av en statlig utredning.

Jag har velat att utredningen ska ha hög grad av insyn och vara lätt att följa. Förutom de formella möten som genomförts så har jag kommunicerat i sociala medier – Facebook och Twitter.

Enligt min mening kan ett sådant här arbetsätt bidra till långsiktighet genom att många är delaktiga i arbetet med framtagandet av betänkandet.

¹ Experter, sakkunniga och deltagare i den parlamentariska referensgruppen redovisas dels i missivet, dels tillsammans med deltagare i övriga referensgrupper i bilaga 2.

² En förteckning över utredningens möten och besök finns i bilaga 3.

Det kollektiva minnet

I arbetet med att uppnå en långsiktighet har jag allt som oftast slagits av vår gemensamma brist på kollektivt minne. Vid framtagande av underlag i denna utredning har jag kunnat se att de förslag och bedömningar vi gör i dag också gjorts tidigare. Jag ser inte det som en brist på nytänkande utan snarare på våra svårigheter att genomföra det vi tidigare kommit fram till. Vi – är alla vi som på olika sätt arbetar och arbetat med dessa frågor på alla nivåer.

Jag ser därför som ett viktigt steg att ta ställning till varför tidigare satsningar och förslag stannat upp eller tynat bort. Min uppfattning är inte att det är en medveten handling utan snarast vår brist på att skapa ett gemensamt minne. Även på nationell nivå finns mycket av eldsjälsarbete som riskerar att falla i glömska när den personen eller för den delen, den politiska majoriteten, byts ut.

Allt är inte bra och allt ska inte behållas, men för att inte skapa frustration och missmod så ska tydliga beslut fattas. Oavsett om det är ett ja eller ett nej. Det skulle också bidra till ett bättre resurstjande.

2.4 Hur ska betänkandet läsas?

Betänkandet är uppbyggt så att det inleds med mitt personliga kapitel som får beskriva mina tankar och grunderna för hur utredningen genomförts. I nästa kapitel redovisas utredningens arbets sätt. I kapitel 4 tar jag upp människosyn, existentiell hälsa och förhållningssätt. Dessa inledande kapitel är tänkta att utgöra en beskrivning av på vilken grund detta betänkande står.

Kapitel 5 är en beskrivning av hur förslaget till en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer är tänkt att se ut. Kapitlet är i huvudsak en sammanställning av betänkandets centrala förslag och bedömningar sett över tid.

Kapitel 6 berör centrala områden för en nationell kvalitetsplan, kvalitet och effektivitet och hur utredningen tagit sig an dessa frågor.

Kapitel 7 är i huvudsak ett faktakapitel som redogör för olika aspekter av vården och omsorgen om äldre personer samt demografi och sakområden som är väsentliga att beröra för en helhetssyn på den äldre personen.

Kapitel 8 är det mest omfattande kapitlet och anger att den framtida kompetensförsörjningen är det strategiskt viktigaste området för att höja kvaliteten och öka effektiviteten i vården och omsorgen om den äldre personen.

Kapitel 9 handlar om tre centrala områden som sträcker sig från hälsofrämjande och förebyggande insatser till rehabilitering inklusive funktionsuppehållande insatser.

Kapitel 10 handlar om en sammanhållen vård och omsorg kring den äldre personen och hur olika kompetenser krävs för att uppnå kvalitet och effektivitet utifrån den äldre personens perspektiv.

Kapitel 11 handlar om anhöriga som ett mycket viktigt område för att inte ställa den äldre personen utanför sin sociala kontext samt att inte osynliggöra anhörigas roll och situation.

Kapitel 12 handlar om det som i dag alltmer kommit i fokus – välfärdsteknik och som i många stycken också handlar om samhällsutveckling i stort.

Kapitel 13 och 14 är enligt min mening de områden som framför allt handlar om juridiska avvägningar och skiljer sig därmed från övriga områden som kvalitetsplanen omfattar. Det handlar om en eventuell ny boendeform och om flexibel handläggning av hemtjänst. För dessa båda områden är frågeställningarna i direktivet angivna mer exakt än övriga delar.

Kapitel 15 är det som varje plan måste vinnlägga sig om att säkra, nämligen redskap för att följa upp effekterna av planens olika förslag och bedömningar.

Kapitel 16 har samlat principiella frågeställningar som har betydelse för vården och omsorgen om äldre personer. Det handlar om ambitionsnivåer, enskilda människors ekonomiska situation och dess påverkan på möjligheten att få en jämlik och jämställd vård och omsorg. Frågor och områden som denna utredning inte kunnat eller haft i uppdrag att behandla.

I kapitel 17 redovisas konsekvensanalyser och hur förslagen kan finansieras.

Till betänkandet finns ett antal bilagor för den som vill fördjupa sig, samt en ordförklaring och en förklaring av förkortningar som används i betänkandet.

Kort och gott, kapitlen följer den struktur som den nationella kvalitetsplanen ska ha och som är tillämpbar både regionalt och lokalt enligt följande:

- a) En värdegrund som utgångspunkt för kvalitetsplanens genomförande.
- b) Kvalitetsplanens struktur i tid och mål där så är möjligt samt visionen för vad som ska vara uppnått inom en given tid.
- c) "Baseline" för att ha underlag för hur det ser ut vid kvalitetsplanens inledning och därmed ge möjlighet att bedöma om höjd kvalitet och ökad effektivitet uppnåtts.
- d) Områden som kvalitetsplanen ska omfatta.
- e) Redskap för att följa upp eller utvärdera kvalitetsplanen.

För att underlätta läsningen av betänkandet, som blev mycket större än planerat, finns det på utredningens webbplats en kortversion av betänkandet. På webbplatsen finns också PPT-bilder som kan användas vid presentation av innehållet i betänkandet. Området är stort, det handlar om människor i en del av livet där så mycket har en stor betydelse för ett liv värdigt att leva. Så det är så mycket som behöver sägas.

3 Utredningens uppdrag och arbete

3.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 25 juni 2015 att tillsätta en särskild utredare för att ta fram ett 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 (dir. 2015:72). Utredaren ska, enligt direktiven, i analyser, överväganden och förslag redovisa konsekvenser för jämställdhet och för en jämlik äldreomsorg. Utredaren ska föreslå åtgärder som syftar till

- Högre kvalitet och effektivitet
- Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser
- Tryggad personalförsörjning
- Översyn av särskilda boendeformer
- Flexibla former för beslut om äldreomsorg
- Användning av välfärdsteknologi.

3.2 Utredningens arbete

Allmänt

Utgångspunkten för utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) har varit att ha en maximal öppenhet under hela arbetsprocessen. Ett arbetsätt som ska medge möjlighet till utveckling och initiativ för berörda redan under utredningstiden. En ökad delaktighet som kan bidra till en bättre utredning och

större möjlighet till att utredningsförslagen är förankrade och därför genomförbara.

Vid starten av utredning deltog experter, sakkunniga och deltagare i referensgrupperna (utom den parlamentariska referensgruppen) i en gemensam kick-off.

Sakkunniga, experter och parlamentarisk referensgrupp

Utredningen har haft sakkunniga från sex departement som berörs av utredningens uppdrag. Se bilaga 2.

- Socialdepartementet
- Näringsdepartementet
- Finansdepartementet
- Arbetsmarknadsdepartementet
- Utbildningsdepartementet
- Kulturdepartementet

Vidare har utredningen haft 21 experter som representerat statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) Vårdföretagarna, Famna, de fyra största fackliga organisationerna, pensionärsorganisationerna och en anhörigorganisation. Se bilaga 2.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har haft två experter. Den ena är adjungerad till sakkunniggruppen för att tydliggöra att SKL också är en intresseorganisation för kommuner och landsting med ansvar även för andra frågor än hälso- och sjukvård och socialtjänst, som t.ex. utbildning och ekonomi. Den andra experten har deltagit i möten med övriga experter och representerat främst huvudmännen för vård och omsorg om äldre.

Under utredningstiden har de sakkunniga deltagit i åtta möten och experterna i sex möten.

Utredningen har i enlighet med direktiven haft en parlamentarisk referensgrupp med representanter för de åtta riksdagspartierna. Se bilaga 2. Den parlamentariska referensgruppen har haft sex möten.

Referensgrupper

Utredningen har haft sex referensgrupper som rör olika delar av utredningens uppdrag.

- Referensgruppen Vetenskapliga experter
- Referensgruppen Fackliga organisationer och yrkesföreningar
- Referensgruppen Funktionshindersonsorganisationer m.m.
- Referensgruppen Nationella minoriteter, urfolk och etniska organisationer
- Referensgruppen Utbildning
- Referensgruppen Övriga (två statliga myndigheter)

Vilka som deltagit i de olika referensgrupperna redovisas i bilaga 2. Referensgruppen Övriga har deltagit i de sex möten som experter har haft. Referensgruppen Vetenskapliga experter har haft sex möten. De fyra andra referensgrupperna har haft möten vid två tillfällen under utredningen.

Samråd med statliga utredningar

Utredningen har haft kontakter och samråd med följande utredningar

- Utredningen om bostäder för äldre (S 2014:10)
- Utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning (S 2012:06)
- Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14)
- Välfärdsutredningen (Fi 2015:01)
- Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02)
- Tillitsdelegationen (Fi 2016:03)
- En stärkt minoritetspolitik – översyn av lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk (Ku 2016:02)

- Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08)
- Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)
- Digitaliseringskommissionen (N 2012:04)

Underlagsrapporter

Utredningen har publicerat tre underlagsrapporter.

- *Statliga stimulansåtgärder för att främja kvalitén i äldreomsorg* av Sven-Erik Wånell, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- *Kvalitet i äldreomsorg ur ett anhörigperspektiv* av Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson, Annica Larsson Skoglund, Richard Ilett, Eva Sennemark, Francesco Barbarella, Ritva Gough, Nationellt kompetenscentrum anhörig (Nka), Kalmar.
- *Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige* av Nationella institutet för forskning om äldre och åldrande (NISAL), Linköpings universitet, Campus Norrköping. Redaktörer för rapporten har Marianne Abramsson, Lars-Christer Hydén och Andreas Motel-Klingebiel varit.

3.3 Övergripande inriktning och avgränsningar

För att äldre personer ska få vård och omsorg av god kvalitet krävs insatser både från äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen och från landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Ett av de i direktiven utpekade områdena – rehabiliterande insatser – avser främst hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Jag väljer därför att benämna den föreslagna planen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Fokus i kvalitetsplanen ligger på kommunernas vård och omsorg om äldre personer.

4 Människosyn, existentiell hälsa och förhållningssätt

4.1 Människosyn

Utgångspunkter

Min bedömning: Den människosyn som ska vara grundläggande för all vård och omsorg om äldre personer ska bygga på varje människas lika värde, varje människas rätt att bestämma över sig själv, varje människas rätt att få leva i relation till andra, varje människas rätt till trygghet och varje människas rätt att bli bemött med respekt.

En nationell kvalitetsplan för vård och omsorg behöver ta sin utgångspunkt i en tydlig människosyn, och en vision om ett gott liv. Värdeord som integritet, bli bemött med värdighet och respekt, att få åldras i trygghet, med respekt för varje persons unika livserfarenheter, önskinningar och intressen, behöver fyllas med innehåll.

Några ledord utredningen utgått ifrån är

- Varje människas lika värde.
- Varje människas rätt att bestämma över sig själv.
- Varje människas möjlighet att få leva i relation till andra.
- Varje människas rätt till trygghet.
- Varje människas rätt att bli bemött med respekt.

Dessa ledord har en god förankring i internationella konventioner liksom i svensk lagstiftning. De internationella överenskommelser som träffats om mänskliga rättigheter och äldre personers rättigheter, och de konventioner som Sverige förbundit sig att följa beskrivs i kapitel 7.

Det existentiella perspektivet

Det kommer en tid för alla människor när framtiden är kortare än den tid som gått. De stora frågorna om livets uppkomst, livets mening och inte minst den oundvikliga döden ställs på sin spets i den senare delen av livsloppet. Hur dessa frågor ser ut och hur äldre personer vill beröra och tala om dem skiljer sig beroende på vem hen är. Att möta frågor om liv och död är en stor utmaning för personal inom vård och omsorg.

De senaste 25 åren har forskning om den existentiella dimensionen kopplad till hälsa ökat – en existentiell hälsodimension. Den existentiella hälsodimensionen har visat sig kunna bidra till hälsovinster inom alla områden av hälsa – fysisk, psykisk och social. WHO inkluderar den existentiella hälsodimensionen i begreppet hälsa och avser då bl.a. ”... känslan av livsmening, harmoni och förundran för livet”.¹

I förlusterna, och kanske i synnerhet vid förlusten av en livskamrat, kan sorgen påverka och sätta den existentiella världen i gungning hos den efterlevande. Förlusten aktualiserar frågor om livet efter detta, ensamhet och till och med egen dödslängtan. Det finns ett behov av andligt stöd men bland annat läkare är ovana och undrande inför dessa frågor. Samtidigt är läkarna positiva till att hänvisa till religiösa företrädare som sjukhuskyrkan, präster eller diakoner, enligt de studier som genomförts.²

Jag menar att denna ovana gäller all vård- och omsorgspersonal, och är förståelig.

Att kunna tala om och lyssna till frågor, tankar och funderingar kring existentiella frågor ställer krav på personal som möter äldre personer. Inte minst frågor om döden och vad som kan finnas eller inte finnas efter döden. Relationen mellan personal och den äldre personen liksom personalens egna tankar kring existentiella frågor har stor betydelse. Att föra dessa samtal och ta emot frågor kan inte ske utan att personalen själv är och blir berörd. Det behövs därför både kompetensutveckling och handledning. I en studie be-

¹ Melder, Cecilia. Bättre och bättre dag för dag? Existentiell hälsa på äldre dar'. I Rolfner Suvanto, Susanne (red.) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa. Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*, s.36–63. Stockholm: Gothia Fortbildning AB, 2014.

² Grimby, Agneta. *Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsöversikt och rekommendationer*. Socialdepartementets utredningar om psykisk ohälsa. Projektnummer 2000/654. Stockholm: 2002.

tonas dessa behov och förutsättningar. Det finns hos personalen en genuin vilja att ge god omvårdnad.³

Kommunikation och interaktion mellan personal och den äldre personen är en grundsten i den personcentrerade vården och omsorgen. I vardagssituationer kan den äldre personen försiktigt eller vagt ge uttryck för oro och existentiella funderingar som kan vara svåra att möta. Det krävs lyhördhet och inte minst kompetens och tid i dessa situationer.⁴

En av vård- och omsorgspersonalens största utmaningar är att samtala med äldre personer om det som kan kallas existentiell ensamhet vid livets slut. Ett större forskningsprojekt kring dessa frågor kommer att publiceras under 2017.⁵

Att komma in i en ny, och sista fas, i livet där hen har stora och omfattande behov är som att befinna sig i ett tillstånd av obegriplighet. Vad kommer nu att hända? Varför händer detta mig och vem är jag nu utifrån det som händer mig? Personen är den som hen alltid har varit men ändå inte, en existens som påverkats och förvirrar på grund av den uppkomna situationen där viktiga värden ställs på sin spets och utmanas. Ångesten inför det ovissa är en "intighet" – det vi inte vet någonting om, som exempelvis döden.

Vård- och omsorgspersonal kan med stöd, handledning och förutsättningar för egen reflexion vara de som kan stödja den äldre personen att återfinna sig själv och sin existens utifrån den nya situationen.⁶

I mötet med en annan människa – den andre – är det i en vård- och omsorgssituation viktigt att se den andres absoluta "annorlundahet". Det betyder att den som personalen möter i allt är olik och inte kan förstås annat än med en total öppenhet. Personalen måste vara öppen och lyhörd för att förstå.⁷

I ett vård- och omsorgssammanhang tangerar detta vad som i dag beskrivs som personcentrerad vård eller delat beslutsfattande

³ Rosenberg, Christel. *Den existentiella sidan av åldrandet – inifrån*. FoU-dokument 2010:6 Stadskontoret: Malmö Stad.

⁴ Sundler, A J, Eide, H, van Dulmen, S & Holmström, I K. Communicative challenges in the home care of older persons – a qualitative exploration. *Journal of advanced nursing*. Vol. 72 October 2016, s. 2435-2444.

⁵ www.hkr.se/forskning/forskningsmiljoer/forskningsplattformen-halsa-i-samverkan/verksamhetsperiod-2011-2015/existentiell-ensamhet---en-utmaning-i-varden-av-svart-sjuka-aldre-personer/ hämtad (2017-01-09).

⁶ Birkler, Jacob. *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber 2007.

⁷ Birkler, Jacob. *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber 2007.

och att alla parter är medskapare av vården och omsorgen. En utmaning när den ska realiseras i vårdens och omsorgens vardag.

Jämställdhet, feminism och intersektionalitet

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge den blivande Jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att särskilt belysa vården och omsorgen om äldre personer i syfte att säkerställa att alla oavsett kön får likvärdig vård och omsorg.

Min bedömning: Jämställdhet är en central fråga i allt som berör vården och omsorgen om äldre personer. Kvinnorna är i majoritet bland de som har vård och omsorg, och i kraftig majoritet bland personalen. Hur åldrandet kommer att te sig beror utöver kön också på socioekonomiska förhållanden, etnicitet och funktionsnedsättning m.m.

Enligt utredningens direktiv ska den nationella kvalitetsplanen för äldreomsorg leda till högre kvalitet och ökad effektivitet med målet att uppnå en jämlik och jämställd vård och omsorg om äldre.

Med en jämlik och jämställd vård och omsorg menas att äldre personer oberoende av klass och kön ska få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Som framgår i flera av de följande kapitlen så finns det skillnader i hur vården och omsorgen om äldre personer fungerar beroende på kön. Studier visar också att hbtq-personer kan uppleva oro för hur de kommer att bli bemötta när de blir i behov av vård och omsorg. Kunskapen är dock fragmentarisk och delvis osäker. För att kunna vidta åtgärder behövs ett bättre kunskapsunderlag. Jag föreslår därför att den blivande Jämställdhetsmyndigheten får i uppdrag att belysa vården och omsorgen om äldre personer i syfte att säkerställa att alla oavsett kön får likvärdig vård och omsorg.

Allmänt beskrivs *jämställdhet* som att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom alla områden i livet.⁸

⁸ www.genus.se/kunskap-om-genus/om-jamstalldhet/ (2017-01-10).

Jag menar att det är av särskild vikt att det ska omfatta hela livsloppet. I den senare delen av livet har tidigare ojämlika förhållande stor betydelse för ekonomi och hälsa. Det är särskilt tydligt när det gäller äldre kvinnors pension.

Feminism utgår liksom jämställdhet ifrån att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter. Män har i dag försteg på en rad områden, det som brukar benämnas att män som grupp är överordnade kvinnorna. Feminism är inte en enda och enhetlig ideologi utan ska snarast beskrivas som feminismer.⁹

På vilket sätt kan feminismer beröra vården och omsorgen om äldre personer? Det går att se det på flera sätt. De kan ses som förhållningssätt där vi inte gör undantag i vår förförståelse av verkligheten beroende på könsidentitet och ålder. Ett sådant förhållningssätt skulle bidra till att uppvärdera hela vård- och omsorgsområdet – i synnerhet vård och omsorg om äldre personer – då kvinnor är i majoritet bland såväl äldre personer som vård- och omsorgspersonal.

En risk med att enbart utgå ifrån ett feministiskt förhållningssätt är att andra livsvillkor och omständigheter ställs åt sidan och att den ”binära könsindelningen” cementeras. Därför har jag i denna utredning valt att i möjligaste mån omfatta ett intersektionalistiskt perspektiv¹⁰ men samtidigt synliggöra och redovisa skillnader eller likheter mellan könen om sådana uppgifter finns. En följd av detta är att vi använder begreppet äldre personer i stället för äldre kvinnor och män.

Undvika generaliserande begrepp

En annan utgångspunkt är att personer över en viss ålder inte är en homogen grupp. I betänkandet försöker jag undvika generaliserande begrepp. På samma sätt som man i dag inte talar om en person som ”handikappad” utan som en person med funktionsnedsättning

⁹ www.genus.se/ord/feminismer/ (2017-01-10).

¹⁰ Begreppet intersektionalitet kommer från engelskans intersection som betyder korsning. När en intersektionell analys görs är det korsningarna eller skärningspunkterna mellan olika maktordningar som analyseras. Detta för att skapa en förståelse av hur olika kategorier samverkar och när över- eller underordning skapas. I samhället finns normer kring till exempel kön, könsidentitet eller könsuttryck, ålder, etnicitet, religion, sexuell läggning, funktionalitet och klass, som gör att människor sorteras in i kategorier. www.jamstall.nu/wp-content/uploads/2014/10/J%C3%A4mst%C3%A4lldhetsintegrering-med-intersektionellt-perspektiv-pdf1.pdf (hämtad 2017-01-10).

ska vi inte beskriva äldre personer som behöver vård och omsorg som ”de demenssjuka” eller ”de multisjuka”. Kognitiva nedsättningar och flera olika omfattande och komplexa sjukdomar skapar ett behov av att få vård och omsorg. Men en människas sjukdomar ger inte en bild av vem hen är. En god demensvård kräver självklart kunskap om demenssjukdomar och framför allt de behov de kan leda till. Men insatserna kan aldrig utformas efter ett program, lika för alla.

All vård och omsorg ska vara personcentrerad. Begrepp som generaliserar kan vara farliga därför att de kan styra vårt tänkande mot att alla har samma behov, kan bemötas på samma sätt och få samma insatser. Stereotypa bilder av den andre skapar distans och hindrar mötet mellan två individer.

Av samma skäl är begreppet ”äldre” vanskligt. När blir man ”äldre”? I detta betänkande ansluter jag mig till gängse praxis att låta fyllda 65 år vara en gräns för att höra till gruppen ”äldre”. Det är en administrativ och statistisk gräns som inte säger någonting om den enskilda personen eller ens om personen är yrkesverksam eller ej.

Vi blir inte mer lika med åren, möjligen mer olika. Mellan en nypensionerad och en person i 95-årsåldern skiljer det en generation. Att vara nybliven pensionär beskrivs ibland som att gå in i en andra tonårstid, nu ännu friare. Den moderna ålderstrappan ritas inte som att trappstegen går neråt från livets ”middagspunkt” vid femtioårsåldern. En 95-åring åker till fjällen med barnbarnsbarnen och åker slalom. En annan lever sina dagar i sitt rum i äldreboendet. Och allt däremellan. Och det är inte bara år och hälsa som skiljer mellan äldre personer utan också kön, socioekonomiska förhållanden, etnicitet och sexuell läggning vilket jag kommer att beskriva i flera av de följande kapitlen i detta betänkande.

För de allra flesta medför de sista åren i livet en tid med fler sjukdomar och större behov av hjälp på olika sätt. Att bygga en viss form av insats på att hen uppnått en viss ålder är svårt att motivera, eftersom behoven mer är beroende av hur många år hen har kvar att leva. Och som jag ska redovisa närmare i kapitel 7 varierar detta stort mellan könen och mellan olika samhällsklasser.

4.2 Lagstiftning

I det följande redovisas den lagstiftning som är av särskild betydelse för den äldre personens självbestämmande och integritet.

Grundlagarna

De grundlagsfästa rättigheterna finns i grundlagarna: regeringsformen, tryckfrihetsförordningen och yttrandefrihetsgrundlagen.

I regeringsformen (1974:152), RF, slås fast att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Regeringsformen innehåller dessutom en uppräknning av mänskliga rättigheter och friheter.

Enligt RF är ”var och en ... gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp ... betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden” (2 kap. 6 § RF). Begränsningar av vissa fri- och rättigheter kan ske genom lag, givet att det kan anses godtagbart i ett demokratiskt samhälle och inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den (2 kap. 20 och 21 §§ RF).

I RF stadgas också att ”Lag eller annan föreskrift får inte innebära att någon missgynnas därför att han eller hon tillhör en minoritet med hänsyn till etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande eller med hänsyn till sexuell läggning” (12 § RF) eller ”... på grund av sitt kön, om det inte utgör ett led i strävanden att åstadkomma jämställdhet ...” (13 § RF).

Socialtjänstlagen

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är den rättsliga grunden för kommunernas äldreomsorg. I målparagrafen anges det:

Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas

- ekonomiska och sociala trygghet,
- jämlikhet i levnadsvillkor,
- aktiva deltagande i samhällslivet.

Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. (1 kap. 1 § SoL)

I propositionen *Ny socialtjänstlag m.m.* anfördes att

Det gäller principerna om helhetssyn, frivillighet, det förebyggande perspektivet och att den enskildes egna resurser skall tas tillvara. Individens delaktighet och egna ansvar skall beaktas. Socialtjänsten skall också präglas av frivillighet och självbestämmande, kontinuitet, flexibilitet, normalisering, närhet och valfrihet. Det finns anledning att betona att de grundläggande värderingar som präglade 1980 års socialtjänstreform alltjämt skall gälla. Principerna ger inte bara vägledning för socialtjänstens praktiska verksamhet, utan för den människosyn som alltjämt skall prägla reformarbetet inom socialtjänsten. Det är emellertid angeläget att påpeka att begreppen måste konkretiseras och manifesteras i det dagliga arbetet, så att de inte utvecklas till tomma honnörsord utan konkret innehåll.¹¹

Vid årsskiftet 2009/2010 infördes en ny paragraf, 5 kap. 4 § SoL, som ofta benämns ”värdegrundsparagrafen”, och som jag återkommer till i kapitel 6 om kvalitet. Den lyder: ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).”

Värdegrundsparagrafen är en viktig utgångspunkt i min utredning.

¹¹ Proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.* s. 81.

Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen

Målen för hälso- och sjukvården läggs fast i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL,¹² där det i dess målparagraf står

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

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. (2 § HSL)

Enligt 2 a § HSL ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

I regeringens proposition om den nu gällande hälso- och sjukvårdslagen anfördes bl.a. vikten av medinflytande i vården och att även andra än rent medicinska behov ska beaktas – en helhetssyn på patientens förhållanden och vikten av kontinuitet.¹³

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.¹⁴

Patientlagens (2014:821), PL, syfte är att förtydliga och stärka patientens ställning, samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 §). Lagen utvidgade patientens valmöjligheter, förtydligade den informationsplikt vårdgivarna har gentemot patienten och slog fast att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, anger som mål att ”verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1 §. Målet skall vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra” (5 §). Vidare att ”Verksamheten skall

¹² Hänvisningarna i detta kapitel avser hälso- och sjukvårdslagen i sin lydelse när betänkandet skrevs. Riksdagen har den 1 februari 2017 beslutat i enlighet med propositionen *Ny hälso- och sjukvårdslag* (prop. 2016/17:43).

¹³ Proposition 1981/82:97 om *hälso- och sjukvårdslag m.m.* s. 12.

¹⁴ Proposition 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet” (6 § andra meningen).

I förarbeten till lagen anfördes bl.a. att de två viktigaste begreppen inom handikappolitiken är valfrihet och integritet.

Familjer och människor med funktionshinder skall inte behöva känna sig utlämnade åt beslut från myndigheter och handläggare ... En ovillkorlig rätt till respekt för människovärdet förändras inte av grad eller art av funktionsnedsättning ... Målet för handikappolitiken är att uppnå full delaktighet och jämlikhet.¹⁵

Diskrimineringslagen

I diskrimineringslagen (2008:567) anges som direkt diskriminering ”att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas eller skulle ha behandlats i samma situation” (1 kap. 4 § moment 1), om missgynnandet har samband med någon av de grunder som lagen räknar upp.

Det finns sju diskrimineringsgrunder som omfattas av diskrimineringslagens huvudregel om diskrimineringsförbud: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Ålder innebär uppnådd levnadslängd. Alla människor, oavsett ålder omfattas av lagens skydd mot diskriminering.

4.3 Nationella mål

Handlingsplan för äldrepolitiken

I juni 1998 antog riksdagen regeringens förslag till Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24) för åren 1999–2001. Syftet med handlingsplanen var att skapa en nationell samling och enighet kring åtgärder för att utveckla äldrepolitiken på lång sikt. Planen omfattar hela äldrepolitiken, inte bara vård och omsorg. Riksdagen fastställde fyra nationella mål för äldrepolitiken som fortfarande gäller.

¹⁵ Proposition 1992/93:159 *Om stöd och service till vissa funktionshindrade*, bilaga 1 s. 43 f.

Äldre ska

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

I propositionen anförts att med trygghet avses bl.a. att den som så önskar ska kunna bo kvar i sin ursprungliga bostad och så långt möjligt få sina vårdbehov tillgodosedda i hemmet. Att äldre ska mötas med respekt innebär enligt proposition bl.a. att alla människor, äldre som yngre, ska behandlas rättvist, jämlikt och med aktning oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar, ras eller etnisk bakgrund. Att ha tillgång till god vård och omsorg innebär att respektera människovärde, individuella behov och önskemål, integritet, självbestämmande och värdighet.¹⁶

När riksdagen behandlade handlingsplanen anförde riksdagen att regeringen, om särskilda stimulansmedel avsätts för att främja utveckling inom vård och omsorg om äldre personer, dessa medel särskilt bör användas för ”att utveckla och stimulera de äldres delaktighet och inflytande över vård och omsorg liksom äldres möjligheter till aktiviteter och social gemenskap. Denna verksamhet bör kunna bedrivas såväl av pensionärsorganisationer som av frivillig- och anhörigföreningar”.¹⁷

Nationella målen för funktionshinderspolitiken

De nationella målen för funktionshinderspolitiken beslutades år 2000. I propositionen framhölls att ”... dagens handikappolitik bygger på – full delaktighet, jämlikhet och alla människors lika värde”. Propositionen lyfte fram utvecklingen sedan 1960-talet, insikten att funktionshindret inte ligger hos individen, utan i hur samhället är utformat, och citerar Handikappförbundens Central-

¹⁶ Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* avsnitt 6.1, s. 60 ff.

¹⁷ Riksdagens beslut 1998-06-08 enligt betänkande 1997/98:SoU24 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*.

kommittés programskrift från 1972, ”Handikapp är i stor utsträckning en följd av brister i samhället. Därför kan handikapp elimineras. Det gör man genom att förändra samhället”.¹⁸

I propositionen lämnade regeringen förslag om nationella mål för handikappolitiken. Riksdagen beslutade att

De nationella målen är:

- en samhällsgemenskap med mångfald som grund,
- att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet,
- jämlikhet i levnadsvillkor för flickor och pojkar, kvinnor och män med funktionshinder.

Det handikappolitiska arbetet skall inriktas särskilt på:

- att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder,
- att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder,
- att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.¹⁹

Min tolkning av ordet ”vuxna” är att det inbegriper också äldre personer, då det i målen understryks genom att betona ”i alla åldrar”.

Rättighetsperspektivet i funktionshinderspolicen stärktes när Sverige år 2008 ratificerade FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.²⁰

¹⁸ Proposition 1999/2000:79 *Från Patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*, s. 11.

¹⁹ Proposition 1999/2000:79 *Från Patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*, s. 23.

²⁰ Myndigheten för delaktighet. *En funktionshinderspolicen för ett jämlikt och hållbart samhälle. MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersonrådet*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016.

Ny funktionshinderspolitik

Myndigheten för delaktighet (MFD) har lämnat förslag på hur framtidens funktionshinderspolitik kan bli mer effektiv och systematisk. Eftersom i princip alla de äldre personer som får kommunal vård och omsorg har olika bestående funktionsnedsättningar, är den nu gällande planen för handikappolitiken relevant även för äldrepolitiken och vård och omsorg om äldre personer. Detta även om det under de femton år som gått sedan planen antogs i huvudsak varit ett fokus på andra åldrar.

Funktionshinderspolitiken ska ses som en politik som berör alla samhällssektorer. Riksdag och regering behöver enligt MFD:s bedömning tydligt signalera att funktionshinderspolitiken är viktig för samhällets hållbara utveckling och för att Sverige ska kunna leva upp till sina internationella åtaganden om mänskliga rättigheter och i arbetet med FN:s globala utvecklingsmål i Agenda 2030.

Funktionshinderspolitiken behöver vara både stabil och flexibel. Det tar lång tid både att åstadkomma samhällsförändringar och att utläsa effekter. Samtidigt förändras politiken och samhället hela tiden, genom regeringsskiftet, konjunkturförändringar, teknik- och innovationsutveckling och förändrade myndighetsuppgifter. Detta innebär att det krävs en högre grad av flexibilitet och anpassningsbarhet utifrån yttre förändringar än vad som varit fallet hittills. Den nya strategin föreslås löpa över en period av nio år – en period som ska präglas av reviderbarhet och återkommande milstolpar för att ge kontinuitet i arbetet. MFD lyfter fram behovet av kunskap vid genomförandet lokalt av strategin, och uppföljning på nationell nivå att utvecklingen går åt det önskade hållet.²¹

Den 21 mars 2017 kommer regeringen att överlämna propositionen ”Ny funktionshinderspolitik 2017 och framåt” till riksdagen.²²

²¹ Myndighete för delaktighet. *En funktionsbinderspolitik för ett jämlikt och hållbart samhälle. MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionsbindersområdet*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet, 2016.

²² www.regeringen.se/48df4a/contentassets/c7ce8bd8d11a4252810fbfb52e9f76a9/propositionnsforteckning-varen-2017.pdf (hämtad 2017-02-09).

Behov av översyn av de nationella målen

Mitt förslag: Regeringen föreslås göra 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”.

Min bedömning: De nationella mål för äldrepolitiken som riksdagen lade fast 1998 är fortfarande aktuella och är en bas för en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Efter snart 20 år kan det finnas skäl att göra en revidering och aktualisering. En sådan översyn bör omfatta hela äldrepolitiken.

De nationella målen för äldrepolitiken är fortfarande giltiga och tillämpliga, och de förslag som läggs i min utredning ligger väl i linje med dessa mål. Målen är beslutade av riksdagen 1998, och även om de fortfarande utgör en god grund finns det skäl att göra en revidering och anpassning av de nationella målen utifrån nu gällande förutsättningar och kunskap.

Vid en sådan revidering bör en strävan vara att målen för äldrepolitiken och målen för funktionshinderspolitiken är samstämda. En del i en sådan översyn är att målen för äldrepolitiken bör utgå från samma rättighetsperspektiv som funktionshinderspolitiken. Det ska inte finnas skillnader beroende av om en person är under eller över 65 år. Det ska inte heller finnas skillnader som beror på kön, könsidentitet eller social klass.

Jag vill också framhålla att äldrepolitiken avser alla politikområden. Oavsett om det handlar om infrastruktur, bostäder, kollektivtrafik, kultur och fritid etc. ska det finnas ett äldreperspektiv. Översynen ska utgå från ett livsloppsperspektiv. Begreppet ”äldre” i betydelsen att ha fyllt 65 år omfattar flera generationer och en stor mångfald av individer med olika behov, önskemål, bakgrund och livssituationer.

Motivet för mitt förslag att, i avvaktan på översynen av äldrepolitiken och de nationella målen, komplettera de nationella målen

med jämställd och jämlik vård och omsorg är att det, som jag visar i kapitel 7, finns tydliga skillnader såväl mellan könen som mellan olika socioekonomiska grupper, trots att jämställdhet och jämlikhet under lång tid varit ett mål för samhällets politik på alla områden.

4.4 Fundament för den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer

Den nationella kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre som jag föreslår i detta betänkande är tänkt att vara vägledande för det fortsatta utvecklingsarbetet på nationell nivå, för huvudmännen och hos utförarna. Som jag återkommer till i kapitel 5 så kan vi i ett längre perspektiv se en mycket positiv utveckling av vården och omsorgen om äldre personer. Den nationella kvalitetsplanen ska vara ett stöd för att denna positiva utveckling fortsätter. I det här avsnittet pekar jag på några grundläggande värden som då ska beaktas.

Självbestämmande

Att ge möjlighet att åldras med värdighet förutsätter att vi får rätten att bestämma i vårt eget hem och över oss själva även när vi blir allt mer beroende av andra för att kunna klara vår vardag. Det är en utmaning för såväl kommunernas myndighetsutövning som för den som ska utföra vård- och omsorgsinsatserna. Det är inte i alla delar en enkel fråga. Självbestämmandet kan vara påverkat av kognitiva svårigheter. Det kan också begränsas av vad som är samhällets ansvar. I några av betänkandets kapitel, främst kapitel 12 och 14, fördjupas dessa frågeställningar.

Delaktighet

Den äldre personen ska enligt min uppfattning vara delaktig i genomförandet av vården och omsorgen. Med delaktighet avser jag då inte bara att den äldre personen fått information och fått framföra sina önskemål, utan att det arbets- och förhållningssätt som används utgår från ett delat beslutsfattande.

Personalen ska inom sitt yrkesansvar och uppdrag tillsammans med den äldre personen utforma hur och när insatserna utförs, så långt detta är möjligt. Ingen vet ju bättre än den äldre personen själv hur hen vill ha det. I socialtjänstlagen har den äldre personens rätt till inflytande kommit till uttryck i 5 kap. 5 § SoL.²³ Jag anser att denna bestämmelse är väl avvägd vad gäller möjliggörande till inflytande över hur beslutande insatser utförs. Det jag här avser är arbetsmetoder och förhållningssätt som gör att delaktighet uppnås. Arbetet med genomförandeplaner inom vården och omsorgen om äldre personer som beskrivs i kapitel 15 är ett viktigt instrument för att dokumentera och säkerställa detta arbete.

Delat beslutsfattande (Shared decision making) syftar till att skapa delaktighet för vård- och omsorgstagaren och innebär att personen och den professionelle utbyter information på ett jämlikt sätt för att sedan gemensamt ta ställning till olika behandlingsbeslut. Båda parter bidrar utifrån sin profession och/eller egenupplevda erfarenhet.²⁴ Metoden har introducerats inom psykiatrin, men är enligt min bedömning även tillämpbar inom vård och omsorg för äldre personer. Den är lämplig vid en ny social eller hälsorelaterad livssituation, när det finns mer än ett alternativ och tid för dialog.²⁵

Överläggningar och beslut ska inte ske om, för eller åt, utan tillsammans med brukaren. Det är ett samarbete som leder till att både brukare och personal delar samma information. Samarbetet gör också att båda har förståelse för vad den andra känner är viktigt att väga in i beslutet. Utifrån det görs ett gemensamt val – ett delat beslut.²⁶

Goda erfarenheter kan hämtas från den psykiatriska vården.²⁷ När det gäller biståndshandläggarens arbete menar jag att utredningarna inför beslut behöver präglas av ett mellan biståndshandläggare och de äldre personerna jämställt möte inom ramen för de förutsätt-

²³ »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.»

²⁴ Socialstyrelsen. *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

²⁵ http://plus.rjl.se/info_files/infosida34857/ll3_hedberg.pdf (hämtad 2016-12-29).

²⁶ www.battrepsykosvard.se/wp-content/uploads/2014/12/Delat_beslutsfattande_generell.pdf (hämtad 2016-12-29).

²⁷ Se t.ex. NSPH och SKL. *Från delaktighet till delat beslutsfattande. Inspirationskraft om delaktighet och delat beslutsfattande inom psykiatri och socialtjänst*. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, 2014 och *Delat beslutsfattande. Information till brukare, närstående och vård- och omsorgspersonal om delat beslutsfattande inom vård och stöd till personer med psykosjukdomar*. Projektet bättre psykosvård 2013.

ningar som följer av förvaltningslagen och socialtjänstlagen. Jag har i kapitel 14 redovisat de regleringar som finns beträffande utredningsarbetet. Det är inom dessa ramar som jag anser att det behövs metoder som ger den äldre personen ökat inflytande, samtidigt som jag här inte anser att det är lämpligt eller möjligt att använda begreppet delat beslutsfattande. Metoder som säkerställer att den äldre personen verkligen får möjlighet att uttrycka sin vilja och sina önskemål i utredningen ligger dock helt i linje med socialtjänstlagens portalparagraf, att socialtjänsten ska bygga på respekt för människornas rätt till självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § SoL). Modellen Individens behov i centrum (IBIC), som är en vidareutveckling av modellen Äldres behov i centrum (ÄBIC), stödjer ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt (se vidare kapitel 6.9).

Ett salutogent synsätt

Utgångspunkten i mötet även med äldre personer med stora och komplexa behov ska vara att se mer till vad de kan, och stärka det. För att citera en dansk studie om rehabiliterande förhållningssätt, ”när jag som personal ska gå hem till en person som mist sina båda ben, så ska jag tänka – hen har ju två armar, hur kan hen använda dem?”²⁸

Få vara en del i ett socialt sammanhang

Vi har alla ett behov av att bli sedda, och att få se och betyda något för andra. Att ha relationer. Att åldras innebär förluster på olika sätt, bland annat av det sociala nätverket men även av funktioner och inte minst av ”tid” (färre år framför än bakom).

Äldreomsorgen har som en del av sitt uppdrag²⁹ att underlätta för den äldre personen att få fortsätta vara en social varelse och få umgås med andra. Det kan också handla om att upprätthålla intressen och meningsfulla uppgifter. Detta område är särskilt aktuellt i kapitel 9 om förebyggande och rehabiliterande arbete. I detta

²⁸ Meldgaard Hansen, Agnete. Rehabilitative bodywork: cleaning up the dirty work of homecare. *Sociology of health & illness*, volume 38, issue 7: 1092–1105, 2016.

²⁹ ”Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.” (3 kap. 6 § SoL).

sammanhang har det civila samhället en betydelsefull roll. Det samspel som finns mellan den offentliga vården och omsorgen och civilsamhället är viktigt. Det sociala livet när hen har ett vård- och omsorgsbehov utgörs ofta av en ”trepartssamvaro” – den äldre personen – dennes anhöriga och sociala kontaktnät – vård- och omsorgspersonalen.

Trygghet

Trygghet är ett begrepp som ofta tas upp när målen för vård och omsorg beskrivs. Att få åldras i trygghet är angeläget och kan ses som ett självklart mål.

Är det möjligt att vården och omsorgen alltid kan uppnå målet med att ge den äldre personen trygghet? Hen är ju en person med erfarenheter från ett långt liv, och en personlighet som på olika sätt bidrar till upplevelser av trygghet och otrygghet. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition finns det en objektiv och en subjektiv dimension av begreppet trygghet. Tryggheten kan sägas ha en yttre dimension, som bl.a. beror på hur man bor, ens ekonomi, nätverk, hur sjukvården fungerar och hur väl omsorgspersonalen ser ens behov. Den inre påverkas däremot ofta av upplevelser i barndomen.³⁰ Traumatiska upplevelser, inte minst från krig eller som flykting, kan aktualiseras på nytt i åldrandet.³¹

Upplevd hälsa, relationstrygghet samt kunskap och kontroll är faktorer som är positivt relaterade till hur äldre personer med vård och omsorg uppfattar och upplever trygghet i vardagen, både i ordinärt och i särskilt boende. Relationer till anhöriga och till personal bidrar till att stärka tron på och tillit till sig själv och sin förmåga. Olika tekniska lösningar är också betydelsefulla för äldre personer, som rollator och trygghetslarm.³²

³⁰ Andersson, Kerstin. *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet*. Delrapport i diss. Omvårdnad och trygghet – en metateoretisk och en fenomenologisk studie. Göteborgs universitet, 1984.

³¹ Suvanto, Anna-Liisa & Heikkilä, Kristiina. Att minnas kriget: Sverigefinska erfarenheter. I Rolfner Suvanto, Susanne (red.) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa: prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*. Lund: Gothia, 2014.

³² Boström, Martina. *Trygghet – på vems villkor? Uppfattningar om och erfarenheter av trygghet hos äldre personer med behov av omsorg*. Diss. Jönköpings högskola School of Health Sciences, 2014.

Hur vården och omsorgen om äldre personer är utformad har alltså betydelse för hur trygg hen känner sig. Det har förstås betydelse om vården och omsorgen hänger ihop och inte är fragmenterad och att det är kontinuitet genom att det är samma personer som hjälper en och att det är en god tillgänglighet. Det är centralt att hen kan lita på att det finns personal med rätt kompetens när hen behöver vård och omsorg och att hen kan påverka, ha kontroll över sitt eget liv.

Personcentrerad vård och omsorg

En personcentrerad vård och omsorg är en nyckel till en fungerande omsorg. Vård och omsorg är en relationell verksamhet. Centralt är mötet mellan personalen inom vården och omsorgen och den som får vården och omsorgen. Det som vård- och omsorgspersonalen ska göra ska grunda sig i detta möte, växa fram från de uttalade och outtalade önskemål och behov den som får vård och omsorg har.

Det är viktigt att det finns handlingsfrihet för personalen att kunna möta den äldre personen just där hen är. Personalen måste tillåtas vara lyhörd, ha den tid som krävs för att lyssna in. Personalen behöver få möjlighet att förvärva den kunskap och yrkesskicklighet som krävs för att förstå och kunna ge det stöd och de insatser som situationen kräver. Med ett sådant synsätt betyder det att det är två parter som möts, där båda är en del i den situation som uppstår. Detta förutsätter tid, kunskap, ett gemensamt språk, handledning och tid för reflektion.³³ Vård och omsorg är en komplex handling i skärningspunkten mellan de personliga egenskaperna och det professionella kunnandet.

³³ Forsgårde, Marianne och Westman, Berith. *Att skapa rum för reflektion. Systematiska diskussionsgrupper med social omsorgs- och vårdpersonal inom särskilda boendeformer*. Diss., Institutionen för socialt arbete. Umeå Universitet, 2002. Birge Rönnerfelt, Marie och Norman, Eva. *Reflektion som arbetsutveckling*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2015.

5 En nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer

Mina förslag: Jag föreslår att regeringen lägger fram förslag till riksdagen om Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer som ska gälla under åren 2019–2034.

Vidare föreslår jag att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp genomförandet av planen, upprätta en ”baseline” 2019 och därefter regelbundet avrapportera utvecklingen till regeringen samt i början av varje mandatperiod återkomma till regeringen med förslag till förändringar för att uppnå de uppsatta målen.

Min bedömning: En plan för att höja kvaliteten och öka effektiviteten kräver en period om lämpligen fyra mandatperioder med regelbundna avstämningar.

5.1 Så kom vi dit vi är i dag

Det finns anledning att vid utarbetande av en nationell och långsiktig plan för vård och omsorg om äldre personer börja med att se tillbaka. Det som till synes kan verka överspelat har en betydelse för att förstå var vården och omsorgen om äldre personer är i dag, och hur den utvecklats. Det ger en förståelse för hur det omgivande samhället i dag påverkar. Kunskapen om detta ger vägledning för på vilket sätt en långsiktig plan bör utformas.

Från fattigstuga till särskilt boende

Äldreomsorgen har en lång historia i Sverige. Första gången som det tydligt slogs fast att socknen har ansvar för att det finns en fattigstuga var 1734, men socknens ansvar hade funnits långt innan dess. Vården

om äldre ingick i begreppet fattigvård. Med fattigvårdslagen 1918¹ ersattes begreppet fattigstuga med ålderdomshem. Rotegang och fattigvårdsauktioner förbjöds. Standarden förbättrades, men in på 1950-talet fanns även i en stor stad som Stockholm ålderdomshem med stora sovsalar. Men tiderna förändrades. På Sabbatsbergsområdet i Stockholm invigdes 1950 Nya hemmet där alla fick eget rum, något då ganska så unikt. Men samtidigt fick andra äldre personer dela rum med ett tiotal andra i husen mittemot.

Ålderdomshemmens karaktär av fattigvårdsanstalt avskaffades 1947. När riksdagen efter andra världskriget drog upp riktlinjerna för åldringsvården tänkte man sig att ålderdomshemmen skulle byggas ut kraftigt. Utgångspunkten var att ungefär var tionde ålderspensionär skulle behöva plats. Ålderdomshemmets passivitet och dåliga bostadsstandard skulle förändras. Ålderdomshemmet skulle bli en boendeform där de boende inte skulle ses som understödstagare utan som inackorderingsgäster.²

Bestämmelserna om ålderdomshem togs in i den lag som kom att ersätta fattigvårdslagen – 1956 års socialhjälpslag (1956:2). Med fattigvårdslagen försvann bestämmelserna om arbetsplikt och om rätten att vidta disciplinära åtgärder mot dem som bodde i ålderdomshem.³

Sedan 1950-talet har boendeformerna för äldre utvecklats och standarden förbättrats. Eget rum på långvården blev på 1980-talet en slagkraftig politisk paroll.⁴ Även i livets slutfas ska boendet vara värdigt och hemligt. Sjukhemmen som inrymt den gamla långvården avvecklades eller byggdes om. Den äldre person som flyttade till vad som från 1992 benämnts särskilt boende fick eget hyreskontrakt. En symbol för att den äldre personen inte skulle ses som en patient som personalen bestämde över var hen skulle bo och hur vården skulle utformas, utan som en självständig person, som skulle ha rådighet över sitt eget liv.

¹ ”Kommun åligger, i den mån icke annan drager försorg därom, anordna och driva hem för inom kommunen bosatta åldringar och individer, vilka äro i behov av omvårdnad och tillsyn å anstalt men för vilka dock icke erfordras vård å sjukhemsanstalt eller därmed jämförlig vårdanstalt.”

² Proposition 1979/80:1 del A. *Om socialtjänsten*.

³ Fahlberg, Gunnar. *Sociala insatser för äldre människor enligt lagstiftningen – från fattigvård till socialtjänst*, I SOU 2003:91 *Åldrepolitik för framtiden, bilagedel C Vård och omsorg, från den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005*.

⁴ Folkpartiets ledare Bengt Westerberg i valrörelsen 1985.

Från vårdhem till hemvård

Riksdagsbeslutet om ålderdomshemmen från 1947 blev snabbt omdebatterat. ”Det räcker inte med att varje åldring får en sängkant att sitta på och stirra mot döden, även om anstalten är aldrig så ny” skrev Ivar Lo Johansson i en debattbok *Ålderdoms-Sverige* som kom ut 1952.⁵ Ivar Lo Johansson bidrog aktivt till att få upp en diskussion om hur en human vård och omsorg om äldre ska utformas. ”Hemvård i stället för vårdhem” blev hans sammanfattande paroll.

Den nya synen kom till uttryck i den åldringsvårdsutredning som utredaren, Gunnar Sträng, överlämnade till regeringen i mitten av 1950-talet:

Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.⁶

Kvarboendeprincipen har sedan 1950-talet varit vägledande för utformningen av svensk äldreomsorg.

År 1957 utformade statsmakterna riktlinjer för ”vården av åldringar”, som bl.a. innebar att insatserna för äldre personer inte skulle bindas till vissa bestämda och en gång för alla fastställda handlingsmöjligheter. Efterfrågan borde i stället tillgodoses inom ramen för ett så långt som möjligt fritt konsumtionsval.⁷

Denna utveckling präglas av en vilja att sätta individen i centrum. Ivar Lo Johansson lyfte i sina debattskrifter fram ett antal fall där de sociala myndigheterna, i all välvilja, tvingat äldre att flytta till ett ålderdomshem. Nu skulle den äldre få välja själv. En valfrihet som det tog ett antal decennier av utveckling av vården och omsorgen om äldre att förverkliga.

I mitten av 1950-talet började alternativ till ålderdomshemmet att utformas. En viktig del i detta var den folkpensionsreform som beslutades 1946 och trädde i kraft 1948. De äldre behövde inte längre flytta till ålderdomshem på grund av fattigdom. En annan faktor som bidrog till att det blev möjligt att välja var en förbättrad

⁵ Lo Johansson, Ivar. *Ålderdoms-Sverige, en stridsskrift*. Stockholm 1952; nyutgåva Carlssons 1987.

⁶ SOU 1956:1. 1952 års åldringsvårdsutredning. *Åldringsvård* s. 185.

⁷ Proposition 1979/80:1, del A. *Om socialtjänsten*.

bostadsstandard. En tredje var den under 1950-talet nya verksamheten hemtjänst. Hjälp kunde ges inte bara på ”institutionen” utan också i den äldres hem, på samma sätt som barnfamiljer kunnat få hjälp genom hemvårdarinnor. Redan 1952 kom Socialstyrelsen med det första direktivet för utformningen av hemhjälp för gamla. Under 1980-talet utvecklades hemtjänst och hemsjukvård dygnet runt. Även äldre med behov av vård och omsorg kvälls- och nattetid fick möjlighet att bo kvar hemma.⁸

Individen alltmer i centrum

Redan 1957 framhöll regering och riksdag vikten av den enskilde äldres valfrihet. Vi behöver dock inte gå så långt tillbaka i tiden för att finna äldreboenden som var helt personalstyrda, där boendets rutiner styrde och de som bodde där fick anpassa sig. Det finns drag av detta i äldreboenden ännu i dag. På samma sätt har hemtjänsten varit rutin- och insatsstyrd, inte individuellt anpassad och styrd av den äldre personen själv. Och drag av detta finns alltjämt. Kulturförändringar tar tid.

I socialtjänstlagen som infördes 1982 anges den grundläggande synen i dess portalparagraf, att alla insatser inom socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. I propositionen *Om socialtjänsten* (prop. 1979/80:1) redovisas i enlighet med den socialutredning som föregått lagstiftningen att mål inom äldreomsorgen är självbestämmande och normalisering. Den service som den äldre väljer ska ges utan ingrepp i den personliga integriteten.⁹

Detta synsätt har fortsatt att vara vägledande. De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom som kom i sin första version 2010 och nu finns i en reviderad remissversion¹⁰ är ett tydligt exempel på inriktningen att utforma en personcentrerad vård och omsorg.

Äldreomsorgens utveckling kan sägas vara från fattigvård till en vård och omsorg som ska ta hänsyn till den enskilde personens

⁸ Wänell, Sven Erik. Boende för äldre. I Thorslund, Mats och Wänell, Sven Erik (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen*. s. 155–184. Lund: Studentlitteratur, 2006.

⁹ Proposition 1979/80:1, del A. *Om socialtjänsten*.

¹⁰ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

integritet och självbestämmande och ge valfrihet. Allt fler får omfattande insatser i sina hem. Denna utveckling har gått hand i hand med att personalen fått en högre kompetens, och yrkesrollen alltmer blivit en profession.

Det var inte bättre förr. Tvärtom har vården och omsorgen om äldre personer successivt blivit allt bättre.

5.2 Bättre, ja, men bra?

Man kan på god grund hävda att dagens vård och omsorg är bättre än den var för 10, 25, 50 eller 75 år sedan. Men samtidigt finns det en rad brister, som uppmärksammas i forskningsrapporter och statliga utredningar. Brister som rör ständigt återkommande områden – för lite av förebyggande och rehabiliterande insatser, för låg tillgänglighet att kunna få särskilt boende, kompetensbrister, tidsbrist, bristande kontinuitet, brister i vård och omsorg om de svårast sjuka och dåligt fungerande samverkan över huvudmannas- och utförargränser. De brister som ofta påtalas är något en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer kan utmana.

5.3 Där vill vi vara om tio år

En nationell kvalitetsplan för vården och omsorgen om äldre personer måste vara bred. Det finns inga snabba lösningar, än mindre en snabb åtgärd, för att komma åt de brister och ta tillvara de utvecklingsmöjligheter som finns i dagens vård och omsorg om äldre personer. Förslaget till kvalitetsplan innehåller en rad olika insatser – på statlig, regional och lokal nivå. De behöver genomföras på ett strukturerat sätt, och så att de stödjer varandra. I planen föreslår jag en tidsordning, och också former för att följa upp att utvecklingen går åt det önskade hållet. Inget av förslagen kan ensamt åstadkomma en önskad utveckling, de behöver genomföras tillsammans och samordnat. Varje förslag innebär ökade förutsättningar för att uppnå målen.

Om tio år menar jag att vården och omsorgen om äldre personer kan beskrivas som

- Lyhörd för den äldre personens livserfarenhet, önskemål och existentiella behov.
- Ödmjuk för den äldre personens kunskap om sig själv och vilja att kunna bestämma över sitt liv, inkluderande vilka insatser man behöver för att klara sin vardag.
- Inkännande och personcentrerad, med god kunskap om vem den äldre personen är, med sin livshistoria, kultur, vanor och önskemål.
- Flexibel och anpassningsbar för växlande behov, med tid och kompetens för att arbeta situationsanpassat i stället för regel-, rutin- och insatsstyrt.
- Stödjande, att se vad den äldre personen kan, lika mycket som att ta hänsyn till vad den äldre på grund av funktionsnedsättning inte längre kan.
- Stimulerande genom att stödja den äldre personen att bibehålla intressen, socialt umgänge och aktiviteter.
- Bred i innehåll och arbetsformer, så att vården och omsorgen präglas av mångfald, anpassad för olika individers och gruppers behov.
- Öppen för de anhöriga som medaktörer, och för de anhörigas behov av stöd.
- Integrerande genom att ta vara på civilsamhällets resurser och möjligheter.
- Kompetent genom att undersköterska blivit ett legitimeringsyrke, att andelen personal med adekvat högskoleutbildning ökat och att fortbildning, handledning och tid avsatt för reflektion är självklarheter.
- Kunskapsbaserad genom att insatserna bygger på forskning om det vanliga åldrandet och om tillstånd som begränsar – som demenssjukdomar, depressioner, fysiska sjukdomar och funktionsnedsättningar.
- Kunskap om hur den äldre personens potential att klara sig själv bättre kan tas tillvara.

- Säker genom att personalen har rätt kompetens och följer upp sitt arbete på ett systematiskt sätt.
- Utvecklingsinriktad i ett ständigt samspel mellan de äldre personerna själva, deras anhöriga, verksamheten, regionala FoU-miljöer, kompetenscentra, universitet och högskolor.
- Pålitlig, att den som har vård och omsorg vet vem som ska utföra ens insatser, och att insatserna utförs vid överenskommen tid och på överenskommen sätt.
- Trygg genom att det är personal som känner en väl och som man har förtroende för som hjälper en.
- Samordnad, där de som utför vården och omsorgen för den äldre arbetar tillsammans, i ett multiprofessionellt team.
- Tillgänglig, alla har möjlighet att efterfråga och utifrån sina behov få insatser. Genom att vården och omsorgen om äldre personer är gemensamt finansierad stängs ingen ute på grund av höga avgifter.

Det finns därigenom hos äldre och deras anhöriga en trygghet att vården och omsorgen är tillgänglig, flexibel och individanpassad. En vård och omsorg som också förmår möta existentiella behov.

Genom att på ett systematiskt sätt följa upp vården och omsorgen om äldre personer med olika metoder ska det vara möjligt att jämföra hur det ser ut 2034 med hur det såg ut basåret 2019.

Vård och omsorg hör ihop

För att äldre personer ska få vård och omsorg av god kvalitet krävs insatser både från äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen och från landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Ett av de i direktiven utpekade områdena – rehabiliterande insatser – avser främst hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Jag väljer därför att benämna den föreslagna planen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Fokus i kvalitetsplanen ligger på kommunernas vård och omsorg om äldre personer.

Utgå från individen, inte gruppen

En nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer behöver ta hänsyn till att vi är olika, och att åldrandet inte gör oss mer lika i annat avseende än att vissa behov blir vanligare – som att behöva hjälp med hemmets skötsel och kroppens vård. Men hur vi vill att dessa behov ska tillgodoses är olika beroende av våra tidigare erfarenheter, livssyn och personlighet. Det är en utmaning för all vård och omsorg som gärna tenderar att utformas lika för alla. Att behandlas och bemötas likvärdigt är ju inte detsamma som att behandlas likadant. Kanske snarare tvärtom. Mångfald i äldreomsorgen är inte i första hand en mångfald av aktörer, utan en mångfald i innehåll och arbetsformer. Utformat lyhört för den äldre personen som har omsorgsinsatserna och dennes anhöriga.

Den människosyn som ska vara grundläggande för all vård och omsorg om äldre personer ska bygga på varje människas lika värde, varje människas rätt att bestämma över sig själv, varje människas rätt att få leva i relation till andra, varje människas rätt till trygghet och varje människas rätt att bli bemött med respekt.

Värna det relationella

Bemötandet lyfts ofta fram som en nyckel till en fungerande vård och omsorg. Vård och omsorg är en relationell verksamhet. En god vård och omsorg bygger på det professionella mötet mellan personal och vård- och omsorgsmottagaren. Kvaliteten är beroende av relationen mellan den som ger och den som får vården och omsorgen.

Planering och organisering av vård- och omsorgsarbete måste utgå från vårdens och omsorgens specifika karaktär. Den ska skapa utrymme för handlingsfrihet för personalen att kunna hantera individuella behov och önskemål och klara oväntade situationer. Den ska tillgodose att personalen får de förutsättningar som krävs – utbildning, handledning och tid.

Utförarna behöver konkret kunskap om den äldre personen och dennes livssituation. Personalen behöver tid för att forma och vårda relationen. Personalen är inte utbytbar, relation förutsätter kontinuitet. Om en relation inte fungerar ska hänsyn tas till det – en relation uppstår inte alltid på beställning. Vården och omsorgen behöver ha ett arbetssätt som präglas av förnuft, inlevelse och empati

och en insikt i att jag som personal träder in i ett liv som pågått länge och som levs i ett socialt sammanhang.

Den demografiska utmaningen

Bättre levnadsvillkor har sedan slutet av 1700-talet inneburit en ökande medellivslängd, med avbrott beroende på missväxt och epidemier. Allt tyder på att denna positiva utveckling kommer att bestå, vilket också medför utmaningar. En sådan är att andelen personer i yrkesverksam ålder – den så kallade försörjningskvoten – kommer att minska under den kommande fyrtioårsperioden. I dag går det cirka 75 personer i åldrarna under 20 och över 64 år på 100 personer i yrkesverksam ålder. År 2030 har denna kvot ökat till 81 personer och år 2040 till 85.¹¹

Den ökande medellivslängden har gett fler förhållandevis friska levnadsår. De år i slutet av livet då den äldre personen är i behov av hjälp av andra för att klara sin vardag har dock inte blivit färre, den har förskjutits högre upp i åren. På 30 år mellan 2015 och mitten av 2040-talet beräknas antalet personer som är 80 år och äldre att fördubblas, från en halv till en miljon personer.

Detta ger förstas utmaningar för att kunna klara en kvalitativt bra vård och omsorg om äldre personer. Kommer det t.ex. att vara möjligt att rekrytera tillräckligt med personal – inte minst i glesbygdskommunerna? Kommer det att vara ekonomiskt möjligt att bibehålla, och fortsätta att utveckla, vården och omsorgen om äldre personer? I den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer pekar vi på några områden som ligger inom ramen för de direktiv utredningen haft;

- Genom att kraftfullt utöka antalet utbildningsplatser för vuxenstuderande kan rekryteringen av undersköterskor underlättas. Om undersköterska blir ett legitimationsyrke kan de yrken där undersköterskor arbetar bli tydligare och statusen öka vilket bör underlätta att fler väljer denna yrkesbana.

¹¹ Referenser till detta avsnitt finns i kapitel 7.

- När all personal inom vård och omsorg om äldre personer, som i dag har yrkesbenämningar som t.ex. vårdbiträde och undersköterska, har undersköterskeutbildning ökar möjligheten för att vården och omsorgen utförs på ett kunskapsbaserat och därmed mer effektivt sätt.
- En ökande andel högskoleutbildad personal med bra utbildning i gerontologi och geriatrik kan bidra till en utveckling av vården och omsorgen där nya arbetsformer och metoder tas till vara och dåligt fungerande arbetssätt utmönstras.
- Genom forskning, utvecklingsarbete och uppföljning kan en god kunskapsbas skapas för hur vården och omsorgen kan organiseras och utföras, vilket kan bidra till en bättre måluppfyllelse och att befintliga resurser tas till vara på bästa sätt.
- När äldre personer med stora och sammansatta behov kan välja ett team där olika professioner (undersköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare) arbetar integrerat och i god samverkan med andra yrkesgrupper, specialister och slutenvården kan onödiga sjukhusinläggningar undvikas och fler kan välja att bo kvar hemma och inte behöva flytta till en dyrbarare vård- och omsorgsform.
- En större variation av bostadsformer i det ordinära boendet och fler bostäder som är funktionella för äldre personer kan, tillsammans med ett höjt bostadstillägg för pensionärer (BTP), möjliggöra för äldre personer att flytta till en bostad där det är lättare att klara sig själv och kunna behålla gamla och utveckla nya intressen och ett socialt nätverk.
- Genom att tillsammans med civilsamhället utveckla olika former av dagverksamheter, träffpunkter, besökstjänst och liknande kan kommunerna få möjligheter att ge ett mer individuellt anpassat stöd till äldre personer som upplever sig ensamma, oroliga och otrygga i sina hem.
- Nya digitala tekniska lösningar (välfärdsteknik) kan underlätta för den äldre personen att klara sig själv och hålla kontakt med släkt och vänner. De kan också underlätta för personalen och göra arbetet mer rationellt.

- Anhöriga har en avgörande roll för att den äldre personen ska ha en trygg och värdig tid även de sista åren av sitt liv. Anhöriga måste respekteras som en viktig part i vården och omsorgen. Anhörigrollen ska få vara en självvald och inte en påtvingad uppgift. Anhöriga måste garanteras ett för var och en anpassat stöd för att klara sin ofta svåra uppgift, och orka med den.

Detta är exempel på vad som kan vara vårdens och omsorgens bidrag till att klara den demografiska utmaningen. Till detta kan läggas den utveckling som hela tiden sker inom hälso- och sjukvården. De akuta insatserna och rehabiliteringen efter stroke kan nämnas som ett positivt exempel. Ett genombrott för forskningen kring läkemedel för olika former av demenssjukdomar skulle kunna förändra behoven av vård och omsorg om personer med demenssjukdom dramatiskt.

Tillgången till personal beror t.ex. på hur väl Sverige klarar av integrationen av personer som kommer hit från andra länder.

Den ekonomiska utvecklingen i samhället är avgörande för om finansieringen ska kunna klaras. En förutsättning är också att viljan består att alla tillsammans tar ekonomiskt ansvar för vården, skolan och omsorgen – samhälls- eller generationskontraktet. Ytterst handlar det om prioriteringar och långsiktig planering.

5.4 Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer

I den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer är målet att fånga in vad den äldre personen själv vill – de faktorer som bidrar till större trygghet och ökat välbefinnande. En kvalitetsplan måste kunna hantera etiska konflikter samt hantera spänningen mellan det önskvärda och det ekonomiskt möjliga. Den ska kunna ge vägledning och vara långsiktig. Den bör därför ha en livslängd om fyra mandatperioder.

Den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer ska relatera till och i sig kunna inkorporera andra satsningar och planer. Detta för att kunna ge en helhetsbild och motverka att flera satsningar bedrivs parallellt oberoende av varandra och kanske även med olika mål. Det är också viktigt utifrån möjligheten att dra säkra slutsatser kring vad som gett effekt och

vad som inte gett effekt av satsningar som görs. Ett exempel är den kommande Nationella planen för demensvård. Den nationella kvalitetsplanen ska inte vara detaljstyrande utan bidra till att stödja den lokala och regionala utvecklingen, kunna utgöra en ram eller form för den egna planläggningen samt bidra till stöd inom de områden där det krävs ett nationellt ansvar.

Nedan ges en överblick av de förslag jag lägger, och som enligt min bedömning behöver genomföras samtidigt och samordnat. Förslagen redovisas utifrån när i tiden de kan genomföras, med start 2019 då den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer kan vara beslutad. Jag vill ta med dig till framtiden, och beskriver förslagen som genomförda vid de år jag valt för de första stegen under 2019–2020, på lite längre sikt åren 2021–2025 och på lång sikt 2026–2034.

Tabell 5.1 Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer – exempel på mål på kort och lång sikt

Tema	År 2019	År 2024	År 2028	År 2032
All personal bör minst ha adekvat gymnasial vård- och omsorgsutbildning	16 000 personer examineras	80 % av anställda är undersköterskor	95 % av anställda är undersköterskor	
Antal medarbetare per enhetschef ska minska	Socialstyrelsen anger kompetens för chefer, utformar och upphandlar utbildning	Ingen enhetschef har fler än 45 medarbetare	Ingen enhetschef har fler än 30 medarbetare	
Sammanhållen vård och omsorg	Ett lagförslag finns om att kommuner och landsting ska kunna erbjuda äldre med stora och sammansatta behov ett multiprofessionellt team	Multiprofessionella team finns i 80 % av alla landets kommuner	90 % av de äldre personer som är i behov av en samordnad vård och omsorg får den genom ett multiprofessionellt team	Andelen äldre som bor kvar i sitt hem och rapporterar sig vara trygga med det har ökat med 50 % sedan 2019. Få äldre personer vårdas inom slutenvården p.g.a. brister i den öppna vården och omsorgen.

Tema	År 2019	År 2024	År 2028	År 2032
Anhöriga	Socialstyrelsen genomför en kartläggning av stödet till anhöriga och dess effekter.	Socialstyrelsens kartläggningar av anhörigstödet och regelbundna undersökningar om anhörigas syn på sina närståendes vård och omsorg används som underlag för förbättringsarbete i alla kommuner.	80 % av de anhöriga rapporterar att de känner till vilket stöd de kan få, och anser att stödet de erbjuds passar dem.	Anhöriga är en naturlig del i vården och omsorgen, och alla får ett individuellt utformat stöd i sin roll som anhörig. Ingen tvingas göra mer än vad hen själv vill.
Kompetens- och utvecklingsstöd för välfärdsteknik	Utredning pågår om formerna för ett Nationellt FoU-organ	FoU-organet har successivt byggts upp. Nätverk och kontakter etableras med berörda samhällsorgan.	FoU-organet bidrar till en kompetenshöjning i kommunerna. Initiativ tas till utvecklingsprojekt, där kommuner, forskning och FoU-organet medverkar. Stöd ges till kommuner i samband med upphandlingar. Internationella kontakter har tagits för utveckling av gemensamma standarder	Den enskilde har tack vara det utvecklingsarbete som skett fått större möjligheter att få sina behov tillgodosedda med välfärdstekniska lösningar, som utgår från den enskildes behov. Indikatorer har utvecklats som bidrar till utvärdering och uppföljning
Andel självmord bland äldre personer ska minska	Nationellt kompetenscentrum om äldres psykiska hälsa inrättas och kunskap, arbetsmetoder görs tillgängliga	Rutiner för att förebygga självmord och rutiner för händelseanalys vid självmord bland äldre personer finns i 80 procent av Sveriges kommuner	Andelen självmord bland äldre personer har en tydligt nedåtgående trend Ökad kunskap hos vård och omsorgspersonal finns om självmord bland äldre personer	Andelens självmord bland äldre personer har en statistiskt säkerställd minskning och som är betydande

5.5 De första stegen 2019–2020

Steg 1 – vad är utgångspunkten?

För att veta var vi står när besluten tagits om den Nationella kvalitetsplanen för vård omsorg om äldre personer behöver vi veta var vi står. Socialstyrelsen utvecklar därför i samverkan med berörda parter modeller för att beskriva status för vården och omsorgen om äldre personer, en ”baseline” som grund för en kontinuerlig uppföljning.

Resultaten från uppföljningen kommer att presenteras regelbundet i början av varje ny mandatperiod. Den ska vara bred och omfatta alla de delar som ingår i den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer. Den bör syfta såväl till att ge huvudmännen och utförarna underlag för sitt utvecklingsarbete som att ge statsmakten underlag för förändringar i kvalitetsplanen, lagstiftning och föreskrifter.

Steg 2 – undersköterskorna en central resurs

Grundläggande för en god kvalitet är att det finns tillräcklig bemanning, och att personalen har den kunskap och kompetens som krävs. Personaltillgången måste tryggas. Regeringen verkar för detta på en rad olika områden samtidigt;

Regeringen har 2019 tillsatt en utredning för att överväga utformning, genomförande och ekonomiska konsekvenser av införande av legitimation för undersköterskor, samt lämna förslag till förändringar i berörda regelverk.

Regeringen har också tillsatt en utredning för att överväga att ge vuxna rätt till studier i yrkesämnena på gymnasial nivå, se över finansieringen av denna och kopplingen mellan arbetsmarknads- och utbildningsåtgärder.

Grunden har lagts för en långsiktig och uthållig utökning av vård- och omsorgsutbildningen och en ökad volym på specialistutbildningen inom yrkeshögskolan. Inom ramen för regeringens kunskapslyft har resurserna för vuxenutbildning ökat kraftigt.

Fler specialiserade yrkeshögskoleutbildningar för undersköterskor startar, på fler orter i landet, inom ramen för regeringens kunskapslyft.

Aktörerna inom branschen har tydliggjort de formella kvalifikationskraven för kvalificerade undersköterskeuppgifter och startat ett arbete med att förbättra utvecklingsmöjligheterna för undersköterskor.

Myndigheten för yrkeshögskolan har föreskrivit om ett antal nationella inriktningar för specialisering för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre.

Omfattningen av validering för vård- och omsorgsarbete ökar. Genom Arbetsförmedlingens försorg sker detta vid omställning på arbetsmarknaden. Statens skolverk ger stöd till kommuner och utförare av vuxenutbildning för att det ska bli en ökad likvärdighet i valideringen, och regeringen och parterna på arbetsmarknaden verkar för att den genomförs mot samma nationellt fastställda kompetenskrav och samma kriterier oavsett om den genomförs inom vuxenutbildning eller som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd.

Steg 3 – den högskoleutbildade personalen

Fler högskoleutbildade med inriktning mot äldre efterfrågas inom vården och omsorgen om äldre personer.

I socialtjänstförordningen har den 1 januari 2020 införts en bestämmelse att i särskilda boendeformer, hemtjänst och dagverksamhet för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Socialstyrelsen har med stöd i denna förordning angett vilken utbildning som är lämplig.

Socialstyrelsen har i samråd med berörda intressenter, med utgångspunkt från tidigare genomförd nationell ledarskapsutbildning, utformat och upphandlat en nationell ledarskapsutbildning för enhetscheferna som startade 2020.

Universitetskanslersämbetet genomför en kartläggning av förekomsten av kurser i gerontologi och geriatrik i grundutbildningar på vård- och omsorgsområdet, och kommer att fortlöpande följa utvecklingen.

Lydelsen i examensmålen för socionomexamen har ändrats så att ”studenten skall visa kunskap om och förståelse för barns och äldre personers behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns levnadsvillkor”. Regeringen in-

väntar den kartläggning Universitetskanslersämbetet gör för att se om det krävs liknande förändringar i examensmålen för övriga grundutbildningar inom vård- och omsorgsområdet.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet utarbetar förslag till åtgärder för att främja specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för yrkesverksamma.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen utformat en nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen.

Steg 4 – samplanering och lättillgängligt kunskapsstöd

En ny struktur för utbildningsplanering växer fram på regional och nationell nivå. Syftet är att fortlöpande anpassa utbildningsutbudet till efterfrågan, såväl regionalt som nationellt. Staten och huvudmännen samt privata utförare samverkar nu utifrån långsiktigt fastställda förutsättningar för att klara kompetensförsörjningen.

I flertalet län genomför de verksamhetsansvariga för vård och omsorg om äldre personer systematiska inventeringar av kompetensutvecklingsbehov bland personalen och använder resultatet i arbetet med att utforma regionala kompetensplattformar.

Universitetskanslersämbetet, Statens Skolverk samt Myndigheten för yrkeshögskolan har fått ett uppdrag att medverka till att skapa samverkansarenor på nationell nivå mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjning inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har fått de resurser som krävs för att med berörda intressenter utveckla det nationella kunskapsstödet för att ge uppdaterat och lättillgängligt kunskapsstöd för de yrkesverksamma inom vård och omsorg.

De regionala och lokala FoU-miljöerna har fått resurser för att vara ett kompetensstöd inom en rad områden, som välfärdsteknik, användningen av kvalitetsregister och implementeringen av nya riktlinjer och demensplanen som beslutades 2018. Som utvecklingsstöd inom välfärdsteknik startade ett nationellt FoU-organ 2019.

Steg 5 – översyn av de nationella målen för äldrepolitiken

Regeringen genomför en översyn av de nationella målen för äldrepolitiken. Utgångspunkten är att målen ska präglas av jämställdhet och jämlikhet. Ett första steg har tagits genom att riksdagen fastställt att målen för äldrepolitiken kompletterats så att inledningen lyder ”Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre kvinnor och män ska ...” och ett nytt, femte, mål har lagts till med lydelsen ”... ha tillgång till en jämställd och jämlik vård och omsorg”.

Regeringen har gett den nya Jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att särskilt belysa vården och omsorgen om äldre personer i syfte att säkerställa att alla oavsett könsidentitet får likvärdig vård och omsorg

Steg 6 – teamsamverkan

Den utredning som regeringen tillsatte 2017 för att utveckla förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) om att äldre personer med stora och sammansatta behov ska kunna få en vård och omsorg som utförs gemensamt blev klar år 2018. I enlighet med förslaget i mitt betänkande är inriktningen att öka den äldre personens valfrihet, genom att alla landsting och kommuner ska vara skyldiga att tillsammans kunna erbjuda en helhetslösning, där personal arbetar integrerat. Betänkandet har resulterat i att denna skyldighet sedan januari 2020 är reglerad i lag. Arbetet med att utveckla den integrerade vården och omsorgen pågår över hela landet, utifrån de lokala förutsättningar som finns.

Statliga stimulansmedel har ställts till förfogande under åren 2019–2022 till stöd för planering och genomförande av reformen.

Forte har genom resursförstärkning kunnat 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.

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskaps- och metodstöd för att ta tillvara de erfarenheter som finns från olika verksamheter som bedrivits eller bedrivs gemensamt av landsting och kommun, som t.ex. ”trygg hemgång”.

Socialstyrelsen genomför en kartläggning av hemsjukvården för äldre personer i ordinärt boende. Myndigheten för vård- och om-

sorgsanalys gör 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.

Steg 7 – stöd till anhöriga

Anhöriga svarar för merparten av insatserna till äldre personer som har behov av hjälp i sin vardag. Socialstyrelsen kartlägger regelbundet på regeringens uppdrag hur kommunernas stöd till anhöriga som vårdar närstående fungerar. I uppföljningen har Socialstyrelsen ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv. Första kartläggningen genomfördes 2019.

Socialstyrelsen håller på att utveckla en fungerande form för undersökningar riktade till anhöriga om vården och omsorgens kvalitet ur ett anhörigperspektiv.

Steg 8 – bra bostäder för äldre personer

Flera av förslagen i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* (SOU 2015:85) genomförs för att klara det stora behovet av funktionella bostäder för en växande äldre befolkning. Boverket har fått i uppdrag att göra en särskild satsning, för att sprida kunskaper och erfarenheter om strategisk planering av bostadsförsörjning för äldre personer.

Statliga stimulansmedel har bidragit till att de flesta kommunerna gjort eller håller på att genomföra tillgänglighetsinventeringar. Boverket ger kunskapsstöd till detta arbete.

Kommunernas ansvar har, genom tillägg i bostadsförsörjningslagen, preciserats vad gäller att erbjuda aktuell och lättillgänglig information om bostäder med god tillgänglighet för personer med nedsatt funktionsförmåga och boendeformer som riktar sig till särskilda grupper. Många kommuner har redan utvecklat sin information och även sin uppsökande verksamhet till äldre personer som har behov av förändringar i sin boendesituation. Socialstyrelsen genomför en uppföljning av de former kommunerna valt och utfallet av olika arbetsätt.

Trygghetsbostäder och liknande boendeformer tillkommer i allt fler kommuner. Genom forskningsmedel från Forte sker studier av trygghetsbostäder som boendeform med syfte att ge underlag för en kontinuerlig utveckling av denna typ av boendeformer för äldre personer.

Inom ramen för dessa studier följs också vilken roll gemensamma lokaler kan ha för att skapa ett socialt sammanhang i boendet. Studier sker också om vilken roll dagverksamheter och öppna verksamheter kan ha för äldre personer som har behov av stöd till social samvaro för att minska upplevelsen av ensamhet och oro.

I slutet av livet blir en flytt till ett särskilt boende nödvändig för många. Det finns en oro som av och till kommer till uttryck i bl.a. massmedia, att det inte är säkert att det finns plats när en äldre person önskar och behöver. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt 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. Socialstyrelsen har då också studerat 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 har också innefattat om kommunernas ekonomi har någon betydelse. Socialstyrelsen har härutöver kartlagt 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.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gör 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 ingår 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.

Socialstyrelsen har genomfört en studie om 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. Med ledning av denna studie arbetar Socialstyrelsen med en vägledning för kommunernas arbete med dagverksamheter och öppna verksamheter för äldre personer.

Steg 9 – bostadstillägg och avgifter för vård och omsorg samt mat inom äldreomsorgen

För att även äldre personer med låga pensioner och begränsade tillgångar ska kunna efterfråga en lämplig bostad har riksdagen fattat beslut om att bostadstillägget för pensionärer (BTP) successivt ska höjas, så att bostadstillägget har en bättre relation till t.ex. hyror i nybyggda bostäder inklusive trygghetsbostäder och motsvarande samt till nybyggda särskilda boenden.

Vidare har regeringen beslutat om en skyndsam översyn av regelverket för BTP och om det särskilda bostadstillägget för pensionärer (SBTP) och äldreförsörjningsstödet. I utredningens uppdrag ingår även att se över kopplingen mellan bestämmelserna om skälig levnadsnivå avseende särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP), äldreförsörjningsstöd och bestämmelserna om förbehållsbelopp (minimibeloppet) avseende avgifter för äldreomsorg och hemsjukvård. Den utredningens arbete är samordnat med utredningen om översyn av garantipensioner m.m.

Regeringen har också tillsatt en utredning med uppdrag att se 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 utredningens uppdrag ingår att utreda hur man ska hantera situationen som uppstår när äldre personer med låga pensioner inte har sitt förbehållsbelopp kvar när matkostnaden är betald. Utredningen kartlägger också vilka skillnader det finns mellan kommunerna vad gäller avgift för mat i särskilt boende och matlådor och hur tillämpningen av gällande bestämmelser skiljer sig åt. Storleken av kostnaden ställs i relation till den referenskostnad som Konsumentverket beräknat för äldre personers livsmedelskostnader. En ytterligare frågeställning som ska belysas är om kostnaden för mat som tillhandahålls av kommunen kan medföra att den äldre personen inte har råd med en bra mathållning.

Steg 10 – hälsofrämjande och förebyggande insatser

Folkhälsomyndigheten har, som en utökning av tidigare pågående uppdrag, tagit fram ett kunskapsstöd för kommunernas insatser inom hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre personer. Arbetet genomfördes i samråd med pensionärsorganisationer och andra berörda ideella organisationer.

Inom ramen för arbetet med kunskapsstöd har Folkhälsomyndigheten i samarbete med Socialstyrelsen under 2019 tagit fram ett material för händelseanalys vid självmord avseende äldre personer.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen inrättat Nationellt kompetenscentrum om äldre personer och psykisk hälsa. Kompetenscentret invigdes 2019, med en budget om 5 miljoner kronor det första året.

Livsmedelsverket har på regeringens uppdrag och med särskilda medel i samverkan med Socialstyrelsen påbörjat en treårig informations- och utbildningsinsats för den personal som arbetar med mat till äldre personer i ordinärt och särskilt boende.

Steg 11 – rehabiliterande insatser

Socialstyrelsen sammanställer tillsammans med andra berörda myndigheter och organisationer kunskap om effektiva rehabiliteringsmetoder och arbetssätt liksom fungerande organisatoriska modeller. Denna kunskap sprids via det utvecklade nationella kunskapsstödet och de regionala och lokala FoU-miljöerna till huvudmän, vårdgivare och vård- och omsorgspersonal.

Myndigheten för delaktighet (MFD) kartlägger levnadsförhållanden och livssituation för äldre personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har kartlagt tillgång till rehabilitering och habilitering för samma grupp. De båda myndigheterna samverkar, och de uppmärksammar särskilt om det finns skillnader för personer under och över 65 år.

Socialstyrelsen utreder också orsakerna bakom de skillnader i tillgång till hjälpmedel som finns mellan personer över och under 65 år samt mellan äldre kvinnor och män.

Steg 12 – välfärdsteknik

Välfärdsteknik används alltmer som ett värdefullt komplement för att öka äldre personers självständighet och trygghet och därmed deras välbefinnande. För att ny teknik ska kunna komma alla till del har regeringen tillsatt en utredning som ska överväga behov av lagförslag och lagändringar i syfte att underlätta användning av välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samtidigt som rättssäkerheten garanteras.

Allt fler kommuner har, som en del av sitt ledningssystem, utarbetat riktlinjer eller policys för vägledning i införandet så att såväl säkerhet som etiska aspekter beaktas. Likaså erbjuder de flesta utförare av vård och omsorg om äldre personer sin personal fortbildning om välfärdsteknik.

Personal med kunskap om välfärdsteknik ingår i landstingens och kommunernas hjälpmedelsverksamhet.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har utvecklat en nationell strategi för stöd till innovationer av välfärdstekniska lösningar och produkter med särskild inriktning att omhänderta verksamhetsnära innovationer. Strategin har ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Vinnova fördelar särskilda medel för verksamhetsnära innovationer inom välfärdsteknikens område.

Regeringen har från och med 2019 ställt stimulansbidrag till förfogande för utvecklingsarbete avseende nya former av välfärdsteknik och dess användning. Detta utvecklingsarbete sker i nära samverkan mellan de som ska använda tekniken (den äldre personen och personalen), utförarna, kommunerna som huvudmän, forskning och teknikföretag.

Regeringen har tagit initiativ till ett utökat nordiskt samarbete avseende gemensamma standards, kunskapsutbyggnad och utvecklingsarbete.

Steg 13 – förenklad biståndsprövning och genomförandeplaner

Det pågår ett kontinuerligt arbete med att stärka den äldre persons delaktighet i utredning och genomförande av alla insatser.

En del i detta är att det i socialtjänstlagen 1 juli 2018 infördes 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.

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning till stöd för kommunerna vid tillämpning av den nya bestämmelsen. Socialstyrelsen har också i denna vägledning belyst hur kommuner som valt att tillämpa den nya bestämmelsen kan arbeta med information så att den blir känd för de äldre personerna och deras anhöriga.

Socialstyrelsen har även fått regeringens uppdrag att genomföra en uppföljning av hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas i de kommuner som inför en sådan förenklad biståndsprövning. Uppföljningen omfattar också hur förutsättningarna för en jämställd och jämlik omsorg, kommunernas ekonomi samt kvalitet och effektivitet påverkas.

Regeringen har inom ramen för uppdragen till Forte tagit initiativ till ett forskningsprogram om myndighetsutövning och behovsprövning inom äldreomsorgen.

Socialstyrelsen har initierat och stödjer ett långsiktigt utvecklingsarbete avseende genomförandeplaner hos såväl kommuner i egenskap av huvudmän för äldreomsorgen, som hos kommunala och privata utförare. Utvecklingsarbetet har lagts upp så att det går att följa upp genomförandeplanernas betydelse för äldre personers inflytande och delaktighet, hur den påverkar personalens lyhördhet för den äldres önskemål i utförandet, den enskildes rättssäkerhet, jämställd och jämlik omsorg, kommunens ekonomi samt kvalitet och effektivitet.

Steg 14 – uppföljning

Den nationella uppföljningen av vård och omsorg om äldre personer utvecklas kontinuerligt. Det arbete den nationella samordningsgruppen för öppna jämförelser genomförde åren 2015–2018 har lett fram till en bättre kunskap om vilka indikatorer som kan användas, vilka som bör utmönstras och hur nya ska kunna utvecklas.

Forte har initierat forskning om hur kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen om äldre personer kan följas på nationell nivå. Socialstyrelsen kommer att med ledning av denna forskning ta ställning till validiteten i de frågor som i dag används i brukar-

undersökningen och enhetsundersökningen och göra de förändringar som behövs i Äldreguiden och Öppna jämförelser.

Socialstyrelsen har gjort en översyn av de undersökningar som riktar sig till äldre personer med vård- och omsorgsinsatser så att de nu tillgodoser olika språk, nationella minoritetsspråk, tecken- språk, bildstöd och andra former för kommunikativ anpassning.

Universitet och högskolor samt FoU-miljöer arbetar på uppdrag av Socialstyrelsen med att utveckla former för kompletterande undersökningar till brukarundersökningen. Inriktningen är att genomföra kvalitativa studier. Arbetet har påbörjats under 2019.

Under 2019 startade också ett långsiktigt arbete med att förbättra statistiken över yrkesverksamma personer inom vård och omsorg, vilken yrkeskompetens personalen har samt över tillgång och efterfrågan på personal för att göra prognoser inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. Universitetskanslersämbetet, Statens Skolverk samt Myndigheten för yrkeshögskolan utvecklar detta tillsammans med Statistiska Centralbyrån.

Genom en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har de nationella kvalitetsregister som används inom vården och omsorgen om äldre personer fått ett långsiktigt statligt stöd. Det inkluderar att de lokala och regionala FoU-miljöerna har fått förutsättningar att stödja utförarna i deras arbete med förbättringar och utveckling.

Regeringen har gett ekonomiskt stöd till pensionärsorganisationerna för deras utvecklingsarbete med att på olika sätt delta i uppföljningen av vården och omsorgen om äldre personer.

5.6 På lite längre sikt 2021–2025

År 2023 genomför Socialstyrelsen den första uppföljningen av den Nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer. Med ledning av den tar regeringen initiativ till förändringar i planen och har gett nya uppdrag till berörda myndigheter.

Rätt bemanning och rätt kompetens

Legitimerade undersköterskor och välutbildade enhetschefer

Arbetet med att utreda förutsättningar för ett regelverk för legitimation för undersköterskor har slutförts. Det har resulterat i att undersköterskor blivit ett reglerat yrke. I februari 2025 fick de första undersköterskorna sin legitimation under högtidliga former. Samtidigt har det skett en betydande ökning av volymen på yrkesutbildningen. Antalet personer som årligen slutför studier till undersköterska har ökat från cirka 6 000 år 2015 till en nivå på cirka 16 000 per år. År 2024 var åtta av tio utbildade undersköterskor.

En ny struktur för livslångt lärande och stöd i omställning för yrkesverksamma personer växer successivt fram. En kompetensförsäkring för att finansiera yrkeslärande för vuxna övervägs. Även personer som tidigare har en gymnasieexamen har fått möjlighet att studera yrkesämnena.

Det har blivit en ökad volym på specialistutbildningen inom yrkeshögskolan. Aktörerna inom branschen arbetar med att förbättra utvecklingsmöjligheterna för undersköterskor.

De flesta enhetschefer har 2025 genomgått chefsutbildning, och få har fler än 30 medarbetare. Ingen har mer än 45 medarbetare.

Fler högskoleutbildade med specialisering

Kurser i gerontologi och geriatrik har blivit ett självklart inslag i grundutbildningar på vård- och omsorgsområdet. De åtgärder som Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet vidtagit har skapat stabila förutsättningar för specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för yrkesverksamma.

Universitetskanslersämbetet har år 2024 gjort en uppföljning av specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för yrkesverksamma och kunnat konstatera klara förbättringar.

Socialstyrelsen har år 2021 i föreskrifter och allmänna råd om målbeskrivningar för specialistutbildning av läkare särskilt beaktat behovet av kunskapsmoment om geriatrik och gerontologi inom specialiteter där äldre personer ofta får vård.

Etablerade samverkansformer för kompetensförsörjningen

Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet, Statens Skolverk samt Myndigheten för yrkeshögskolan har lyckosamt medverkat till att skapa samverkansarenor på nationell nivå mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjning inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården.

Landstingen och regionerna har utvecklat en centraliserad strategisk kompetensförsörjningsplanering med syftet att styra ST-tjänster till eftersatta specialiteter, bl.a. geriatrik, allmänmedicin och psykiatri. De har också utvecklat den nationella samordningen mellan huvudmännen i denna del.

De berörda lärosätena har utvecklat sin samverkan med arbetslivet och deltar aktivt i de regionala kompetensplattformarnas arbete, och erbjuder i ökande utsträckning kurser på avancerad nivå i gerontologi och geriatrik.

Allt fler kommuner och landsting/regioner ger alla medarbetare oavsett regiform goda förutsättningar att delta i specialist- och vidareutbildning. De ersättningar som utförarna erhåller medger att kunna bevilja tjänstledighet för vidareutbildningar inom geriatrik och gerontologi.

Kommuner och lärosäten har i betydligt högre omfattning än tidigare inrättat så kallade delade tjänster till stöd för verksamhetsnära forskning- och utvecklingsarbete.

Socialstyrelsen och de nationella kompetenscentra har fått den finansiering som krävs för att utveckla former och innehåll i ett nationellt kunskapsstöd. De kan därmed ge ett bra stöd för de yrkesverksamma inom vård och omsorg om äldre personer att arbeta kunskapsbaserat

Det går att välja det multiprofessionella teamet

I 80 procent av landets kommuner kan kommuner och landsting erbjuda en helhetslösning, där personal arbetar integrerat, för äldre personer med stora och komplexa behov. I det multiprofessionella teamet ingår undersköterskor, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och läkare. Teamet samverkar med t.ex. dietist, logoped, pedagog, kurator, psykolog och farmaceut. Genom de satsningar som gjorts på undersköterske- och högskoleutbildningar har fler-

talet personal goda kunskaper om gerontologi och geriatrik. I teamet sker ett kontinuerligt lärande mellan professionerna.

Den forskning som bedrivits med medel från Forte ger kontinuerligt ny kunskap för arbetet med att utveckla det teambaserade arbetssättet. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har ytterligare bidragit till att verksamheterna kunnat byggas utifrån en stabil kunskapsbas. De statliga stimulansmedlen under fyra år har varit värdefulla för att möjliggöra ett projektinriktat arbete i startfasen.

Förslagen i betänkandet *Rätt information på rätt plats i rätt tid* (SOU 2014:23) om möjlighet att välja direktåtkomst eller gemensam vård- och omsorgsjournal genomfördes januari 2021, vilket underlättar arbetet för de integrerade teamen.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa effekterna av lagändringen för att ge kunskapsunderlag för utvecklingsarbete och eventuella ändringar av den rättsliga regleringen. I det arbetet ingår att följa hur samspelet mellan de multiprofessionella teamen och slutenvård och specialisläkare fungerar. Socialstyrelsen följer också i vilken mån och hur den kompetens som finns inom psykiatrisk vård och omsorg ingår i teamarbetet. Den första uppföljningen skedde 2021.

En ytterligare del i det Socialstyrelsen följer är vilka äldre personer som inte kommer att bli målgrupp för teamen och hur samverkan fungerar för dem. I det arbetet tar Socialstyrelsen tillvara den kunskap som kartläggningen av den kommunala hemsjukvården gett. Detta har lett till att det i flera län skett en översyn av bl.a. hur gränsdragningen ska utformas för vilka personer som ska ingå i landstingens respektive kommunernas ansvar.

Den äldre personens delaktighet är stärkt

Det personcentrerade arbetssättet är numera väl etablerat i all vård och omsorg om äldre personer. Den äldre personen har blivit delaktig och medskapare i sin vård och omsorg. Bidragande till den goda utvecklingen är att kompetensen har förstärkts – undersköterska har blivit ett legitimationsyrke, andelen högskoleutbildade har ökat och det är självklart att tid är avsatt för fortbildning, handledning och

reflektion. Att enhetscheferna fått en rimlig arbetsbörda och antal medarbetare har bidragit till denna positiva utveckling.

Genom bl.a. det utvecklingsarbete som Socialstyrelsen initierat och stött avseende genomförandeplaner inom äldreomsorgen har dessa gått från att allt för ofta vara ett måste som ska göras för syns skull till att bli ett instrument för att säkra de äldre personernas inflytande och delaktighet. Genomförandeplanerna har bidragit till att vården och omsorgen nu är flexibel och lyhörd för den äldre personens önskemål och samtidigt rättssäker.

Socialstyrelsen har fortsatt att förvalta och utveckla modellen Individens Behov i Centrum (IBIC) och tillhandahållit utbildningar om modellen för att ge ett stöd till i första hand biståndshandläggare. Den biståndshandläggartutbildning som bedrivs åren 2020 till 2027 har visat sig värdefull för att utveckla biståndshandläggarrollen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har, efter samråd med Socialstyrelsen, följt upp och utvärderat om modellerna Äldres behov i Centrum (ÄBIC) och dess efterföljare 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 inflytande. Med ledning av denna utvärdering har Socialstyrelsen fortsatt sitt utvecklingsarbete.

Inom ramen för socialtjänstlagen har kommunerna utvecklat former för att ge större frihet för de äldre personerna att tillsammans med personalen hos utförarna utforma insatserna efter den äldre personens önskemål, utan att därvid tumma på rättssäkerhet och möjlighet för kommunen som huvudman att följa upp att den äldre personen får de insatser denne är berättigad till.

De kommuner som tidigare haft någon form av förenklad biståndsbedömning har fortsatt med det med stöd av den nya bestämmelse som ger kommunerna möjlighet att besluta om införande av förenklad biståndsprövning. Eftersom kommunerna redan med gällande lagstiftning har stora möjligheter att i enskilda ärenden förenkla utredningen vid tillämpning av individuell biståndsbedömning har flertalet kommuner valt att utveckla sin biståndsbedömning inom de ramar som socialtjänstlagen gett sedan tidigare.

Socialstyrelsens uppföljning av hur äldre personers inflytande och delaktighet samt rättssäkerhet påverkas vid förenklad biståndsprövning har presenterats. Uppdraget har utökats med att göra en kunskapsöversikt om andra former kommunerna utvecklat vid til-

lämpningen av biståndsbedömning med stöd av IBIC och vad dessa inneburit för att öka den äldre personens inflytande och delaktighet.

Översyn av socialtjänstlagen

I den utredning regeringen tillsatt för att göra en översyn av socialtjänstlagen ingår bl.a. att belysa frågan om skälig levnadsnivå (SoL) och goda levnadsvillkor (LSS). Frågan om det behövs en individuell behovsprövning när det gäller individuellt inriktade insatser inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen ingår också i denna översyn. Utredningen prövar även om det är mer ändamålsenligt att reglera äldreomsorgen i en egen lag. Utredningens betänkande har varit ute på remiss, och bereds under 2025 i Regeringskansliet.

Bra bostäder

Äldre personers behov av funktionella bostäder och en tillgänglig utemiljö blir alltmer uppmärksammat i alla kommuners bostadsförsörjningsplaner. I bostadsförsörjningslagen har tydliggjorts att socialnämnden ska medverka i planeringen av bostadsförsörjningen och tillföra kunskaper och erfarenheter om levnadsförhållandena i kommunen.

Kommunernas tillgänglighetsinventeringar underlättar i arbetet med bostadsförsörjningsplanerna, och är nödvändiga för att kommunerna ska kunna stödja äldre personer genom bl.a. information och råd när de behöver förändra sitt boende. Socialstyrelsen följer hur kommunerna utformat detta arbete.

Genom den forskning som bedrivits med stöd av Forte, liksom undersökningar från lokala FoU-miljöer, har kommuner och fastighetsägare fått en ökad kunskap om hur trygghetsbostäder och liknande boendeformer kan utformas för att svara mot målet att ge äldre personer, som vill flytta p.g.a. otrygghet och ensamhet, en bättre livsmiljö.

Tack vare att bostadstillägget för pensionärer (BTP) har kan även äldre personer med låg pension och begränsade tillgångar flytta till moderna, tillgängliga bostäder, nya trygghetsbostäder och bostäder i nybyggda särskilda boenden.

Socialstyrelsen har tagit fram kunskap om hur biståndsbeslutade dagverksamheter, öppna verksamheter och sociala aktiviteter som bedrivs av civilsamhället kan minska äldre personers behov av och önskemål om flytt till särskilt boende.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har presenterat sin studie om 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.

Den kunskap dessa båda myndigheter bidragit med har tagits tillvara i många kommuner för att erbjuda adekvata insatser till äldre personer som upplever sig ensamma och otrygga men där särskilt boende inte är det mest adekvata biståndet. Denna studie och tidigare kartläggningar av Socialstyrelsen har också gett en tydligare kunskap om de skillnader som finns mellan kommunerna. Vissa kommuner har fått incitament att sänka ”tröskeln” att bevilja särskilt boende när de kunnat jämföra sig med andra kommuner.

Förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser

Många kommuner har fortsatt att utveckla sitt hälsofrämjande arbete inom många olika områden – främja fysisk aktivitet, informera om bra kost, underlätta för äldre att vara aktiva socialt och kulturellt och vara delaktiga i samhällslivet. Arbetet sker i stor utsträckning genom kommunernas samverkan med och stöd till civilsamhället.

Folkhälsomyndigheten ger ett fortsatt stöd till kommunernas arbete med sociala aktiviteter för att kunna möta äldre personers olika behov. Kunskapsstödet följs upp för att myndigheten kontinuerligt ska kunna förändra och förbättra stödet.

Det nationella kompetenscentret om äldre personer och psykisk hälsa har blivit en del i den strategi regeringen antagit – en nollvision för självmord.

Livsmedelsverkets tidigare treåriga informations- och utbildningsinsats för den personal som arbetar med mat till äldre personer i ordinärt och särskilt boende har blivit ett permanent uppdrag till Livsmedelsverket. Detta för att vidmakthålla de positiva resultat som uppnåtts, och för att kunna tillhandahålla kunskapen för ny personal.

Rehabilitering har blivit en integrerad del av vården och omsorgen om äldre personer, inte minst tack vare de team som nu etablerats tack

vare den nya lagstiftningen om multiprofessionella team. Rehabiliteringspersonal finns i teamet och kan ge insatser när behov uppstår, och handleder övrig personal. Begrepp som vardagsrehabilitering och ett rehabiliterande förhållningssätt håller tack vara detta på att bli en självklarhet i vården och omsorgen om äldre personer.

Även de äldre personer som inte får del av det integrerade teamets insatser har fått en förbättring. De skillnader som fanns i möjlighet att få rehabilitering mellan personer i yrkesverksam ålder och pensionärer, liksom mellan män och kvinnor har kartlagts, och börjar nu arbetas bort. De förändringar som gjorts i gränsdragningen av hemsjukvårdsansvaret mellan landsting och kommuner har också inneburit att ansvarsgränserna nu på ett bättre sätt utgår från den äldre personens behov, och inte från administrativt enkla gränser.

Välfärdsteknik

Välfärdstekniken har utvecklats snabbt. Det är många faktorer som bidragit. Det stöd till utvecklingsarbete som staten har gett har varit en del. Landsting och kommuner har inom ramen för sina digitala agendor tillsammans blivit en starkare aktör vid upphandlingar. De har tack vare denna samverkan mäktat med att genomföra upphandlingar där funktionen efterfrågats utan styrande detaljkrav. Det har stimulerat företag, forskning, vård- och omsorgsföretag att tillsammans med de äldre personerna själva utveckla välfärdsteknik som passar i vården och omsorgen. Genom det nordiska samarbete som kommit till stånd på den svenska regeringens initiativ har gemensamma specifikationer och standarder kunnat utarbetas. Teknikleverantörerna ser den stora nordiska marknaden och har blivit mer öppna för att acceptera öppna lösningar och att utgå från gemensamma plattformar för tekniken.

Det har efter många års utredande blivit en ny bestämmelse i lag som möjliggör att hjälpmedel och välfärdsteknik kan användas också för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga – givet att det kan säkerställas att det är för den äldre personens bästa. Alla kommuner har med stöd av allmänna råd från Socialstyrelsen utarbetat etiska riktlinjer som en del av sitt ledningssystem.

Personalen får ett bra kunskapsstöd från hjälpmedelsverksamheten. Ett nationellt FoU-organ för välfärdsteknik har etablerats.

Dess roll är att på nationell nivå samordna utvecklingsarbete, pröva ny teknik och tillsammans med regionala utvecklingscentra och FoU-miljöer ge kunskapsstöd.

Välfärdsteknik är en viktig del i *Vision e-hälsa 2025*. Det bidrar till att säkerställa en långsiktig och hållbar utveckling av välfärdsteknik inom vård och omsorg om äldre personer.

Uppföljning och kvalitetssäkring

Genom den forskning som kommit till stånd tack vare utökade medel för Forte har kunskapen blivit mer stabil om vad som är kvalitet i vård och omsorg och hur den kan följas upp på olika sätt, med kvalitativa och kvantitativa metoder. Socialstyrelsen har med ledning av denna forskning gjort en omfattande översyn av de frågor som används i de nu mer begränsade brukarundersökningarna till de äldre personerna själva och den nya som går ut till deras anhöriga. Också kommun- och enhetsundersökningarna har förändrats. Detta har inneburit att Äldreguiden och Öppna jämförelser fått ett annat innehåll och en annan, mer begränsad roll.

De kvalitativa studier som på Socialstyrelsens uppdrag genomförs av högskolor och FoU-miljöer används alltmer. De har visat sig ge ett säkrare grepp än indikatorer och nyckeltal om hur vården och omsorgen fungerar, såväl ur den äldre personens perspektiv (bemötande, lyhördhet och trygghet m.m.) som ur ett professionellt perspektiv (kompetens och säkerhet m.m.).

De nationella kvalitetsregistren har tack vare det långsiktiga stöd staten ger kunnat bli en viktig del i att säkra och utveckla hälso- och sjukvården. Genom lagstiftningsändring kan kvalitetsregistren nu även användas för socialtjänsten. Kvalitetsregistren används i nästan alla särskilda boenden, och i flertalet hemtjänstenheter och dagverksamheter. Viktigt för denna utveckling har varit det nära stöd de lokala och regionala FoU-miljöerna kunnat ge.

Pensionärsorganisationerna är tack vare det utvecklingsarbete som bedrevs 2019 och 2020 en viktig del i många kommuners uppföljning av vården och omsorgen om äldre personer i kommunen. Och med det deltar de i det fortlöpande utvecklingsarbetet.

5.7 På lång sikt 2026–2034

Den valfrihet som regering och riksdag angav som mål 1957 har nu förverkligats. Den äldre personen kan tryggt välja att bo kvar i sitt hem, genom att vården och omsorgen erbjuds samordnat i ett team, och att den kompletteras med ett rikt utbud av sociala och kulturella aktiviteter som är anpassade även för äldre personer med stora och sammansatta behov. I olika undersökningar rapporterar numera en stor majoritet av de äldre personerna att de upplever sig trygga med den vård och omsorg de får, och få vårdas inom slutenvården på grund av brister i den öppna hälso- och sjukvården och kommunernas vård och omsorg.

Personalen har kompetens att ge den äldre personen en individanpassad vård och omsorg. I stort sett alla har adekvat utbildning. Ingen enhetschef har fler än 30 medarbetare, och alla har genomgått ledarskapsutbildning.

Det finns olika former av bostäder för äldre, och de särskilda boendena har anpassats så att de fungerar väl för olika grupper, som personer med en demenssjukdom, eller vid vård i livets slut. Den som vill och behöver plats i ett särskilt boende kan få det.

Äldre personer har tack vare det utvecklingsarbete som skett fått större möjligheter att få sina behov tillgodosedda med välfärds- tekniska lösningar, som utgår från den enskildes behov. Indikatorer har utvecklats som bidrar till utvärdering och uppföljning.

Socialstyrelsens arbete i form av t.ex. nationella riktlinjer som riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom och den nationella demensplan som beslutades 2018 har burit frukt. Så också det kunskapsstöd som ges genom Socialstyrelsen, nationella kompetenscentra och regionala och lokala FoU-miljöer. Fortbildning, handledning och tid avsatt för reflektion är numera självklara delar hos alla utförare av vård och omsorg om äldre personer.

Det hälsofrämjande perspektivet genomsyrar både vården och omsorgen och andra delar av kommunernas verksamhet, som planering av bostäder och den yttre miljön, kultur och fritid och kommunikationer. Samarbete med civilsamhället har utvecklats. Detta har haft stor betydelse för äldre personers välbefinnande.

Det förebyggande arbetet har gett effekt. Tillgänglig statistik visar tydliga förbättringar i form av ökad fysisk aktivitet och, delaktighet, förbättrat socialt nätverk och stöd, bättre självrapporterad

hälsa och välbefinnande och ökad trygghet. Matvanorna har förbättrats, och riskbruk av alkohol och rökning har minskat. Andelen äldre personer som är undernärda, drabbas av fallskador, trycksår eller har dålig munhälsa har påtagligt minskat.

De äldre personernas delaktighet har stärkts på många sätt. Bidragande till detta har varit personalens högre kunskapsnivå, med legitimerade undersköterskor och fler högskoleutbildade med goda kunskaper i geriatrik och gerontologi. Den ledarskapsutbildning som genomförts under en sexårsperiod och att enhetscheferna har färre medarbetare har haft stor betydelse för att enhetscheferna ska kunna vara nära, kunniga och entusiasmerande ledare för verksamhetsutveckling.

De utmaningar vården och omsorgen möter under andra hälften av 2020-talet och förra delen av 2030-talet är betydande, även om de varit kända sedan länge. Antalet och andelen 80 år och äldre har ökat kraftigt, och detta ställer stora krav på personalrekrytering, utbildning och att det tillkommer nya bostäder för äldre personer både i det ordinära och i det särskilda boendet. Genom att förslagen i den Nationella Kvalitetsplanen genomförts står landsting och kommuner som huvudmän för vården och omsorgen väl rustade för detta.

Samtidigt som antalet äldre personer som behöver vård och omsorg ökar, har ambitionsnivån tydliggjorts i ny lagstiftning som trädde i kraft den 1 januari 2026. Värdegrundsparagrafen i den tidigare socialtjänstlagen har varit utgångspunkten för den nya.

Den nationella kvalitetsplanen för vård och omsorg om äldre personer följs upp 2027, 2031 och en sista gång 2035. Uppföljningarna görs för att se vilka förändringar som behöver göras av planen, och för att se till att den hålls levande.

Utöver denna generella uppföljning följer Socialstyrelsen år 2027 och 2031 också upp hur anhörigstödet utvecklas, och år 2026 och 2032 lagen om att erbjuda äldre personer med stora och sammansatta behov en sammanhållen vård och omsorg genom multi-professionella team – har lagen kunnat implementeras i hela landet, och har den fått de positiva effekter som förväntats för att kunna ge äldre personer en trygg och säker vård och omsorg i det ordinära boendet?

Genom att många olika steg tagits samtidigt och samordnat kännetecknas nu vården och omsorgen om äldre personer av det jag redovisat i punktsatser under 5.3. Samtidigt behöver det goda som uppnåtts hela tiden underhållas och förbättras.

6 Kvalitet och effektivitet

6.1 Kvalitet i en relationell verksamhet

Min bedömning: För att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer krävs en långsiktig plan som innefattar personalens möjlighet till rätt kompetens, handledning och reflektion, och förutsättningar för att utföra en god och säker vård och omsorg, som säkerställer den äldre personens delaktighet och inflytande.

”Tack för den goda omsorgen vår mamma fick” är en inte helt ovanlig formulering i dödsannonser undertecknade av barnen i tacksamhet mot personalen på äldreboendet. På nyhetsplats kan man samtidigt få läsa om ännu en vårdskandal – kanske på samma äldreboende. Motstridiga bilder, men båda kan vara sanna. Kvalitet i vården och omsorgen om äldre personer är ett mångtydigt, och svår fångat, begrepp.

Kvalitet i vård och omsorg kan sägas uppstå i nuet, i mötet mellan omsorgsmottagare och omsorgsgivare. Kvalitet så beskriven bygger på den goda relationen och yrkeskunnandet. Det är nog den som de tacksamma barnen sett när de hälsat på sin mor.

Kvalitet kan också beskrivas som att vården och omsorgen är säker, så att det inte uppstår vad som kan beskrivas som dålig vård, t.ex. trycksår eller undernäring. Ofta är det sådan vanvård som fångar massmedias uppmärksamhet.

Brister måste identifieras inte bara utifrån enskildheter utan systematiskt. En verksamhet utan brister och misstag är förstås en omöjlighet, men ambitionen bör vara en nollvision – inga fel i verksamheten. Detta för att utveckla en kultur för ständiga förbättringar. Vården och omsorgen om äldre personer är en kvalificerad

verksamhet där det finns risk för skador om inte kvaliteten är tillräcklighet hög.

Kvaliteten i vården och omsorgen skapas i det dagliga arbetet, och stärks genom ett systematiskt kvalitetsarbete på arbetsplatsen.

De yttre förutsättningarna har stor betydelse för att vården och omsorgen ska kunna vara trygg, säker, kunna ge det goda mötet. Hög kontinuitet, att hjälpen är flexibel, dvs. anpassad till den äldre personens personliga och varierande situation och att personalen har tillräckligt med tid är några förutsättningar.¹ God kvalitet är inte gratis, men kvalitet behöver inte alltid kosta.

Mycket kan göras som inte kostar mer. Med rätt kunskap, kompetens och organisation kan det till och med gå att spara både pengar och andra resurser. Men det är samtidigt ofrånkomligt att god kvalitet också förutsätter tillräckliga resurser. Att få rätt kunskap och kompetens, att tid är avsatt för fortbildning, reflektion och handledning, att det finns en nära arbetsledning och att tiden är tillräcklig hos den äldre personen så att det är möjligt att ge en vård och omsorg med inlevelseförmåga och lyhördhet. Detta är svårt att förverkliga om vårdens och omsorgens vardag präglas av resursknapphet och besparingar.

Kvalitet förutsätter också att omsorgen är rättssäker och tillgänglig. Att den som behöver vård och omsorg också kan få den, i den omfattning och i möjligaste mån vid de tider den äldre personen själv önskar.

Samtidigt är resurserna begränsade. En utmaning som en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer måste ta hänsyn till.

¹ Szebehely, Marta. Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor, *Tidsskrift for Arbejdsliv*, nr 1 2006. Szebehely, Marta, *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Diss. Stockholms Universitet, 1995. Werkelin, Anna, Dalin, Torbjörn, Taxén, Oskar och Ölmebeck, Emma. *Plats för proffsen – ett alternativ till New public management i hemtjänsten*, s. 29. Stockholm: Kommunal, 2015.

6.2 Vad är god kvalitet?

I både socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)², HSL, betonas vikten av god kvalitet. ”Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet ... Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (3 kap. 3 § SoL). ”Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” (31 § HSL).

Vad är då god kvalitet? Det finns flera definitioner, som lägger tonvikten på olika aspekter.

En vanlig definition är att ”med kvalitet på en produkt eller tjänst menas dess förmåga att tillfredsställa och helst överträffa kundernas krav, behov och förväntningar”.³

Socialstyrelsen definierar kvalitet som ”att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.⁴

En annan definition av begreppet kvalitet är den som formulerats av Standardiseringskommissionen i Sverige; ”alla sammantagna egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger dess förmåga att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov”.⁵

Socialstyrelsens litteraturgenomgång

Socialstyrelsen har med utgångspunkt i gällande regelverk och en litteraturgenomgång som presenteras i Kunskapsguiden lyft fram viktiga områden eller dimensioner av kvalitet vid utförandet av vård och omsorg om äldre personer.⁶

² 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.

³ www.upphandlingsmyndigheten.se/globalassets/seminarium/konferens-16-okt-2015/spar-c-kvalitet-vid-upphandling-av-tjanster_henrik-eriksson_chalmers.pdf (hämtad 2017-01-08).

⁴ SOSFS 2011:9, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

⁵ Svensk Standard. SS-EN ISO 9000:2015, *Ledningssystem för kvalitet – principer och terminologi, utgåva/edition 3*. Stockholm: Swedish Standard Institute, 2016.

⁶ Socialstyrelsen. Kunskapsguiden <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/mest-sjuka-aldre-god-kvalitet-i-var-d-och-omsorg/Sidor/default.aspx> (hämtad 2016-08-15).

Socialstyrelsen framhåller att god kvalitet förutsätter att vården och omsorgen är;

- kunskapsbaserad
- individanpassad
- säker
- tillgänglig
- jämlik

För att vården och omsorgen ska vara *kunskapsbaserad* krävs enligt Socialstyrelsens kunskapssammanställning bl.a. att personalen har relevant kompetens och erfarenhet. Detta är frågor jag återkommer till i kapitel 8.

Individanpassad vård och omsorg innefattar bland annat samordning, självbestämmande, delaktighet, frivillighet och integritet. Personalen och den äldre personen behöver ha förtroende för varandra, personalen se den äldre personen som en jämbördig part och den äldre personen bli respekterad som en kompetent individ. Den äldre personen ska ges möjlighet till en meningsfull tillvaro och möjligheter till egna val.

Med en *säker* vård och omsorg avser Socialstyrelsen att riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador och att verksamheten präglas av rättssäkerhet.

Vården och omsorgen ska också vara *tillgänglig*, ges vid behov och i rätt tid oavsett var man bor eller vem man är.

Med *jämlik* vård slutligen avses att vården och omsorgen ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda personens värdighet, att alla behandlas likvärdigt utifrån varje persons unika förutsättningar. Den som har det största behovet ges företräde. Med jämlik menas inte att alla ska behandlas lika. De skillnader som finns i den vård och omsorg som ges ska kunna motiveras av den enskilda personens behov, livssituation och preferenser.

6.3 Välbefinnande och trygghet – mål som speglar omsorg som relationell

Värdighet och välbefinnande i lagstiftningen

Ett centralt mål för god kvalitet är att den som har äldreomsorg ska känna välbefinnande.

Värdighetsutredningen (S 2007:03) betonade i sitt betänkande *Värdigt liv i äldreomsorgen* (SOU 2008:51) vikten av att äldre människor ska få leva ett värdigt liv med välbefinnande.

Fundamentet för ett värdigt liv är enligt den utredningen rätten och möjligheten att göra sin röst hörd, att bli respekterad för den man är och att ens synpunkter, önskemål och klagomål tas på allvar. De äldre personernas och deras anhörigas inflytande över vilka hjälpinsatser som behövs, hur de utförs, när och av vilka har grundläggande betydelse i detta sammanhang och var vägledande mål för Värdighetsutredningens arbete.

Det är därför relevant att fundera över de äldres möjlighet till självbestämmande och integritet i dagens äldreomsorg. Vem avgör vad som är behov? Vilken makt och vilket inflytande har den enskilde personen över att kunna påverka vem eller vilka som ska svara för de personliga hjälpinsatserna? Kan äldre bestämma hur, när och i vilken omfattning behoven tillgodoses? Kan de välja sitt boende? Var i beslutsprocessen kan de äldre påverka vilka insatser som beviljas och hur de utförs? Vad tycker de äldre själva om den äldreomsorg som samhället tillhandahåller?⁷

I regeringens proposition *Värdigt liv i äldreomsorgen* (prop. 2009/10:116) anges att det finns brister bl.a. i den individuella anpassningen av beslut om sociala insatser. Regeringen anför att ”Alla behöver och har rätt till inflytande över och påverkan på främst det som rör den egna personen, men också samhället i övrigt. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma när människor till följd av funktionsnedsättning och åldrande blir beroende av samhällets vård och omsorg”.⁸

Verksamheterna inom äldreomsorgen ska enligt propositionen ”inriktas på att den äldre känner välbefinnande med de insatser som ges. Till en persons välbefinnande kan höra sådant som känsla av

⁷ SOU 2008:51. Värdighetsutredningen. *Värdigt liv i äldreomsorgen*. Betänkande. s. 39.

⁸ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*. s. 21.

trygghet och meningsfullhet.”⁹ En formulerad värdegrund för äldreomsorgen är enligt regeringens bedömning ”ett sätt att förnya tänkesätt inom sådan omsorg och är ett komplement till den utveckling som redan pågår.”¹⁰

I januari 2011 trädde två nya bestämmelser i kraft i socialtjänstlagen. Den ena avser en nationell värdegrund, ”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” (5 kap. 4 § SoL). Den andra bestämmelsen tydliggör den äldre personens ökade möjligheter till inflytande vid genomförandet av insatserna; ”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.” (5 kap. 5 § SoL).

Vården och omsorgens roll för välbefinnande

Välbefinnande är ett mål för äldreomsorgen – men vad kan vården och omsorgen bidra med? Välbefinnandet beror förstås på en rad faktorer som vården och omsorgen har svårt eller inte alls kan, eller ska, påverka. Den äldres sociala situation i form av anhöriga och vänner betyder mycket, liksom personlighet och livserfarenheter. Men givet detta så kan en god vård och omsorg, som jag återkommer till i kapitel 9 och 13, ge förutsättningar för att motverka försämrad hälsa, underlätta att bibehålla funktioner och därmed att kunna klara sig bättre själv, vilket är nära relaterat till välbefinnande. Omsorg kan ge trygghet när den ges av personal den äldre personen känner, och som är lyhörda för hur hen vill ha det, och som kommer på avtalade tider och möter den äldre personen med respekt.

Trygghet

Trygghet står, som jag redovisade i kapitel 4, för olika saker för olika personer, beroende på personlighet, livserfarenheter och genomgångna trauman. Tryggheten för anhöriga och hos personal har också betydelse för den äldre personens trygghet.

⁹ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen*. s. 29.

¹⁰ Proposition 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen* s. 24.

Hinder för att uppnå målen trygghet och välbefinnande kan t.ex. vara att det brister i personalkontinuitet, att personalens tid inte räcker, att det saknas kompetens, att det finns hindrande skrivna eller oskrivna rutiner, stelbenta regler eller låsande biståndsbeslut.

Individanpassad

God kvalitet i vård och omsorg om äldre personer förutsätter att hen har ett verkligt inflytande över och delaktighet i insatsernas utformning. Äldre personer som är i behov av samhällets stöd hamnar lätt i en beroendeställning och kan ha svårt att ställa krav och framföra sin mening¹¹. För att skapa det välbefinnande som socialtjänstlagen föreskriver i 5 kap. 4 § SoL krävs mål, riktlinjer och rutiner som sätter detta i fokus. Som säkerställer att äldre människor, som lagen formulerar det, så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

I Öppna jämförelser redovisas en sammanvägning av tre frågor i Socialstyrelsens undersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen¹². Av de som har hemtjänst och besvarat enkäten anser 49 procent (män 51 procent och kvinnor 48 procent) att de alltid eller oftast kan påverka, med en spridning mellan kommunerna om 25–69 procent.¹³

Att vara beroende av andra inskränker möjligheten att bestämma över sig själv, ens autonomi. Autonomi har enligt Marmot (2004) ett klart samband med hälsa, välbefinnande och livslängd.¹⁴ Prieto-Flores m.fl. (2010) fann att det var lättare för äldre personer att acceptera hälsoproblem än att förlora sitt oberoende, och rädslan för att bli en börda för andra.¹⁵

¹¹ I vilken mån äldre personer kommer i en beroendeställning eller får en svag delaktighet påverkas av faktorer som kön, etnicitet, utbildning, ekonomi och tidigare roller i samhället.

¹² Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? Brukar personalen ha tillräckligt md tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig?

¹³ Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

¹⁴ Marmot, Michael. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our health and Longevity*. New York: Henry Holt, 2004.

¹⁵ Prieto-Flores, Maria Eugenia., Fernandez-Mayoralas, Gloria, Rosenberg, M.W och Rojo-Perez, Fermina. Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qualitative Health Research* (2010) 20, 1491-1499.

Att möta personer med avtagande autonomi och därmed också hotad integritet så att dessa personers värdighet skyddas är en utmaning för vården och omsorgen.

Ju mer patientens autonomi tynar bort, desto mer bör hennes integritet uppmärksammas. ... Att respektera en persons värdighet innebär att respektera henne för hennes egen skull – oberoende av hur mycket handlingskraft hon förfogar över eller vilka förtjänster och företräden hon har. Det är personperspektivet som betonar alla människors lika värde och rätt till liv under livets alla skiften. Detta lika värde är mest hotat i livets inledningsfas och när det lider mot sitt slut.¹⁶

Breitholz (2012) har studerat hur beroende äldre personer med hemtjänst är och i vilken utsträckning de kan göra egna val. Ett gemensamt drag för de intervjuade var att de ville klara sig själva och behålla sitt självbestämmande så länge som möjligt. När det fanns ett ömsesidigt förtroende mellan den äldre personen och personalen upplevde de äldre personerna att deras behov möttes med respekt. De äldre personerna upplevde att de gjorde sina egna val.¹⁷

En helt annan erfarenhet som kom fram i intervjuerna var att den äldre personen inte hade något inflytande över när hjälpen skulle ges och att det som utfördes var rutinmässigt och styrt av vad som ursprungligen beslutats. Personalen upplevdes som ständigt stressad. Detta stärkte den äldre personens upplevelse av att vara beroende. Vissa anpassade sig till den hjälp de fick, och var lojala mot sina hjälpgivare. De klagade inte eftersom de visste att personalen arbetade under tidspress, och att det finns andra med större behov. Författarna till artikeln drog slutsatsen att dessa personer inte bemöttes som individer, de hade varken tillfälle att uttrycka sina önskemål eller ta egna beslut och därmed fick de inte sina behov tillgodosedda.¹⁸

¹⁶ Thylén, Pia, Wennlund, Anders och Bischofberger, Erwin. Gemensam värdegrund avgörande för möjligheten att lösa etiska dilemman. Framtidens åldersutveckling ställer geriatrisk etik på prov. *Läkartidningen* 2006 nr 41.

¹⁷ Breitholtz, Agneta., Snellman, Ingrid och Fagerberg, Ingegerd. Older people's dependence on caregivers help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing* (2012).

¹⁸ Ibid.

I en annan svensk studie av äldre personer som hade hemtjänst talade de som hade ett dåligt välbefinnande genomgående om hemtjänsten som både opålitlig och otillräcklig.¹⁹

Utredningen om bemötande av äldre (dir. 1995:159) konstaterade i ett delbetänkande 1997 att bristen på individuell anpassning av omvårdnaden till den enskildes behov var framträdande i många beskrivningar liksom synpunkter på att det i omvårdnadssituationen saknats känsla och engagemang.²⁰ I en rapport²¹ från denna utredning redovisar utredaren ett axplock av goda exempel utredningen fick in. Utredaren sammanfattar sina erfarenheter som

- Det finns många mycket goda insatser inom omsorg om äldre.
- Det finns inslag som kan och måste förbättras både på kort och på lång sikt.
- Det finns företeelser som är fullständigt oacceptabla och som omedelbart och kraftfullt måste bli föremål för åtgärder.²²

Inget tyder på att det skulle vara annorlunda i dag, snart 20 år senare. Utredaren för den utredningen lyfte fram tre nyckelord som ska känneteckna det goda bemötandet: trygghet, självbestämmande och värdighet.²³ Begrepp som bär även i dag.

Omsorgsrationalitet

Vård och omsorg bör präglas av det som benämns omsorgsrationalitet. Med omsorgsrationalitet avses att man anpassar sig till omsorgsmottagaren, arbetar kontextuellt, med förnuft, inlevelse, empati och känsla och stärker den äldre personens förmågor. Kvaliteten i omsorgstjänster är beroende av den personliga relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgsmottagaren. Relationen bygger på

¹⁹ Hammarström, Gunhild och Torres, Sandra. Variations in subjective well-being when 'aging in place' – A matter of acceptance, predictability and control. *Journal of Aging Studies* 26 (2012) 192-203.

²⁰ SOU 1997:51. Utredningen om bemötande av äldre. *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre*.

²¹ SOU 1997:52. Utredningen om bemötande av äldre. *Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre*.

²² SOU 1997:52. Utredningen om bemötande av äldre. *Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre*.

²³ SOU 1997:170. Utredningen om bemötande av äldre. *Bemötandet av äldre*.

konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete behöver utgå från omsorgens specifika karaktär och ska skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer.²⁴

För att uppnå detta krävs att båda parter kan känna tillit till varandra. Det kan ta olika lång tid att skapa tillit och i vissa fall kommer det inte att ske. I dessa situationer behövs ett gott ledarskap som jag tar upp i kapitel 8.

6.4 Kvalitet ur tre perspektiv

Kvalitet är ett brett begrepp, som både kan inkludera de förutsättningar som finns i form av t.ex. lokaler, bemanning, rutiner och utrustning, hur arbetet utförs och resultatet – blev det bra, och i så fall ur vems perspektiv? Inget av dessa perspektiv är oviktigt. I en relationell verksamhet som äldreomsorgen är det lättare att mäta vilka förutsättningar som finns, än vad resultatet blev. Hur sambandet ser ut mellan förutsättningar och resultat är mer svårbedömbart.

Enligt Donabedian, nestor på området, hänger struktur, process och resultat samman. Går det inte att mäta resultat så får man mäta de båda andra dimensionerna av kvalitet.²⁵

6.5 Strukturkvalitet

Förutsättningarna benämns ofta som strukturkvalitet. Exempel på sådana förutsättningar är:

- att utbudet av vård och omsorg är dimensionerat och utformat så att det svarar mot faktiska behov,
- att kommunen har bra former för att informera och nå ut till sina äldre medborgare så att de får de insatser de kan vara i behov av,

²⁴ Wærness, K. Omsorgsrationalitet. Reflektioner över ett begrepps karriär. i Eliasson, R. (red.), *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur, 1996.

²⁵ Donabedian, Avedis. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-8, 1998.

- att utbudet av kommunens insatser är anpassat till de äldre personernas behov och önskemål,
- att det finns en tillräcklig bemanning, så att personalen har den tid som krävs för att utföra arbetet
- att personalen har rätt grundutbildning,
- att det finns tillräckliga förutsättningar för fortbildning, handledning och reflektion,
- att personalgruppen arbetar i ett tvärprofessionellt team.

Strukturkvalitet är således en central fråga för huvudmännen – utbud av olika former av äldreomsorg, ersättningsnivåer till utförarna, förutsättningar för personalen att få grund- och fortbildning etc.

Tillgänglig och tillräcklig

En central aspekt av strukturkvalitet är att det finns ett utbud av resurser som är anpassat till de behov och den efterfrågan av vård och omsorg som finns. Skillnaderna är stora mellan olika kommuner i andelen som har olika former av vård och omsorg – även när hänsyn tagits till skillnader i socioekonomisk struktur. Jag återkommer till det i kapitel 7. Det saknas forskning som kan vägleda kommunerna i bedömningen av vad som är rätt nivå.

Det finns berättelser från enskilda äldre personer, och också en del kvalitativa studier²⁶, som tyder på att det finns äldre personer som vill flytta till särskilt boende, men där deras ansökan omförhandlas till att avse mer hemtjänst. Maria Söderberg redovisar i en doktorsavhandling med ledning av en studie i en svensk kommun att ”styrande för den svenska äldreomsorgen är respekten för en människas självbestämmanderätt och integritet (SoL, 2001:453). Men när de äldres flyttning till ett särskilt boende aktualiseras, byts dessa principer ut mot ett system som bygger på omdömen av

²⁶ Gurner, Ulla, Fastbom, Johan, Hagman, Lisbeth, Shah-Shahid, Zarah, Berger, Anna-Karin. *Äldre med stora och sammansatta behov*. Rapport 2007:6, Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2007.

tjänstemän vars uppdrag är att begränsa antalet flyttningar till ett särskilt boende.²⁷

I överklaganden av beslut om särskilt boende finns avslag med motiveringen att det räcker med utökad hemtjänst. Frågan är då i vilken mån de berörda kommunerna tagit hänsyn till skäl som ensamhet och otrygghet. Jag återkommer närmare till detta i kapitel 13 och kapitel 14.

Klart är, som jag redan nämnt i kapitel 5, att andelen som beviljas särskilt boende minskat kraftigt, från cirka 28 procent av alla personer 80 år och äldre år 1984 till cirka 13 procent 30 år senare. Samtidigt som kvaliteten, såväl sett till bostadsstandard som innehållet i omsorgen, höjts under denna trettioårsperiod så har således kvaliteten minskat mätt i hur många som har möjlighet att ta del av den i form av särskilt boende. Till dels kan detta förklaras av att fler lever tillsammans och att det genom bättre bostadsstandard och olika tekniska lösningar är lättare att klara sig själv. En viktig del har varit att en utbyggd hemtjänst och hemsjukvård dygnet runt möjliggjort att välja att bo kvar i sitt hem.

Även andelen som har hemtjänst har, som jag visat och återkommer till i kapitel 7, minskat från en topp i slutet av 1970-talet, då cirka 19 procent av alla 65 år och äldre hade hemtjänst till 12 procent 2015. Det saknas dock kunskap om hur detta påverkat välbefinnande och trygghet för äldre personer.

Kommunerna ska enligt socialtjänstlagen göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena hos sina äldre, och upplysa om socialtjänstens verksamhet (5 kap. 6 § SoL). Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänsten och erbjuda enskilda sin hjälp (3 kap. 4 § SoL). Kommunernas skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet har funnits sedan 1968. Det finns inga studier som belyser hur den uppsökande verksamheten är utformad i olika kommuner eller hur väl kommunerna når ut till de äldre personer som har behov av vård och omsorg.

En studie som med data från Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC)²⁸ belyser träffsäkerheten i äldre-

²⁷ Söderberg, Maria. *Hänsynstagandets paradoxer. Om äldre, närstående och biståndshandläggare vid flytt till särskilt boende*. Diss. Lunds Universitet, 2014.

²⁸ Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC) är en longitudinell studie som startade 2001 i fem kommuner/stadsdelar i Skåne, Karlskrona i Blekinge, Kungsholmen i Stockholm och Nordanstig i Hälsingland.

omsorgen i början av detta millennium visar att den var relativt god, de som behövde fick, och de som fick behövde.²⁹

Tillgänglig och specialiserad

En annan aspekt av tillgänglighet är att vården och omsorgen är anpassad till den enskildes personliga och varierande situation. Det kan t.ex. avse att det finns hemtjänst som är speciellt inriktad för personer med demenssjukdom, eller särskilt boende för äldre personer som vill leva sin sista tid i en viss språklig och kulturell miljö. Det kan också innebära att det finns möjligheter för personalen att vara flexibel i tid och insatser beroende på hur den äldre personen mår för dagen.

Av Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom framgår att socialtjänsten bör erbjuda personer med demenssjukdom plats i småskaligt särskilt boende specifikt anpassat för personer med demenssjukdom.³⁰ Några motsvarande riktlinjer finns inte för andra grupper, inte heller för hemtjänstens utformning.

Det finns ingen heltäckande statistik på nationell nivå över hur väl äldreomsorgen kunnat specialiseras för olika grupper och behov. Möjligheten till specialisering är förstås också större i stora kommuner jämfört med små. En förhoppning knuten till lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och införandet av kundval inom äldreomsorgen var att den skulle inspirera till start av olika former av hemtjänst, särskilt boende och dagverksamhet. I vissa kommuner, t.ex. Stockholm, har det blivit fler hemtjänstföretag som erbjuder omsorgstagarna hemtjänst på sitt modersmål. Kundvalet har däremot ännu inte i någon mer omfattande utsträckning inneburit en ökad specialisering mot andra mer specifika behov.³¹ Här krävs andra former av incitament. Ett sådant kan vara att i er-

²⁹ Lagergren, Märten, Sjölund, Britt-Marie, Fagerström Cecilia, Berglund Johan, Fratiglioni Laura, Nordell E, Wimo Anders och Elmståhl, Sölve. Horizontal and vertical target efficiency – a comparison between users and non-users of public long-term care in Sweden *Ageing and Society/Volume 34/Issue 04/April (2014)* s. 700–719.

³⁰ Socialstyrelsen, *Riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom 2010* s. 41 f. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010.

³¹ Hjalmarson, Ingrid och Wänell, Sven Erik. *Valfrihetens LOV. En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna*. Stockholm Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2013:01, 2013.

sättningen till utförarna ta hänsyn till att det kan kosta mer – det tar vanligen längre tid att ge omsorg till exempelvis personer med demenssjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar, och det krävs personal med särskild kompetens.

Personal och bemanning

Låg personalomsättning, hög andel heltidsanställda och låg andel timanställda är några indikationer på strukturkvalitet – dvs. faktorer som kan bidra till en god kontinuitet och kompetensuppbyggnad i personalgruppen. Detta är områden jag tar upp i kapitel 8.

Mer ifrågasatt är att mäta strukturkvalitet i särskilt boende genom andel personal i förhållande till antal boende. En invändning, inte minst från de båda intresseorganisationerna Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Vårdföretagarna, är att hög bemanning inte säger något om hur vården och omsorgen faktiskt blir. Att lägga fast en viss bemanning tar inte heller hänsyn till skiftande förutsättningar och behov. Antalet anställda säger inget om hur arbetet leds och organiseras eller personalens kompetens. Detta är sant till en viss gräns. Att bemanningen inte kan vara noll är förstås en självklarhet. Men räcker det med en personal för nio boende, två, eller behöver det vara lägst tre under dagen? Att bemanningen har en avgörande betydelse för förutsättningarna till en personcentrerad vård och omsorg belyser jag närmare i kapitel 8.

Av Socialstyrelsens utvärdering av första året med den så kallade bemanningsmiljarden framgår att kommunernas uppfattning är att stimulansmedlen kunnat användas för personalförstärkningar som bl.a. inneburit större möjligheter för personalen att bidra till en meningsfull tillvaro för de äldre personerna som har äldreomsorg, att fler legitimerad personal kunnat anställas och att det blivit en bättre kontinuitet i bemanningen.³²

³² Socialstyrelsen. *Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljning av 2015 års medel*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

Kompetens

Socialstyrelsen framhåller i sin kunskapssammanställning om kvalitet att en kunskapsbaserad vård och omsorg är av central betydelse för att uppnå en god kvalitet.³³ Det måste finnas hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal med relevant utbildning och erfarenheter. Vidare behöver det finnas kontinuerlig tillgång till fortbildning samt förutsättningar att följa och integrera ny kunskap i arbetet. Det behöver också finnas en nära arbetsledning, tillgång till handledning och tid avsatt för reflektion.

Personalens kunskaper och erfarenheter behöver tas tillvara och det måste finnas en struktur för den kontinuerliga kompetensutvecklingen i arbetslaget.

Detta är inte möjligt om det inte finns tid, vilket förutsätter tillräckligt med personal. Det är inte heller möjligt om det inte finns olika professioner och kompetenser som kan komplettera varandra i arbetslaget. Indikatorer på strukturkvalitet behöver ta hänsyn till detta, något som jag återkommer till i kapitel 15.

6.6 Processkvalitet

Processkvaliteten handlar om hur väl insatserna utförs. Tekniskt, t.ex. att maten är näringsriktig eller att trycksåret blir skött enligt den bästa tillgängliga kunskapen. Funktionellt att insatserna utförs vid avtalad tid och att bemötandet är bra.

Man kan med Donabedian skilja mellan teknisk och relationell processkvalitet. Exempel på teknisk processkvalitet är riskbedömningar av olika slag och förekomst av uppdaterade genomförandeplaner. Relationell processkvalitet däremot kan, som jag utvecklar i kapitel 15, bäst fångas genom att observera hur arbetet utförs.

Processkvaliteten är i första hand en fråga för utförarna. Att ge personalen förutsättningar för att insatserna kan utföras på ett korrekt och värdigt sätt.

Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete sökt förtydliga vad det innebär att den som bedriver en verksamhet arbetar med ett syste-

³³ Socialstyrelsen. Kunskapsguiden <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/mest-sjukalldre-god-kvalitet-i-var-d-och-omsorg/Sidor/default.aspx> (hämtad 2016-08-15).

matiskt förbättringsarbete. Det ska finnas processer och rutiner som säkrar att verksamheten uppfyller kraven och målen i författningar och beslut. Riskanalyser, egenkontroll och klagomålshantering är exempel på arbetsinstrument.³⁴

Det finns erfarenhet att det systematiska kvalitetsarbetet ger resultat givet att det sker uthålligt och med samma system. Vilken modell man väljer är inte lika viktigt som att man håller fast vid den.³⁵

6.7 Resultat

Det mest intressanta perspektivet på god kvalitet är förstås resultatet. Vad som är bra resultat är beroende av perspektiv, den äldre personen, utföraren, kommunen som beställare och mer brett ur ett medborgarperspektiv.

Ur den äldre personens perspektiv kan struktur- och processkvalitet vara att hen får sin mat levererad säkert, och vet att den är vällagad och näringsriktig. Men det är inte allt. Välbefinnande kommer inte ur näringsriktig kost utan av att måltiden är en stund på dagen att se fram emot. För omsorgsmottagaren måste resultatet bedömas ur ett helhetsperspektiv.

Kommunen kan bedöma resultatet som bra om alla äldre personer får bra mat och till en rimlig kostnad. Resurserna utnyttjas effektivt. Utföraren kan vara nöjd, de levererar maten på ett säkert sätt, och har ett gott bemötande mot en äldre person när maten överlämnas. Sannolikt ger detta positiva resultat i brukarundersökningarna. Men resultatet kan ändå vara negativt om måltiden ses som en helhet, där bristerna blir synliga först när delarna sätts samman.

Eftersom kvaliteten i vård och omsorg uppstår i mötet mellan människor kan den skifta och upplevas olika. Och vad som avses med ett bra resultat är inte entydigt. Det kan avse vad som sker i själva mötet, relationen. Men också avse hur väl arbetet utförs, hur säker vården och omsorgen är och hur den påverkar den äldre personens hälsotillstånd. Den kan också påverkas av den hälsa och livssituation som den äldre befinner sig i vid tillfället.

³⁴ SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

³⁵ Neubeck, Truls. *Quality improvement within nonprofit social service providers* Diss., Högskolan i Jönköping, Hälsohögskolan, 2016.

Säker hälso- och sjukvård

En bra vård och omsorg ska bygga på bästa tillgängliga kunskap och utföras på ett kompetent sätt. Undernäring, trycksår, munhälsa och fallskador är exempel på vad som kan bero på dålig vård. Risker som kan förebyggas genom ett strukturerat arbetssätt, och där resultaten kan, som jag tar upp i kapitel 9, följas genom t.ex. kvalitetsregistret Senior Alert.

En betydande del av akuta inläggningar på sjukhus orsakas av läkemedelsbiverkningar, och flertalet av dem har sin grund i faktorer som är möjliga att påverka. Risken ökar med polyfarmaci, antalet diagnoser och nedsatt kognition. Problem som kan minskas med ett systematiskt arbetssätt.³⁶ Det finns för närvarande inget kvalitetsregister där det går att följa hur väl den kommunala hälso- och sjukvården uppmärksammar läkemedelsrelaterade problem. Det finns också en risk inbyggd i själva strukturen genom att den som vanligen förskriver läkemedel, läkaren, inte ingår i och är en naturlig del av den kommunala hälso- och sjukvården. Det har dock sedan 2010 skett betydande förbättringar inom detta område, inte minst tack vare det systematiska förbättringsarbete som genomfördes inom ramen för regeringens och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) gemensamma arbete ”Bättre liv för sjuka äldre”.

God hälsa som mål

En del av god kvalitet är att underlätta för den äldre personen att ha en så god hälsa som möjligt, och att ha det friska som utgångspunkt – ett salutogent förhållningssätt. Jag återkommer till det i kapitel 9 och 13.

Med kvalitet kan då avses att personalen i behovsbedömningen beaktar och i utförandet stärker den enskilde personens självständighet, även i det arbete som avser att kompensera för det den äldre personen inte längre klarar själv. ”Tycker ni det är OK att stjäla” var den retoriska frågan från arbetsterapeuten till vårdbiträden i utbildning under den statliga satsningen ”Rehab äldre 300” för

³⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, *Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Läkemedelsrelaterade problem. Åtgärder för att förebygga*. Stockholm Sveriges Kommuner och Landsting 2011.

cirka 20 år sedan. Ni stjälar den äldre resurser när ni gör sådant åt dem som de kan klara själva var den arbetsterapeutens tydliga sätt att formulera det.

Inriktningen mot att tänka salutogent är således inte ny. Att den återkommer i nya tappningar och ny språkdräkt med viss regelbundenhet tyder på att det är svårt att i vården och omsorgens vardag arbeta så att man stärker den äldre personens egen förmåga, stärker dennes självständighet. Att stå bredvid när den äldre personen knäpper knapparna i blusen, att sakta gå med den äldre personen i äldreboendet i stället för att köra hen i rullstol. Det tar oftast längre tid. En tid som undersköterskan inte självklart har. Till det hör också undersköterskans vilja att hjälpa, en högst förståelig önskan.

Personcentrerad vård och omsorg

Personcentrerad omvårdnad lyfts fram som ett centralt begrepp i Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.

Begreppet personcentrerad omvårdnad innebär att personen och inte demenssjukdomen sätts i fokus och tar utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. Den personcentrerade omvårdnaden utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser.³⁷

En personcentrerad vård och omsorg är lika angelägen inom all vård och omsorg, inte bara omsorgen om personer med en demenssjukdom. Begreppet kan ses som en summering av vad som sagts ovan om omsorgsrationalitet, kontinuitet, flexibilitet och individanpassning. Vid ett av de studiebesök som gjorts inom ramen för utredningen om nationell kvalitetsplan svarade en av de boende på äldreboendet på frågan om vad som är en bra personal; att "hon kan läsa mig". En träffsäker sammanfattning.

³⁷ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Avsnittet Omvårdnad. Stockholm: Socialstyrelsen 2010.

6.8 Effektiv vård och omsorg

Vad är effektivitet?

Begreppet effektiv missförstås ibland. En del tror att det handlar om att springa fortare, duscha den äldre personen på fem minuter eller ersätta lagad mat med att hänga en matlåda på dörren.

Kanske det begrepp de då har i tankarna egentligen är produktivitet – och det är något annat. En matlåda hängd på dörrhandtaget kan ge hög produktivitet – man hinner förse många äldre med sin lunch. Men vara usel om man ser till effektiviteten, om den som får insatsen på detta sätt inte äter, eller äter dåligt. Om målet för kommunens vård och omsorg är att den äldre personen inte ska bli undernärld, och att hen ska få uppleva måltiden som en bra del av dagen, ja då kan det vara effektivt att laga maten i den äldre personens hem, även om det tar längre tid. Och man kan då undvika att den äldre personen blir undernärld med allt det kan innebära och kanske undvika en sjukhusvistelse.

Tid och effektivitet måste kunna samsas när den goda vården och omsorgen formas. Det finns tid som kan synas ineffektiv, som att stanna upp, sätta sig ner och lyssna på den äldre, eller att i reflekterande samtal hjälpa varandra i personalgruppen att se och förstå de omsorgstagare man är satta att hjälpa. Detta kan lätt bli något man sparar in på, i ”effektivitetens” namn. Men kan vara förutsättning för kvalitet. Att ta sig tid, sätta sig ner och samtala kan vara effektivt om det fyller den enskildas behov. Det kan göra personen lugn, tryggare och vara förebyggande.

I begreppet effektiv ligger dock insikten att resurserna inte är obegränsade. Att balansera mellan att ge den äldre personen all den tid, uppmärksamhet och hjälp som hen kan behöva och vilja ha, och att utnyttja tillgänglig tid så klokt som möjligt.

Om det handlar om behandlingar som inte ger säkra resultat så ska de förstås utmönstras för andra som är bättre, eller inte ges alls. Men i en relationell verksamhet som vård och omsorg kan det vara svårare att se vilka insatser som är effektiva och vilka som inte är det. Det kan bara läsas ut i mötet med omsorgsmottagaren, och förutsätter lyhördhet i mötet. Manualer och rutiner, rätt använda, kan underlätta att arbetet går smidigt och säkerställa att vissa insatser görs på rätt sätt. Men de får aldrig vara ett egenvärde. Vården och omsorgen om den äldre personen ska inte

styras med hjälp av insatser som är tidssatta i form av minuter. Det är snarare ett arbetssätt för att logistiskt styra verksamheten.

Rätt resurser vid rätt tid för rätt person

Effektivitet beskrivs ibland som att göra rätt saker för rätt personer på rätt sätt vid rätt tidpunkt.

Att rätt personer får insatser innebär att huvudmännen behöver vara uppmärksamma på de som står utanför vården och omsorgen – finns det dolda behov? Vidare att vården och omsorgen fördelas efter behov, inte efter vem som har förmågan att efterfråga vård och omsorg.

I hälso- och sjukvårdslagen stadgas att ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (2 § andra stycket HSL).

Detta tänkesätt kan ses som motstridigt mot att vilja ha en mer flexibel och generös tilldelning av äldreomsorg, där den person som uppnått viss ålder själv får välja om hen vill ha vissa hemtjänstinsatser eller kanske t.o.m. välja när hen ska flytta till ett särskilt boende, utan att hens behov bedöms i en biståndsprövning. Detta är en fråga jag återkommer till i kapitel 13 och 14.

Att göra rätt saker är en utmaning inte bara för biståndshandläggaren vid utformningen av vad som ska ingå i biståndsbeslutet. Det är kanske än mer en utmaning för omsorgspersonalen, som måste utforma insatserna för dagen utifrån vad den äldre behöver och önskar just då.

Att göra saker på rätt sätt handlar om omsorgspersonalens kunskap, yrkeserfarenhet, lyhördhet och inlevelseförmåga.

Att göra saker vid rätt tidpunkt handlar t.ex. om att hålla avtalade tider och att insatserna ges när det passar den äldre personen, inte är styrt av när det passar in i personalens schema eller stämmer in i verksamhetens rutiner eller våra föreställningar om när det ena eller andra ska göras.

Effektivitet sedd på detta sätt innebär således inte att göra insatserna på snabbaste och billigaste sätt. En personcentrerad vård och omsorg förutsätter tvärtom att hemtjänsten schemaläggs för kontinuitet, inte korta gångtider, att den tid som sätts av räcker, och att det finns en flexibilitet för varierande behov olika dagar hos den

äldre personen. Det är inte alltid det billigaste sättet – på kort sikt – att utföra vården och omsorgen. Men nödvändigt för att den ska bli bra. Och kanske sett över hela den tid den äldre personen har vård och omsorg också mer kostnadseffektivt. En trygg hemtjänst kan möjliggöra att bo kvar hemma längre. En klok hemtjänst tar tillvara det friska och bidrar till att den äldre personen kan klara mer själv – och därmed underlättas att uppnå målet att den äldre ska få leva ett mer självständigt liv.

Målstyrning och New Public Management

Under 1990-talet växte, inspirerat av bl.a. New Public Management (NPM), inriktningen fram att styra med mål. Det sågs då som en motvikt mot hur man ansåg att det varit tidigare, en byråkratisk styrning. Fokus i uppföljningen skulle bli på resultaten snarare än hur verksamheten är utformad. Marknaden skulle ge en bättre effektivitet och kund Anpassning (kund blev den nya beteckningen på medborgare). Kommuner och landsting skulle formulera tydliga mål, och följa upp att utförarna, kommunala såväl som privata, lever upp till dem. Genom konkurrens mellan olika aktörer tänktes de dåliga sällas bort.

En kund förväntas handla utifrån sin egennyttan, och byta leverantör om man är missnöjd med tjänsten. Kundvalet enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, ger den enskilde möjligheten att välja bort en utförare man inte är nöjd med. En möjlighet som dock bara tagits tillvara i begränsad omfattning.³⁸ I en forskningsrapport från Aging Research Center (ARC) visade Meinow m.fl. (2011) att kundvalet inte har bra förutsättningar att driva kvalitetsutvecklingen. De äldre personer som är mest beroende av vård och omsorg och skulle ha bäst nytta av att göra "det goda valet" är också de som har den högsta förekomsten av kognitiva och fysiska begränsningar som hindrar eller omöjliggör deras möjlighet att vara en rationell konsument av vård och omsorg.³⁹ Dessutom kan för

³⁸ Hjalmarson, Ingrid och Wänell, Sven Erik. *Valfrihetens LOV. En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2013:01, 2013.

³⁹ Meinow, Bettina, Parker, Marti och Thorslund, Mats. Consumers of eldercare in Sweden: The Semblance of choice. *Social Science & medicine*.73 (9), 2011.

dessa grupper ett byte av hemtjänst, eller i än högre grad byte av särskilt boende vara direkt olämpligt.

I en forskningsöversikt till utredningen om ny kommunallag konstaterades att det finns invändningar mot NPM som övergripande idé för organisation av offentlig verksamhet, samtidigt som det finns instrument och tekniker som fungerar väl givet att de används rätt. Alternativa styrformer är t.ex. the Neo-Weberian State som ger ett ökat fokus på hur verksamheten utförs och av vem. En annan inriktning är New Public Governance som lyfter fram vikten av samspelet mellan olika aktörer, att det krävs ett bra nätverk för att tillsammans klara uppdraget. *”Utifrån utvecklingen i Sverige förefaller det rimligt att i högre utsträckning tänka i termer av nätverk och relationer.”*⁴⁰

Tillit

Det är, som jag kommer att återkomma till i kapitel 15 om uppföljning, en grannliga uppgift att balansera mellan kontroll och tillit. Regeringen har tillsatt Tillitsdelegationen (Fi 2016:03). Av direktiven framgår att den verksamhetsstyrning som varit dominerande de senaste decennierna kan ha bidragit till att den offentliga verksamheten har brister när det gäller att styra verksamheten utifrån dess förutsättningar och medborgarnas behov och med tillit till medarbetarnas kompetens och förmåga. I direktiven framhålls bl.a. att om mål och resultatstyrning bryts ned på en alltför detaljerad nivå ökar risken för suboptimering och bristande helhetssyn. En alltför detaljerad styrning kan också hindra utvecklings- och innovationsarbete.

Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Tillitsdelegationen har som ett av sina uppdrag att ”analysera och redovisa hur en styrning baserad på ökad tillit och kvalitativa snarare än kvantitativa mål påverkar välfärdstjänsternas likvärdighet, rättssäkerhet, kvalitet och kostnader.” Delegationen ska genomföra projekt som främjar idé- och verksamhetsutveckling

⁴⁰ 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.

kring hur detta ska kunna förverkligas. Delegationen ska lämna ett delbetänkande om ersättningsformer m.m. i maj 2017 och en slutrapport i juni 2018 (dir. 2016:51).⁴¹

6.9 Stärka kvaliteten

Min bedömning: Några utgångspunkter för dialogen om hur kvaliteten ska kunna stärkas bör vara:

- att den äldre personen får vara den som bestämmer i sitt eget hem (även i det särskilda boendet),
- att den äldre personen vet vem som ska ge hjälp och när, att hen känner den personen och har förtroende för hen,
- att den som hjälper denne har tillräckligt med tid, och har rätt att vara flexibel och lyhörd så att tid och insatser kan anpassas till den äldre personens behov just i dag,
- att den äldre personen kan lita på att de som hjälper hen vet vad de gör och har rätt kompetens,
- att den äldre personen kan känna sig trygg med att alla de som ger hjälp med omsorg, vård och rehabilitering arbetar tillsammans – utgör ett team,
- att dennes egna erfarenheter tas tillvara, samt
- att alla insatser utformas utifrån att äldre personer som omsorgstagare är individer, dvs. olika.

Kontinuitet, tid, rehabiliterande arbetssätt, kompetent personal, specialisering, trygg hemgång, nära och kompetent arbetsledning, god arbetsmiljö och samverkan/teambaserat arbetssätt är några ingredienser i utformningen av en god vård och omsorg.⁴²

⁴¹ Kommittédirektiv 2016:51. *Tillit i styrningen*.

⁴² Wånell, Sven Erik. *Tillit och relationer – om kvalitet i hemtjänsten* Stockholm Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2015:4, 2015.

Motivation

Vad kan då ge den motivation som krävs för att denna goda vård och omsorg ska uppstå? Och vad kan vara hinder som bör undvikas? I en kunskapsöversikt summerar Andersson Bäck (2015) kunskapsläget som att de som söker sig till arbete inom vård och omsorg gör det för att göra nytta, göra sitt bästa för omsorgsmottagaren. Relationen mellan den professionelle och omsorgsmottagaren är en primär källa till motivation. Viktiga parametrar för den inre motivationen är kopplade till arbetsuppgifterna, som att få utveckla kompetens, problemlösning och självbestämmande. Faktorer som kan motverka den inre motivationen är bl.a. bristande autonomi, brister i arbetsmiljö, strukturer och ledning, stress och bristande bekräftelse.⁴³

Självbestämmandeteorin⁴⁴ är en processteori som försöker beskriva hur motivation går till. Några delar är att arbetet är utmanande, att man får bekräftelse och att det ger en personlig utveckling. Intresse, glädje och tillfredsställelse är några begrepp kopplade till detta.⁴⁵ Att ha utrymme att bestämma, själv eller tillsammans med andra, och uppleva sig ha kontroll över det egna arbetet och arbetsituationen står i centrum för flera teorier. Det är viktigt med stöd, och att kraven i arbetsuppgifterna är rimliga.⁴⁶

Finansiella incitament, ”pay for performance”, kan ge snabb effekt, men skapar inte någon inre motivation. Det kan innebära att det som ger ekonomisk belöning prioriteras även om det inte är det bästa för omsorgsmottagaren och inte stämmer med ens professionella kunskap och erfarenhet. Yttre belöningar kan underminera människors inre motivation. Berövas människor utrymme för att visa personligt intresse minskar man sin arbetsinsats och presterar sämre.⁴⁷

Att utforma vården och omsorgen om äldre personer med stark styrning av arbetsuppgifterna kan hämma vård- och omsorgsperso-

⁴³ Andersson Bäck, Monica., *Motivation och finansiella incitament, en litteraturöversikt över de komplexa drivkrafterna inom vård och omsorg*. Göteborg: Forum för Health Policy, 2015.

⁴⁴ Deci, Edward L och Ryan, M. The ”what” and ”why” of goal pursuits: Human needs and self-determination of behavior. *Psychological inquiry II (4)* (2000):227-268.

⁴⁵ Gagné, Marylene och Deci, Edward L. Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*. (2005) 26:331-362.

⁴⁶ Andersson Bäck, Monica., *Motivation och finansiella incitament, en litteraturöversikt över de komplexa drivkrafterna inom vård och omsorg*. Göteborg Forum för Health Policy, 2015.

⁴⁷ Andersson Bäck, Monica., *Motivation och finansiella incitament, en litteraturöversikt över de komplexa drivkrafterna inom vård och omsorg*. Göteborg: Forum för Health Policy, 2015.

nalens möjlighet att vara professionell, att själv bedöma vad som behöver göras, när och hur. Det är enligt min bedömning anmärkningsvärt att omsorgspersonal ofta omvittnar att de har ett bundet och ofritt arbete, trots att arbetet egentligen ständigt utmanar till att på ett kreativt sätt tillgodose den äldre personens behov.

Organisation, ersättnings- och uppföljningssystem och tillgängliga resurser sätter ramar och ger begränsningar som kan krocka med de professionella idealen. När vården och omsorgen blir en vara som kan standardiseras, mätas och kontrolleras riskerar omsorgens själ att skadas.

Några hinder för kvalitetsutveckling

Det är inte möjligt att enkelt beskriva hur en huvudman ska ge förutsättningar som kan bidra till att det goda mötet mellan vård- och omsorgspersonal och vård- och omsorgsmottagare uppstår. Det finns ingen säker kunskap om vilken dimensionering av olika former av vård och omsorg som är önskvärd, och det finns ingen nationell rekommendation eller annat stöd för vad som kan anses vara en adekvat bemanning. När huvudmännen ska lägga budget för sin vård och omsorg om äldre personer och lägga fast ersättningsnivåer till utförarna har de inga bra hjälpmedel för att uppnå de mål som är satta för vården och omsorgen om äldre. Självklart kan det leda till att de ekonomiska ramar som läggs inte alls stämmer med de mål kommunerna har för sin vård och omsorg, och vad som föreskrivs i lag. Det blir då biståndshandläggare och vård- och omsorgspersonal som får göra de svåra prioriteringarna.

På samma sätt kan en enskild utförare ha ett uppdrag kopplat till budget som innebär att resursanvändningen av olika skäl begränsas. Och att en kommun som huvudman, för att klara sin budget, genomför besparingar i sin egen vård- och omsorgsverksamhet som inte svarar mot de mål kommunen satt upp och gällande lagstiftning.

Personalen kan vara besjälad av sitt arbete, men det är ingen naturlag att det blir så. Verksamheten kan bli utformad så att det passar personalen snarare än den äldre personen. Det är något som inte går att bortse ifrån.

Föreskrifter och checklistor

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör grunden för hur arbetet ska bedrivas för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Kravet på att kvaliteten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras framgår av 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, 16 § tandvårdslagen (1985:125), 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

För att säkerställa en kunskapsbaserad och säker vård och omsorg kan checklistor vara ett stöd. Checklistor för kvalitetssäkring i särskilt boende respektive hemtjänst är utarbetade av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i samarbete med Svenskt Demenscentrum och Svenska Demensregistret (SveDem). Checklistorna är framtagna med särskilt fokus på personcentrerad omvårdnad. De ska stimulera till att teamarbetet stärks och att man lär av varandra genom att få igång en reflektion och diskussion i teamet.⁴⁸

I kapitel 15, återkommer jag till en redovisning av kvalitetsregistren, som är hjälpmedel för ett systematiskt och kunskapsbaserat arbetssätt och uppföljning.

Svensk standard *Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende* (SS 872500:2015, fastställd av Swedish Standards Institute, SIS 2015-04-08), kan användas för ett systematiskt kvalitetsarbete. Denna standard syftar till att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg för äldre personer. Den är tänkt att utgå från ett personcentrerat och salutogent förhållningssätt. Standarden ska kunna användas av beställaren som upphandlingsunderlag och därmed som ett stöd vid uppföljning, och av utföraren som stöd för att planera, leda, genomföra och systematiskt utvärdera och förbättra verksamheten (SIS 2015).⁴⁹

⁴⁸ www.aldrecentrum.se/Global/PDFer/2012/Checklista_sprocentC3procentA4bo_ver1.pdf och www.demenscentrum.se/globalassets/arbete_med_demens_pdf/skalor_instrument/checklista_hemtj_ver1.pdf

⁴⁹ Svensk standard SIS *Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende*. Stockholm: Svensk Standard SS 872500:2015, 2015.

Regeringen har beviljat SIS tre miljoner kronor under 2017 för fortsatt utveckling av standarder i verksamheter inom LSS samt hem för vård och boende (HVB).⁵⁰

Standarden inom äldreområdet är omfattande, kräver mycket dokumentation, avser främst hälso- och sjukvård och utgår helt från mätbara indikatorer. Den kan ses som en checklista. Innan den får en bredare användning bör den få en vetenskaplig utvärdering för att pröva om de informationskällor standarden anger för att mäta de olika kvalitetskraven är relevanta och faktiskt mäter det som anges som mål för denna svenska standard – att öka den äldres välbefinnande. Så som den är upplagd i dag är det sannolikt att den snarare mäter olika, om än många, delar, med tonvikt på medicinsk säkerhet, men inte förmår mäta det som är vården och omsorgens kärna – det goda mötet mellan omsorgsmottagare och omsorgsgivare. Och det är just det som är personcentrerad omvårdnad, och som kan skapa trygghet och välbefinnande. Det är också önskvärt att pröva om den tid det tar att dokumentera och analysera de data som standarden anger står i proportion till nyttan.

Individens behov i centrum vid behovsbedömningen

En personcentrerad vård och omsorg börjar med biståndshandläggningen. Besluten behöver vara anpassade efter individen och inte utgå från vad som ibland benämns som en insatskatalog. Socialstyrelsen har under snart ett decennium arbetat med att ge biståndshandläggarna kunskapsstöd och metoder för behovsbedömningen.

⁵⁰ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/01/medel-till-fortsatt-utveckling-av-standarder-for-kvalitet-inom-lss-hvb-och-aldreomsorg/ (hämtad 2017-01-15).

Äldres behov i centrum (ÄBIC) – modell för behovsriktat och systematiskt arbetssätt

Mina förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta förvalta och utveckla samt följa upp användningen av modellen Individens Behov i Centrum (IBIC) samt ge myndigheten i uppdrag att tillhandahålla utbildningar om modellen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att, efter samråd med Socialstyrelsen, följa upp och utvärdera om modellerna Äldres behov i centrum (ÄBIC) och dess efterföljare 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 inflytande.

År 2008 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla en modell för att beskriva behov och insatser inom äldreomsorgen.⁵¹ Målet med arbetet var att äldre personer i hela landet skulle få stöd och hjälp av god kvalitet utifrån sina individuella behov.⁵²

Modellen, som fick namnet Äldres behov i centrum (ÄBIC), stödjer ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt och ger möjlighet till strukturerad information för såväl handläggare, som utförare av insatser enligt socialtjänstlagen. Det innebär att handläggare och utförare använder ett gemensamt språk för dokumentation.

Under 2015 vidareutvecklade och anpassade Socialstyrelsen på regeringens uppdrag ÄBIC till Individens behov i centrum (IBIC). Detta arbete har samordnats med regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att fortsätta sprida, introducera och stödja införandet av IBIC inom äldreomsorgen.⁵³

IBIC ger stöd för tydlig strukturerad beskrivning av behov, bedömning, mål och resultat. Detta underlättar informationsöverföring och utgör en viktig del av den dokumentation som behövs

⁵¹ Socialstyrelsen. *Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen. Plan för utveckling och introduktion*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

⁵² Socialstyrelsen. *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁵³ Socialstyrelsen. *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

för att hantera alla uppgifter som är nödvändiga i utredning, beställning, planering, genomförande och uppföljning.

IBIC utgår från regelverket för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten och ger stöd för en strukturerad information av individens behov. Att använda IBIC innebär inte någon dokumentation utöver det som redan följer av regelverket för socialtjänsten. Modellen är tänkt att stödja huvudmannen och utförarna i arbetet med att utveckla ändamålsenlig dokumentation och uppföljning på både individ- och gruppnivå. Arbetssättet ger stöd för att beskriva nuläge och mål, vilket innebär möjligheter att följa upp resultatet för individen. Modellen kan användas såväl vid omfattande behov av stöd och hjälp, som vid mindre omfattande behov.

Från år 2013 har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag lämnat stöd till kommunerna för implementering av ÄBIC (nu IBIC). Stödet har utgått i form av en vägledning för Äldres behov i centrum, utbildningsinsatser till lokala processledare, stöd till regionala nätverk och en webbintroduktion till ÄBIC. Under 2014 utgick även stimulansmedel som stöd till kommuner som utbildat minst en lokal processledare och beslutat att införa ÄBIC. Under perioden 2013–2015 utbildade Socialstyrelsen lokala processledare i 267 kommuner och 243 kommuner hade beslutat att införa arbetssättet.⁵⁴

I början av 2016 hade 98 kommuner påbörjat införande av IBIC inom äldreomsorgen. Vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende använde 75 kommuner IBIC helt eller delvis och 44 kommuner använde modellen vid uppföljning av beslutade insatser i denna boendeform. När det gäller IBIC i ordinärt boende använde 80 kommuner IBIC helt eller delvis för utredningar av behov och 62 kommuner helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser.⁵⁵

⁵⁴ Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁵⁵ Socialstyrelsen. *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

Resultatet av Socialstyrelsens utvecklingsarbete är att:

- Modellen IBIC stödjer ett behovsriktat och systematiskt arbets-sätt med användning av ICF i dokumentationen inom såväl handläggning som genomförande av insatser för vuxna personer som, oavsett ålder och funktionsnedsättning, behöver stöd enligt SoL eller LSS.
- Handläggaren kan i samtal med anhöriga använda IBIC som stöd för att kartlägga och beskriva deras behov och situation.
- Modellen ÄBIC ingår från och med hösten 2016 i IBIC.⁵⁶

Det har så här långt inte gjorts någon vetenskaplig uppföljning eller utvärdering av om modellen ÄBIC inom äldreomsorgen bidragit 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 inflytande. Regeringen föreslår därför ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att, efter samråd med Socialstyrelsen, göra en sådan uppföljning och utvärdering.

Den äldres röst – Instrument med nationellt fackspråk för Behov av stöd (BAS)

År 2010 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla ett nationellt bedömningsinstrument för behovsbedömning i äldreomsorgen. Uppdraget hade sin bakgrund i att det i samband med propositionen *Värdigt liv i äldreomsorgen*⁵⁷ uppmärksammats att kommunerna använde många olika arbetssätt och olika bedömningsinstrument vid utredningar av äldre personers behov av omsorg. Rapporter från tillsynsmyndigheterna hade också visat att äldre personer inte fick delta i planeringen av sina insatser i tillräcklig omfattning.⁵⁸

⁵⁶ Socialstyrelsen. *Från Äldres behov i centrum till Individens behov i centrum. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁵⁷ Proposition 2009/10:116 *Värdigt liv i äldreomsorgen*.

⁵⁸ Socialstyrelsen. *Den äldres röst – Instrument med nationellt fackspråk för Behov Av Stöd (BAS)*. Stockholm, Socialstyrelsen, 2013.

I februari 2013 redovisade Socialstyrelsen resultatet av sitt arbete. Myndigheten hade tagit fram instrumentet Behov Av Stöd (BAS) för behovsbedömning inom äldreomsorgen tillsammans med bl.a. 45 biståndshandläggare och 255 personer från sju kommuner. Under utvecklingsarbetet testades formuläret vetenskapligt med avseende på reliabilitet, validitet och användbarhet.

BAS är ett frågeformulär för en halvstrukturerad intervju, där frågor med fasta svarsalternativ följs av en möjlighet att beskriva den äldres aktuella situation mer detaljerat i fri text. Syftet med BAS är att handläggaren ska få en nyanserad bild av *den äldres egen uppfattning* om sin situation och sitt behov av hjälp och stöd i den dagliga livsföringen.

I början av 2016 använde 34 kommuner BAS helt eller delvis vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende och 31 kommuner använde BAS helt eller delvis vid utredningar inför beslut om insatser i ordinärt boende.⁵⁹

Kunskapsstyrning

I Rådet för styrning med kunskap samverkar nio statliga myndigheter inom området hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådet ska verka för att styrningen med kunskap är samordnad, effektiv och anpassad till huvudmännens och professionens behov. Det ska också vara ett forum för frågor om kunskapsutveckling, forskning och innovationer.⁶⁰

Socialstyrelsen har, med begränsade resurser, ansvaret för Kunskapsguiden.se. Den sammanfattar ny kunskap och länkar till kunskap hos andra aktörer. Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar befintlig och ny kunskap inom områdena evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning samt att underlätta för personal på alla nivåer som arbetar med hälsa, vård och omsorg

⁵⁹ Socialstyrelsen. *Öppna Jämförelser 2016 om äldreomsorg och hemsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁶⁰ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

att använda den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna.

Det finns två nationella kompetenscentrum – Svenskt Demenscentrum, Stockholm och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka), Kalmar.

Den statliga tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) arbetar också med att utveckla former för återföring av kunskap från tillsynen.

Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) ska stödja långsiktig forskning inom äldreområdet. Forskningen ska ha ett förebyggande, hälsofrämjande och tvärvetenskaplig perspektiv och svara mot prioriterade kunskapsbehov. Forskningen ska syfta till att ge vård och omsorg relevanta kunskapsunderlag.⁶¹

Detta är några exempel på hur staten söker underlätta för professionen att ha tillgång till aktuell kunskap, som ett led i en systematisk kvalitetsutveckling.

Det är angeläget att ha en bred kunskapsyn, som kan inbegripa både kvantitativ och kvalitativ forskning, och som inkluderar den kunskap och erfarenhet som professionen har och den som den enskilde personen har. Kunskapsbaserad praktik måste stå på tre ben – forskning, yrkeserfarenhet och livserfarenheten hos personen själv.

Stimulansmedel för att främja kvaliteten

I princip varje regering har under den senaste tjugoårsperioden identifierat områden där måluppfyllelsen är låg eller där det finns kvalitetsbrister. När en ny regering tillträtt har den genom stimulansmedel sökt främja en önskad utveckling.

Stimulansåtgärderna har varit av olika karaktär och täckt in olika områden. De har bl.a. syftat till kompetensutveckling, säkrare vård och bättre samordning mellan huvudmännen med det övergripande syftet att främja kvalitetsutveckling.

Det är svårt att bedöma vilka effekter satsningarna haft, åtminstone om ambitionen är att se om de inneburit en bättre kvalitet – t.ex. i form av en mer personcentrerad, kunskapsbaserad och

⁶¹ Socialdepartementet. *Regeringsbrev för budgetåret 2016 avseende Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd*, regeringsbeslut 2015-12-17.

sammanhållen vård och omsorg. Eller om livskvaliteten ökat för de äldre personer som varit målgrupp för satsningarna. Det är svår-mätbara variabler, och skulle man kunna mäta förändringar är det svårt att identifiera vad som beror på enskilda faktorer, typ statliga stimulansmedel.

Några positiva resultat skulle kunna summeras som

- Stimulansmedlen har satt fokus på de områden som omfattats av satsningen.
- Eldsjälar har fått möjlighet att pröva sina idéer.
- Personal har fått utbildning som sannolikt inte skulle ha varit möjligt annars.
- Nya organisationsformer har kunnat prövas, såsom reahabteam och demensteam.
- Metoder för säkrare vård har spritts, t.ex. läkemedelsgenomgångar och kvalitetsregister som Senior Alert.

Risker som påtalats är bl.a.

- Undanträngningseffekter, att de nationella satsningarna tagit tid och uppmärksamhet från det lokala arbetet med kvalitetssäkring och kompetensutveckling.
- Bristande samordning med lokal planering och prioritering, med risk att stimulansmedlen blivit engångshändelser i den enskilda kommunen.
- Att den korta tid som genomgående stått till buds för att planera de projekt respektive utbildningar som ska genomföras med hjälp av stimulansmedlen inneburit att aktiviteter hastas fram och därför inte blivit optimala.
- Den begränsade tid som funnits för att använda medlen innebär att det lokala arbetet inte kunnat genomföras utifrån sina egna tidsbehov utan utifrån en påtvingad tidtabell, och att det skadat möjligheten att avsluta och förankra på ett långsiktigt klokt sätt.
- Att stimulansmedlen normalt sett varit knutna till en mandatperiod vilket kan vara för kort för att kunna bedriva ett genomtänkt utvecklingsarbete.

- Att kommunerna förlitar sig på statliga stimulansmedel och inte har en egen innovations- och utvecklingsstrategi och avsätter resurser för det.
- Att avsaknad av krav eller planer för forskning och utvärdering lett till att man inte tagit tillvara den möjlighet stimulansmedlen ger att kunna dra generaliserbara kunskaper när aktörerna i fria former har fått pröva nytt.

Några reflektioner kring vad man bör tänka på vid eventuella kommande stimulansmedelssatsningar är

- Långsiktighet måste få vara grunden för utformandet av tidsplaner, regelverk och finansiella ramar. Tid måste ges för de förberedelser som krävs. Regler att medlen ska vara förbrukade under budgetåret är kontraproduktiva och måste ersättas med ett system där utbetalda medel får disponeras under den tid som krävs för att genomföra det som är ändamålet med medlen. Satsningar behöver sträcka sig över en längre tid än en mandatperiod, och behöver därför arbetas fram i politisk samsyn för att undvika ryckighet. Det måste ligga ett tydligt ansvar på de som får stimulansmedel att de ska ingå i en tydlig plan så att det som sker med stimulansmedel kan leva vidare.
- Möjligheten till kunskapsutveckling måste tas tillvara. FoU-miljöer och universitet bör involveras från start.
- Lagstiftningsändringar kan stödjas med stimulansmedel för att öka fokus på implementeringen. Ett exempel på det är stimulansmedlen för att implementera värdegrundparagrafen.

Kompetensutvecklingen inom vård och omsorg av äldre personer är ett permanent åtagande, och kan inte bedrivas i projektform. Det bör finnas en nationell plan för det långsiktiga arbetet och samspel mellan statlig nivå, nationella kompetenscentrum och kommunernas utbildningsväsende.⁶²

⁶² 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). <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Stimulansmedelsrapporten-2.pdf> (hämtad 2017-03-13).

7 Den äldre personen och vård och omsorg

7.1 Inledning

I det här kapitlet ger jag en bakgrund till vad som formar förutsättningarna för vården och omsorgen om äldre personer och som vi behöver ta vårt avstamp i för en nationell kvalitetsplan. Jag inleder med vem den äldre personen som har vård och omsorg är, där jag visar på att det är olikheterna som är det gemensamma. Olikheter beroende på att man haft olika livslopp. Olikheter beroende av kön. Olika villkor beroende av utbildning och inkomst. Det skiljer i hälsa och medellivslängd. Vården och omsorgens vardag finner vi främst bland ensamboende, oftast äldre kvinnor, och de stora utmaningarna ligger i att tillgodose en sammanhållen och trygg vård och omsorg för de som har många och sammansatta behov. Att även då, när man är beroende av andra, få fortsätta att leva ett så självständigt liv som möjligt.

7.2 Vem är "den äldre"?

Att tala om "äldre personer" är att tala om något som egentligen inte finns, annat än sett till kronologisk ålder, att någon är äldre än någon annan. Men ålder säger inte så mycket om vem just hen är. I den här utredningen avser jag med "äldre" personer de som har fyllt 65 år. Spännvidden inom gruppen "äldre" är stor. Mellan en 65-åring och en 105-åring skiljer det 40 år, vilket inrymmer nära tre generationer.

När media skriver om ”äldre” omnämns äldre personer som en grupp snarare än som individer och generaliseringar är vanliga.¹ Vi föds som original och dör som kopior är ett talesätt, men det är helt fel. Snarare skulle man kunna hävda det motsatta. Ja, egentligen är det förstås så att vi föds olika. Och genom livet blir vi bara mer och mer olika. Tillvaron som äldre person påverkas av en rad olika faktorer, som personlighet, vad man har arbetat med, utbildning, ekonomi, boende, familjesituation, intressen, aktiviteter, hälsa och var i världen man växt upp.

Synen på ålderdom är kulturellt betingad. I vår kultur känner ingen att man fått en komplimang om någon säger att ”ja, du ser riktigt gammal ut”. En bakgrund till detta är nog inte bara ett förhållande av ungdomen och den unga kroppen utan också en rädsla för den del av livet när krafterna avtar, hälsan blir sämre, och för det slut som gäller oss alla, döden.

Samtidigt kallas i dag lite skämtsamt pensionärstillvaron för den andra tonårsåldern – försörd, inget arbete och begränsat med ansvar. De flesta nypensionerade personer har att se fram mot 15–20 friska år, som många fyller med ”fritid” – som resor, trädgårdsarbete och att passa barnbarnen. Men skillnaderna i förutsättningar är stora, vad gäller t.ex. ekonomi, familj och hälsosituation. Många olika faktorer styr, som kön, social klass, livsstil och etnicitet.

Den del av pensionärstiden då hen i huvudsak klarar sig själv benämns ibland den tredje åldern (den första åldern är barn- och ungdomstiden, den andra åldern när man är familjebildare och yrkesverksam). Åren i livets slut då man är beroende av andra kallas ibland med ett begrepp lånat från den brittiske sociologen Peter Laslett för den fjärde åldern.² Olika sjukdomar och funktionsnedsättningar kan göra det allt svårare för mig vara den som bestämmer över mitt eget liv. Det är främst i den fasen av livet som det är aktuellt med vård och omsorg.

För den äldre personen handlar det om att anpassa sig till den nya livssituationen av att vara beroende av andra. För vården och

¹ Meltwater. *Två miljoner tysta röster – analys av hur äldre människor och vård och omsorg om äldre beskrivs i media under 2015*. <https://d1bile9su2eskg.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/6/2016/09/Tva%CC%8A-miljoner-tysta-ro%CC%88ster.pdf> (hämtad 2017-03-08).

² Laslett Peter. The emergence of the third age. *Ageing and Society* 7:133–160, 1987.

omsorgen om en äldre person handlar det om att stärka dennes förmågor, se möjligheter och skapa trygghet. Att hjälpa hen att behålla så mycket som möjligt av sitt gamla liv, intressen och kontakter. Detta är inte minst viktigt när den äldre personen på grund av kognitiva svårigheter får svårt att själv ta initiativ och att planera sin tillvaro.

Ibland ställs frågan vid vilken ålder man blir ”äldre-äldre” det vill säga den fas av livet som kan betecknas som den fjärde åldern. Frågan blir konkret när förslag ställs att viss vård eller omsorg ska vara tillgänglig för alla efter en viss ålder. Sanningen är att den fjärde åldern kan inträda när som helst i livet, och lika väl när man fyller 65 år som när man fyller 95 år. Det vi vet är att det inträffar tidigare för personer med låg utbildning och inkomst än för personer med hög utbildning och inkomst.

Skulle rätten till viss typ av vård och omsorg knytas till ålder borde det snarast vara till hur länge man har kvar att leva, vilket vi ju dessbättre inte vet något om. Det är de sista åren i livet man behöver och får vård och omsorg.

7.3 Befolkning och typ av hushåll

Antalet personer 65 år och äldre ökar. Från dagens nästan två miljoner personer som är 65 år och äldre beräknas antalet öka till 2030 med drygt 0,4 miljoner, och till 2060 med cirka 1,2 miljoner. Att antalet äldre personer ökar är inte något nytt, ökningen var stor också mellan 1960 och 2015. Sedan 1960 har antalet personer som är 80 år och äldre ökat med över 230 procent.

Ökande antal och andel i de äldsta åldersgrupperna

När det gäller utmaningar i framtiden för vården och omsorgen om äldre personer ligger fokus inte på alla som fyllt 65 år utan snarare på de äldsta åldersgrupperna. År 1960 fanns det drygt 141 000 personer som var 80 år och äldre, vilket då var 1,9 procent av befolkningen. År 2015 var antalet drygt 500 000, andelen 5,1 procent. I mitten av 2040-talet beräknas antalet 80 år och äldre passera en miljon. År 2060 har antalet prognostiserats till cirka 1,2 miljoner personer, som då beräknas utgöra 9,3 procent av befolkningen (tabell 7.1).

Samtidigt ökar hela befolkningen, varför andelen personer 65 år och äldre ökar relativt marginellt under den nu överskådliga tiden fram till 2030, från 20 procent till 21 procent. Prognosen för 2060 är en andel om 25 procent.

Tabell 7.1 Folkmängd 2015 och prognos till 2060 efter åldersklasser. Antal (tusental) och andel (procent)

År	0–19 år		20–64 år		65 år och äldre		varav 80 år och äldre		Alla
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
2015	2 240	23	5 664	57	1 947	20	502	5	9 851
2030	2 742	24	6 308	55	2 430	21	826	7	11 480
2060	3 009	23	6 789	52	3 234	25	1 215	9	13 032

Det är något fler kvinnor (54 procent) än män (46 procent) i åldrarna 65 år och uppåt. Av de som fyllt nittio år är sju av tio kvinnor (tabell 2).

Tabell 7.2 Befolkningen 65 år och äldre 31/12 2015 efter åldersgrupp och kön. Antal och andel (procent)

	Kvinnor		Män		Alla
	Antal	Andel	Antal	Andel	
65–79 år	742 911	52	702 666	49	1 445 577
80–90 år	240 590	59	164 697	41	405 287
90 år–	67 827	70	28 536	30	96 363
Totalt	1 051 328	54	895 899	46	1 947 227

Källa: SCB, egen bearbetning.

Hushållstyp

Var tredje person som är 65 år eller äldre bor ensam. Att kvinnorna dels i genomsnitt lever fyra år längre än männen, dels vanligen är gifta/sammanboende med en partner som är man och som är äldre än de själva innebär att en betydligt högre andel kvinnor i åldern 80 år och äldre är ensamboende än männen. Från 80 års ålder är de ensamboende i majoritet bland kvinnorna, medan det för männen först är efter 90 som det är fler ensamboende än sammanboende män.

Det saknas data om hur många som lever tillsammans i olika typer av familjekonstellationer. Cirka tre procent bor tillsammans med barn.³

Det har skett en nedgång i andelen ensamboende bland de äldre personerna sedan 1990-talet. Detta beror främst på att allt fler äldre personer har sin partner kvar i livet. Detta är i sin tur ytterst resultatet av att allt fler ingick giftermål från 1940-talet och framåt, något som sammanföll med det tilltagande samboendet. Även i åldern 60+ skaffar sig allt fler en partner, med en stark uppgång de senaste två årtiondena.⁴

Sannolikheten för att bo nära sina barn är större i städerna än på landsbygden. Över tid synes fler äldre personer och barn bo nära varandra. Närheten underlättar en ömsesidig hjälp.⁵

7.4 Så bor äldre personer

Från att äldre personer i mitten av 1900-talet bodde sämre än andra åldersgrupper har de äldre personerna i dag inte sämre bostadsstandard än andra åldersgrupper. De flesta bor tvärtom i bostäder med en god bostadsstandard, och är mer nöjda med sitt boende än yngre personer.⁶ Men detta är inte hela bilden. En majoritet bor i en bostad där hen inte kan komma ut, eller röra sig inom bostaden, utan att behöva gå i trappor. Hen riskerar att bli fånge i sitt eget hem.

³ Sundström, Gerdt. Var tredje äldre bor ensam. www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Var-tredje-aldre-bor-ensam/ (hämtad 2016-09-09).

⁴ Sundström, Gerdt. Var tredje äldre bor ensam. www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Var-tredje-aldre-bor-ensam/ (hämtad 2016-09-09).

⁵ Abramsson, Marianne. Äldre, generationsperspektiv och sociala nätverk. 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).

⁶ Abramsson, Marianne. Äldre, infrastruktur och boende. 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).

Det ordinära boendet

Det ordinära boendet⁷ är det vanligaste för äldre personer, även högt upp i åldrarna. Av alla som är 65 år eller äldre bor drygt 95 procent i ordinärt boende. I åldrarna 80 år och uppåt är andelen 87 procent, och först i åldrarna 95 år och äldre bor mer än hälften i särskilt boende.⁸

Över hälften av de personer som fyllt 65 bor i egnahem, en dryg femtedel i bostadsrätt och lika många i hyresrätt. Fler kvinnor än män bor i flerbostadshus med bostads- eller hyresrätt. Detta hänger bl.a. samman med att kvinnor lever längre och i större utsträckning lever ensamma. Med stigande ålder bor allt färre i egnahem, men 40 procent av männen 85 år och äldre bor alltjämt i egnahem.

Nästan hälften av de äldre personerna bor i större städer (>75 000 innevånare), en fjärdedel i kommuner som är förorter till storstäderna eller på pendlingsavstånd till dem. Bara sex procent bor i glesbygdsområden.⁹

Av de knappt två miljoner ålderspensionärerna (65+) bor uppskattningsvis över 1,5 miljoner i hus där de sannolikt behöver gå i trappor för att komma ut, eller förflytta sig i huset. Av dessa bor cirka 235 000 män och närmare 360 000 kvinnor som är 65 år eller äldre i flerbostadshus som saknar hiss eller där de måste passera trappor för att komma till hissen. Nästan en miljon personer 65 år och äldre bor i småhus.¹⁰

En liten, men utsatt, grupp äldre personer är hemlösa. Enligt en kartläggning Socialstyrelsen gjorde 2011 levde cirka 1 500 personer som var 65 år eller äldre i hemlöshet.¹¹ Stadsmissionen i Stockholm möter i sina verksamheter ett allt större stödbehov bland personer över 65 år.¹²

⁷ Med ordinärt boende avses alla boendeformer som inte förutsätter biståndsbeslut, alltså inte är särskilt boende (SoL) eller bostad med särskild service (LSS).

⁸ Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-4-23 (hämtad 2016-09-10).

⁹ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

¹⁰ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

¹¹ Socialstyrelsen. *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär.* Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

¹² Stockholms Stadsmission. *Hemlös 2014. Stockholms Stadsmissions årliga hemlöshetsrapport.* Stockholm: Stockholms Stadsmission, 2014.

Trygghetsbostäder

Trygghetsbostad är ett begrepp som myntades av Äldreboende-delegationen.¹³ Den ville med detta förslag finna en form för boende som skulle kunna ge trygghet och gemenskap för den äldre, utan att den äldre personen skulle behöva ansöka om bostaden och behovet utredas, och utan stora kommunala kostnader. Det finns ingen fastställd definition vilka bostäder som ska få benämnas trygghetsbostad. Trygghetsbostäder definierades i den förordning om investeringsstöd till äldreboendebostäder som gällde 2007–2014 som bostadslägenheter och utrymmen för de boendes måltider, samvaro, hobby och rekreation. Krav ställdes på att det skulle finnas personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Bostäderna skulle vara till för dem som fyllt 70 år.¹⁴

Statligt investeringsstöd till att bygga nytt, eller bygga om till trygghetsbostäder fanns under åren 2007–2014. I betänkandet *Bostäder att bo kvar i* föreslogs ett nytt investeringsstöd.¹⁵ Hösten 2016 fattade regeringen beslut om ett nytt investeringsstöd. I förordningen används begreppet bostäder för äldre personer. Åldersgränsen är 65 år och bostäderna ska upplåtas med hyresrätt eller kooperativ hyresrätt.¹⁶ Boverket har fått i uppdrag att göra en konsekvensanalys av att införa krav på hyresnivåer i förordningen.¹⁷

Som jag redovisar i kapitel 13 utgör trygghetsbostäder en liten del av bostadsbeståndet. Det har skett en ökning från drygt 3 500 lägenheter 2011¹⁸ till närmare 10 000 år 2015. Under de båda närmaste åren (2016–2017) räknade kommunerna med att det skulle tillkomma närmare 3 800 lägenheter.¹⁹

¹³ SOU 2008:113. Äldreboendedelegationen. *Bo bra hela livet*.

¹⁴ Förordningen (2007:159) om investeringsstöd till äldreboendebostäder m.m.

¹⁵ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

¹⁶ Förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer.

¹⁷ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/01/krav-pa-hyresnivaer-for-investeringsstod-till-aldrebostader-ska-utredas/ (hämtad 2017-01-30).

¹⁸ Sveriges Kommuner och Landsting. *Seniorbostäder, 55+, 65+, kommunkartläggning 2011*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, mars 2012.

¹⁹ 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).

I januari 2015 fanns någon form av trygghetsbostäder i mer än varannan kommun i landet, med stora regionala skillnader.

Det finns få studier som kan belysa om målen för trygghetsbostäder infriats – att vara en ersättning för servicehusen, och att kunna vara ett svar på behov hos äldre personer som upplever sig oroliga, otrygga och/eller ensamma. Jag refererar några studier i kapitel 13.

Seniorbostäder

Gränsen mellan trygghetsbostäder och seniorbostäder kan vara flytande. Det finns ingen fastställd definition på vad som ska benämnas seniorbostad. Det brukar finnas gemensamhetslokaler och ofta har lägenheterna en god tillgänglighet. De har oftast en nedre åldersgräns, t.ex. 55 eller 65 år. Benämningarna kan skifta, som plusboende, 55+boende eller gemenskapsboende. Även om intresset för seniorboende kan finnas tidigare i livet brukar det först vara i 70-årsåldern som steget tas att förändra sitt boende.²⁰

Det första hus som med dagens terminologi skulle benämnas seniorboende byggdes 1929. De tidiga seniorboendena är vanligen stiftelse- eller föreningsdrivna, som t.ex. Blomsterfonden i Storstockholm. Utbyggnaden av moderna seniorbostäder med tillgängliga lägenheter tog fart under 1990-talet, och har då ofta drivits av privata aktörer. Ungefär hälften av seniorboendena bedöms ägas av allmännyttiga fastighetsägare.

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 närmaste åren. Det förväntade byggandet av seniorbostäder har sjunkit under en följd av år.

Seniorbostäder finns i två tredjedelar av landets kommuner. I Storstockholm och på de större högskoleorterna finns seniorbostäder i nio av tio kommuner, i övriga kommuntyper har cirka

²⁰ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

hälften seniorbostäder. I Storstockholm finns det 4,3 seniorbostäder per 1 000 innevånare och i Storgöteborg 0,4 seniorbostäder per 1 000 innevånare.²¹

Seniorbostäder omfattades inte av det statliga investeringsstödet för trygghetsbostäder, men kan inrymmas i det nya statliga investeringsstödet från 2016 givet att de uppfyller de villkor som ställs för det.

Behov av bostäder för äldre personer

Från 2015 till 2030 bedöms behovet av nya lägenheter för de som är 65 år och äldre öka med cirka 360 000. Personer 65 år och äldre är generellt sett ingen svag grupp på bostadsmarknaden. Ett ökat bostadsbyggande skulle öka möjligheterna för denna grupp att finna bekväma och tillgängliga bostäder.²² Det finns dock stora grupper av äldre personer där detta inte är lösningen. Äldre personer som bor i kommuner med låg bostadsproduktion eller långa köer till bostad, äldre personer med låga pensioner där nybyggda lägenheter inte är ett ekonomiskt möjligt alternativ och äldre personer som vill bo kvar i sitt hem till livets slut, även om det är opraktiskt. Jag återkommer i kapitel 13 i denna fråga.

Bostadstillägg för pensionärer (BTP)

I de båda statliga utredningar som hittills under 2000-talet behandlat boende för äldre – Äldreboendedelegationen och Utredningen om bostäder för äldre – har förslag om höjt bostadstillägg för pensionärer lyfts. Det främsta motivet var att de som har sämst förutsättningar på bostadsmarknaden (t.ex. äldre ensamstående kvinnor) ska kunna byta till en mer tillgänglig bostad. Efter ombyggnationer, exempelvis i samband med stamreoveringar i ens fastighet, kan det handla om att alls ha råd att bo kvar.

²¹ 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).

²² SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

Av de som fick bostadstillägg 2014 var 220 000 kvinnor och 64 700 män.²³

Hyrestaket för bostadstillägg är nu 95 procent av 5 000 kronor i månaden samt ett tillägg om 340 kronor. Maximalt kan bostadstillägget därmed bli 5 090 kronor.²⁴ År 2014 var den genomsnittliga hyran i hela landet för en nyproducerad tvårummare 7 873 kronor. Dyrast är det i Stockholm, där den genomsnittliga hyran år 2015 för en lägenhet om 66 kvm var 6 518 kronor²⁵ och för en under 2014 nyproducerad tvårummare 8 610 kronor²⁶.

I åldersgruppen 75–84 år har närmare 70 procent av ensamboende kvinnor inte råd att efterfråga en nybyggd enrumslägenhet och i åldern 85 år och äldre är det 75 procent som inte har råd. För männen är andelarna 25 respektive 35 procent. En tvårummare är för en majoritet ännu mer omöjligt. Det är 85 procent av kvinnorna över 75 år och 55 procent av männen 75–84 år och 63 procent av männen över 85 år som inte skulle ha råd om de samtidigt ska ha en skälig levnadsnivå.²⁷

Regeringen har aviserat att en utredning ska tillsättas med uppdrag att undersöka om garantipensionen och bostadstillägget kan räknas upp för de pensionärer som har det sämst ställt.²⁸ Om förslaget i betänkandet *Bostäder att bo kvar i* om en höjning av bostadsutgiftstaket till 7 300 kronor skulle genomföras skulle tio procent av kvinnorna och två–tre procent av männen i åldersgruppen 75–84 år beröras. I åldersgruppen 85 år och äldre skulle 15 procent av kvinnor och tre procent av männen beröras. Kvinnor 85 år och äldre få en ökad disponibel inkomst om cirka 1 000 kronor (medianvärde) per månad.²⁹ Jag återkommer i kapitel 13 med mina förslag.

²³ Pensionsmyndigheten. *Könskillnader ur Pensionsmyndighetens statistik*. PM 2015-03-02.

²⁴ www.pensionsmyndigheten.se/for-pensionarer/ekonomiskt-stod/mer-fakta-om-bostadstillagg (hämtad 2017-01-30).

²⁵ 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).

²⁶ www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BO_BO0404_BO0404/A/HyresrattBygghLgh/table/tableViewLayout1/?rxid=faa7e378-394c-4650-afe5-f5f3aee3349f (hämtad 2016-09-12).

²⁷ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

²⁸ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/02/i-dag-paborjas-oversynen-av-grundskyddet-for-pensionarerna/ (hämtad 2017-03-03).

²⁹ Bilaga 10 *Bostadstillägg för pensionärer (BTP) och effekter av höjning av taket för bostadsutgiften*.

Tillgängliga bostäder

Att vara oberoende och kunna klara sig själv är en viktig del i att kunna känna välbefinnande i den senare delen av livet. En tillgänglig bostad och utemiljö, närhet till service och möjlighet att ta sig dit hen vill är viktiga delar i att göra livet enklare och mer ”levbart”.

Trots en god bostadsstandard i Sverige är det vanligt att det finns hinder för personer med funktionsnedsättningar. Det finns hinder för tillgängligheten även i hus byggda efter 1979. Problem finns särskilt i entréerna till villor och kök i flerbostadshus.³⁰

Det finns i dag en begränsad kunskap i många kommuner om vilka brister det finns i tillgängligheten – avsaknad av hiss, trappor till entréerna, trånga kök och badrum etc. Utredningen om bostäder för äldre föreslår i sitt betänkande *Bostäder att bo kvar i* att fortsatt statligt stöd ska utgå under en femårsperiod till kommunerna för att stimulera till att inventera den fysiska tillgängligheten i flerbostadshus. Utredningen föreslår också ett nytt statligt stöd till installation av hiss i befintliga flerbostadshus.³¹

För att de som söker en mer tillgänglig bostad ska kunna få en överblick över vad som finns föreslår utredningen vidare att ett tillägg görs i bostadsförslagslagen att kommunerna ska erbjuda aktuell och lättillgänglig information om nuvarande och planerat utbud av bostäder, särskilt i fråga om bostäder med god tillgänglighet och boendeformer som riktar sig till särskilda grupper.³²

Bostadsanpassningsbidrag

Bostadsanpassningsbidrag kan ges till den som av ålder eller annat skäl har en funktionsnedsättning där hindret kan avhjälpas eller i vart fall bli mindre med anpassning av bostaden. Bidraget ska täcka skäliga kostnader för en anpassning av bostaden. Rätten till bidrag

³⁰ Granbom, Marianne, Iwarsson, Susanne, Kylberg, Marianne, Pettersson, Cecilia och Slaug, Björn. A public health perspective to environmental barriers and accessibility problems for senior citizens living in ordinary housing. *BMC Public Health*. (2016) 16:772.

³¹ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

³² SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

regleras i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. Det är kommunerna som har ansvaret för bidraget.

Vanligen handlar det om enkla åtgärder, som att ta bort trösklar, sätta upp stödhandtag eller installera en ramp. Det kan också handla om att t.ex. byta badkar till en dusch, höj- och sänkbar inredning i köket och trappklättrare i hus där det inte finns hiss och liknande. År 2015 fick 73 200 personer bidrag. Av dessa var 40 procent i åldrarna 70–84 år och 32 procent 85 år och äldre. Det saknas nationella data om fördelningen på kvinnor och män. Den genomsnittliga kostnaden var 14 300 kronor. Majoriteten av bidragen (56 procent) var på belopp under 5 000 kronor.³³

En studie från Göteborg visade hur bostadsanpassningen kunde bidra till ökad trygghet, säkerhet och självständighet. Majoriteten av de som fått bostadsanpassningsbidrag var äldre ensamstående kvinnor. Många hade bott i sin nuvarande lägenhet länge, och ansökan kom många gånger tack vare en uppmärksam arbetsterapeut och mer sällan på inrådan från hemtjänsten. Bostadsanpassning uppfattades som en viktig förutsättning för kvarboende. Anpassningarna ansågs också kunna förebygga vårdkostnader på grund av t.ex. minskad fallrisk och brandrisk.³⁴

Utemiljö och kommunikationer

Tillgänglig utemiljö är en annan viktig faktor för möjligheterna att leva ett så självständigt liv som möjligt även när olika funktionsnedsättningar tillstöter. År 2001 infördes bestämmelser den dåvarande plan- och bygglagen (1987:10) om att enkelt avhjälpna hinder ska åtgärdas i lokaler dit allmänheten har tillträde, och på allmänna platser (gator, torg och parker). I förarbetena angav regeringen att åtgärderna skulle vara vidtagna till 2010. Många lokaler är anpassade, trottoarkanter avfasade och kantstenar tydligare, men ännu återstår det många åtgärder.³⁵ Bestämmelserna fördes över till den nu gällande plan- och bygglagen (2010:900)

³³ Boverket. *Bostadsanpassningsbidragen 2015*. Karlskrona: Boverket rapport 2016:17.

³⁴ Lindahl, Lisbeth och Arman, Rebecka. *Att ta bort trösklarna till ett självständigt liv. Slutrapport om nyttan och värdet av bostadsanpassningar*. Göteborg: FoU i Väst, 2006.

³⁵ www.boverket.se/sv/PBL-kunskapsbanken/uppfoljning/uppfoljning-tillsyn/tillganglighet-och-enkelt-avhjalpta-hinder/ (hämtad 2016-09-11).

Av en avhandling från Lunds universitet (CASE) framgår vikten av att involvera de boende själva, och att ha ett brukarperspektiv, inte enbart ett tekniskt perspektiv. Samt att aldrig luta sig tillbaka och tro att tillgängligheten i kommunen är färdig. En delstudie i avhandlingen var en enkät till landets kommuner. En slutsats från den var – utöver skillnader mellan kommunerna – att arbetet med att öka tillgängligheten är beroende av att det finns eldsjälur som arbetar med detta i kommunen.³⁶

Utredningen om Bostäder för äldre föreslår en skärpning i plan- och bygglagen så att krav på att undanröja enkelt avhjälpna hinder utsträcks till att även gälla i eller i anslutning till entréer och trapphus i flerbostadshus. Utredningen förordar också en samordning med reglerna för bostadsanpassningsbidrag.³⁷

De allmänna kommunikationerna är i dag mer tillgängliga än för 20 år sedan. Nigande bussar, låga vagnsgolv i plan med plattform och en i vissa städer mer flexibel busstrafik är exempel på det. Fokus har också under det senaste decenniet varit på vad som kommit att benämnas hela resan – att hänsyn inte bara ska tas till själva fordonet utan även hur man tar sig till och från hållplatsen/stationen, och hur den är utformad. Liksom hur bytesplatser är utformade och övergångarna mellan olika trafikslag fungerar.

I en uppföljning riksdagens trafikutskott gjorde 2013 konstaterades att det görs olika insatser, men att detta arbete i många delar är okoordinerat och att det finns mycket kvar att göra. Trafikutskottets uppföljningsgrupp framhöll att kraven på transportsystemets tillgänglighet kommer att öka med en åldrande befolkning.³⁸

Äldre personer som grupp använder kollektivtrafiken i förhållandevis liten utsträckning, enbart cirka fem procent av deras regionala resor skedde åren 2011–2014 med kollektivtrafik. Jämfört med åren 2005–2006 är det en minskning som dock inte är statistiskt signifikant.³⁹

³⁶ Hallgrímsdóttir, Berglind. *A ten-year development of accessibility in the outdoor environment*. Diss. Lunds universitet, 2016.

³⁷ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer*.

³⁸ Riksdagen 2013/14:RFRS *Hela resan hela året! En uppföljning av transportsystemets tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning*. Stockholm, 2013.

³⁹ Trafikanalys. *Kollektivtrafikens utveckling – en analys av den nationella statistiken*. Rapport 2015:15. Stockholm, Trafikanalys, 2015.

Andelen som beviljas färdtjänst har minskat över tid, vilket kan bero på bättre tillgänglighet i de allmänna kommunikationerna, fler äldre personer som har körkort (även bland kvinnor) och mer restriktiv bedömning. Mer än hälften (56 procent) av de som är beviljade färdtjänst har fyllt 80 år, en fjärdedel är mellan 65–79 år, en femtedel är yngre än 65 år. Majoriteten av de som har färdtjänst är kvinnor.⁴⁰

Fler äldre personer kör bil, och bilen förblir ett viktigt transportmedel allt högre upp i åldrarna. För dem som tidigare kört bil förblir bilen ett viktigt transportmedel. Bilen underlättar att upprätthålla sitt oberoende.⁴¹

Varför flyttar äldre personer?

Bostaden är för många den invanda miljö, där man levt sitt liv, där själva väggarna kan berätta om ens liv och om ens familj. I ett inbott bostadsområde är det tryggt att man känner igen grannarna, och de känner igen en själv. Bostaden har betydelse för den äldre personens livskvalitet.

Att få en demenssjukdom gör det allt svårare att klara sig själv, och är den vanligaste orsaken till att flytta till ett särskilt boende. Det är dock ofta bra även för en person som fått en demenssjukdom att bo kvar hemma så länge som möjligt. Den invanda miljön med välkända föremål, rum och vanor fungerar som ett stöd för minnet, för identiteten, för upplevelsen av vem man är, något som ofta hotas vid en demenssjukdom.⁴²

I en studie genomförd i Gävle åren 2011–2013 framkom att de flesta var nöjda med sitt boende, och därför inte valt att flytta, trots

⁴⁰ Abramsson, Marianne. Äldre, infrastruktur och boende. Abramsson, Marianne. (red.), Hydén, Lars-Christer (red.), & Motel-Klingebl, 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).

⁴¹ Abramsson, Marianne. Äldre, infrastruktur och boende. Abramsson, Marianne. (red.), Hydén, Lars-Christer (red.), & Motel-Klingebl, 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).

⁴² Ds 2003:47. *På väg mot en god demensvård – Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*.

att den egna bostaden kanske inte längre var optimal. Att man inte flyttade berodde vanligen varken på bristande information om alternativen eller på skattesystemet ("flyttskatten"). Dock kunde ekonomin vara ett hinder, att flytta till en modern bostad kunde ofta bli dyrare än den nuvarande boendekostnaden även om den nya lägenheten skulle vara mindre.⁴³

I en studie som bygger på 80 intervjuer med personer i åldern 80–89 år framkom att de flesta ville bo kvar och åldras där de bodde. Bland motiven för att inte flytta fanns att hen är fäst vid sitt hem och dess omgivningar. Det kan också bero på ekonomin och att hens hälsa kan vara ett hinder. När försämringar i hälsan eller känslan av ensamhet blir för svår har det dock blivit ett motiv för att flytta.⁴⁴

I en studie åt Nordiska rådet 1990 summerade den norske sociologen Svein Olav Daatland svaret på frågan var morgondagens äldre personer kommer att bo med "där de bor idag" – något som i stora drag visat sig stämma. Inget tyder på att utvecklingen blir mycket annorlunda för de som nu just passerat eller närmar sig pensionsåldern. Flertalet väljer att bo kvar i sitt hem så länge det går.

Det rationella valet kan visserligen synas som att flytta redan i 60-årsåldern, när man är aktiv och kan "bo in sig". Men människan är inte en rationell varelse, och det är inte givet att man trivs i sin nya bekväma bostad under de förhållandevis många friska år man kan förvänta sig att ha kvar när man är 60. Tvärtom kan flytten som en del gör till sommarstugan vara klok – där är man mer fysiskt aktiv med skötsel av hus och trädgård.

Majoriteten av personer över 65 år som flyttar gör det inom den lokala bostadsmarknaden. En sannolik tolkning är att man vill flytta till en bostad som bättre svarar mot ens behov.⁴⁵

⁴³ Kullander, Maria. *Do the elderly move at the right time?* Diss. Kungliga Tekniska högskolan och Högskolan i Gävle 2013.

⁴⁴ Löfqvist, Charlotte, Granbom, Marianne, Himmelsbach, Ines, Iwarsson, Susanne, Oswald, Frank och Haak, Maria. Voices on Relocation and Aging in Place in Very Old Age—A Complex and Ambivalent Matter. *The Gerontologist*. Vol 53, no. 6, 919-926 (2013).

⁴⁵ Abramsson, Marianne. Äldre, infrastruktur och boende. 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).

Utredningen Bostäder för äldre föreslog att de som fyllt 75 år ska kunna få göra RUT-avdrag för hjälp att packa ner och packa upp sitt bohag som en hushållsnära tjänst. Även själva flytten ska berättiga till RUT-avdrag.⁴⁶ Genom en ändring i inkomstskattelagen (1999:1229) har RUT-avdrag möjliggjorts för flytt av bohag och annat lösöre mellan bostäder.⁴⁷ Lagändringen trädde i kraft den 1 augusti 2016. Låg pension kan begränsa möjligheten att använda RUT vid flytt.

7.5 Skillnader i hälsa och levnadsvillkor

De flesta äldre personer har en god hälsa, och hälsan har förbättrats över tid. Ett mått på det är att den självrapporterade hälsan blivit allt bättre högre upp i åldrarna. Samtidigt finns det stora skillnader i hälsoutvecklingen.

Medellivslängden ökar

Medellivslängden har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet, med ett hack 1918 då spanska sjukan skördade många liv. På 1860-talet var medellivslängden under 50 år både för kvinnor och för män. Hundra år senare (1960) var medellivslängden 75 år för kvinnor och drygt 73 år för män. År 2015 var medellivslängden 84,0 år för kvinnor och 80,3 år för män. För den senaste femårsperioden var ökningen av medellivslängden 0,6 år för kvinnor och 1,0 år för män.⁴⁸ Två av tre är 80 år eller äldre när de dör.⁴⁹

År 2012 dog bara nio procent innan de fyllt 65 år.⁵⁰ Den som fyller 65 år kan – sett till den genomsnittliga återstående livslängden – förvänta sig att leva 21,4 år om man är kvinna och 18,85 år om man

⁴⁶ SOU 2015:85. Utredningen om bostäder för äldre. *Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer.*

⁴⁷ Inkomstskattelagen 67 kap. 13 § nytt moment 7.

⁴⁸ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Demografisk-analys/55349/55356/Behallare-for-Press/411369/ (hämtad 2016-12-03).

⁴⁹ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/ (hämtad 2016-09-08).

⁵⁰ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-mest-for-hogutbildade/ (hämtad 2016-09-08).

är man. Det är en påtaglig ökning jämfört med för femtio år sedan då den var 16,05 år för kvinnor och 13,93 år för män.⁵¹

Fram till mitten av 1900-talet var det framför allt i yngre åldrar dödligheten minskade. Efter 1950 för kvinnor och efter 1980 för män är det främst hos de äldre som döden skjutits fram högre upp i åldrarna. Bidragande faktorer till den positiva utvecklingen är minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, särskilt hjärtinfarkt, stroke och cancersjukdomar.

Medellivslängden prognostiseras fortsätta att öka, och skillnaderna mellan könen att krympa. Kvinnornas medellivslängd förväntas öka till 89 år och männens till 87 år till år 2060. Nittio år eller mer kan då vara en vanlig dödsålder.⁵² Prognosen är förstås osäker, och bygger bl.a. på antagande om mer hälsosamma levnadsvanor, främst minskad rökning, och fortsatt medicinsk utveckling.⁵³ I detta område har också socioekonomiska förhållanden, andra funktionsnedsättningar och motsvarande, en stark påverkan.

Den självupplevda hälsan förbättras

Den ökande medellivslängden speglar de förbättringar i levnadsvillkor som skett under den senaste hundraårsperioden. Den självupplevda hälsan visar på individnivå hur hälsan – begreppet tagit i vid bemärkelse – förbättrats. Den självuppskattade hälsan har förbättrats i åldersgruppen 65–84 år mellan 2004/06 och 2013/15.⁵⁴

Hur en äldre person bedömer sin hälsa har större betydelse för den upplevda livstillfredsställelsen än mer objektivt, medicinskt bedömd hälsa. Data från den longitudinella studien SWEOLD⁵⁵ visar att de äldre personerna fått fler hälsoproblem, men klarar

⁵¹ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik---Riket/25830/ (hämtad 2016-11-02).

⁵² www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/ (hämtad 2016-09-08).

⁵³ Öhman, Annika och Hydén Lars-Christer, Äldres hälsa och livsstil. 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).

⁵⁴ Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2016.

⁵⁵ SWEOLD är en rikspopulär studie av levnadsvillkoren för personer 77 år och äldre.

vardagen bättre. I en jämförelse mellan 1992 och 2011 framgår att problem med värk, psykiska besvär och nedsatt mobilitet ökat och lungfunktionen försämrats i åldersgrupperna 77 år och uppåt. Där-
emot förblev självskattad hälsa och fysisk funktionsförmåga oförändrad under perioden. Trots detta har andelen som uppger att de behöver hjälp med sina grundläggande, vardagliga aktiviteter minskat under perioden. Äldre kvinnor är över lag sjukare än äldre män, enligt såväl självrapporterade som testbaserade mått. Skillnaderna mellan könen förändrades inte under perioden.⁵⁶

Hälsoskillnader

Det finns betydande hälsoskillnader mellan kvinnor och män, och mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa skillnader kvarstår, och förstärks i vissa fall, i hög ålder. Även äldre personer med utländsk bakgrund kan ha en sämre hälsa. Skillnaderna är dock stora mellan olika personer födda i andra länder beroende av den socioekonomiska situationen, och skillnaden jämfört med de som är födda i Sverige kan också till stor del förklaras med den socioekonomiska tillhörigheten.⁵⁷

Ju starkare socioekonomisk grupp en person tillhör desto längre kan hen förväntas leva. För människor som lever under sämre sociala och ekonomiska förhållanden är den förväntade livslängden inte alls lika lång.⁵⁸ Medellivslängden har de senaste åren varit fem år högre för eftergymnasialt utbildade än för dem med enbart grundskoleutbildning. På senare tid (efter 2000 för kvinnor och efter 2006 för män) har skillnaderna ökat, och mest ökar medellivslängden för högutbildade män.⁵⁹

De skillnader som kan iakttas hos äldre personer sammanhänger med hela livsloppet. Ogynnsamma sociala och socioekonomiska förhållanden under barndomen, låg utbildning och att ha haft ett manuellt arbete som huvudsaklig sysselsättning leder till en ökad

⁵⁶ Fors, Stefan, Lennartsson, Carin, Agahi, Neda, Parker, Marti och Thorslund, Mats. Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen*. 2013:110:CA33.

⁵⁷ Socialstyrelsen. *Självrapporterad hälsa hos äldre med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat*. Stockholm, Socialstyrelsen, 2007.

⁵⁸ Fors Stefan. *Blood on the tracks. Life-course perspectives in health inequalities in later life*. Diss, Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete, 2010.

⁵⁹ www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-mest-for-hogutbildade/ (hämtat 2016-09-08).

risk för att ha en lägre kognitiv förmåga senare i livet.⁶⁰ Levnadsförhållanden under barndomen liksom inkomst under medelåldern och som pensionär har samband med levnadslängd.⁶¹

I en studie från millennieskiftet påvisades att det skilde 15 år i självskattad hälsa mellan olika inkomstgrupper i Stockholms län. Trots att ohälsan ökar med stigande ålder var andelen med svår ohälsa bland män i åldern 80–84 år med inkomst i högsta kvintilen⁶² lägre än för män i åldern 60–69 år med inkomst i lägsta kvintilen, sju respektive 12 procent.⁶³

Skillnaderna i hälsa tycks kvarstå över tid⁶⁴, 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. Regeringen har tillsatt Kommissionen för jämlik hälsa. Dess huvudfokus är på skillnader efter socioekonomi och kön, och kommissionen ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar.⁶⁵ ”Genom politiska beslut att satsa på tidiga insatser, hälsofrämjande politik och omfördelning kan de mekanismer som genererar ojämlik hälsa påverkas i en riktning som främjar en mer jämlik hälsa” skriver Kommissionen i sitt delbetänkande.⁶⁶

Skillnader i levnadsvillkor

Levnadsvillkoren påverkas av många olika faktorer, inte minst den ekonomiska situationen. Reallönen har ökat för alla utbildningsgrupper och såväl kvinnor som män sedan början av 1990-talet. Samtidigt har skillnaderna i disponibel inkomst ökat mellan olika grupper, särskilt mellan förvärvsarbete och icke förvärvs-

⁶⁰ Fors Stefan, Lennartsson Carin, Lundberg Olle. Childhood living conditions, socio-economic position in adulthood, and cognition in later life: exploring the associations. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B(6) 2009:750-757.

⁶¹ Fors Stefan. *Blood on the tracks. Life-course perspectives in health inequalities in later life*. Diss, Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete, 2010.

⁶² Kvintil = 20 procent, högsta kvintilen = de som har de 20 procent högsta värdena, i det här fallet inkomsterna.

⁶³ Hamm Anna, Klason Tanja och Lagergren Märten. *Rik och frisk*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2000:4.

⁶⁴ Schön Pär och Parker Marti. Sex differences in health in 1992 and 2002 among very old Swedes. *Journal of Population Ageing* 1(2) (2009):107-123.

⁶⁵ Regeringen. *En kommission för jämlik hälsa*. Dir. 2015:60.

⁶⁶ SOU 2016:55. Kommissionen för jämlik hälsa. *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. s. 157.

arbetande, beroende av förändringar i skatte- och transfererings-systemen som ska öka incitamenten att yrkesarbeta.⁶⁷

Angelika Thelin inleder sin avhandling om äldrefattigdom med ett citat; ”Men som jag sa, många pensionärer, de är sådana som har pengar, som kan ägna sig åt sådant. De gör mycket, de reser ut. Det kan jag inte tillåta mig ...” (Kerstin, mottagare av bostadstillägg). Kerstin berättar om långa perioder av yrkesarbete som vårdbiträde och undersköterska inom den offentliga sektorn, åren hemma med barnen, hennes arbetsinsatser genom livet som inte har resulterat i bättre ekonomi efter ålderspensionen än så här. Hon har inte råd med inträde till teatern eller att resa med vänner, nu när hon har tid för det och dessutom hälsan i behåll.⁶⁸ De ekonomiska villkoren är olika, och även om pensionärerna som kollektiv fått det bättre så gäller det långt ifrån alla.

Regeringen har gett Pensionsmyndigheten i uppdrag att utveckla och redovisa livsinkomstprofiler för olika grupper som representerar senaste årskullen av kvinnor och män som fyllt 65 år. Syftet med uppdraget är att i högre grad kunna uttala sig om hur verkliga kvinnors och mäns kompensationsgrad som pensionärer utvecklas.⁶⁹

Antal och andel med låg pension minskar inte

År 2040 kan det enligt Anders Klevmarken vara så att pensionärernas disponibla inkomst bara är omkring 55 procent av den genomsnittliga disponibla inkomsten för den arbetande befolkningen. Detta som en följd av pensionssystemets utformning. Han

⁶⁷ Kelfve, Susanne och Abramsson Marianne, Äldres materiella förhållanden. 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).

⁶⁸ Thelin, Angelika. *Äldrefattigdom. Ekonomisk utsatthet i yngre ålderspensionärers vardag*. Diss. Linnéuniversitetet, 2013.

⁶⁹ Regeringsbeslut. *Uppdrag att utveckla och redovisa livsinkomstprofiler för olika grupper*. Socialdepartementet 2016-12-14 S 2016/07222/SF (delvis).

har varnat för att risken finns att vi kommer att få se en ny och omfattande fattigdom bland äldre personer.⁷⁰

Bland personer 65 år och äldre har kvinnor genomsnittligt sett en lägre nettoinkomst än män. Medianinkomsten är lägre i åldersgrupperna 74 år och äldre. Nettoinkomsten är likaså generellt sett lägre hos utrikes födda jämfört med inrikes födda. För män som invandrat före 25 års ålder är nettoinkomsten dock närmast identisk med män födda i Sverige. De lägsta inkomsterna har utrikes födda kvinnor som invandrat sent i livet.⁷¹

De som levt med mer omfattande funktionsnedsättningar hela eller en del av sitt liv har ofta haft ett arbetsliv som begränsats av detta, med följd att inkomsten varit låg, och därmed också pensionen. Och alla har inte kunnat arbeta fram till den vanliga pensioneringsåldern, utan haft sjukersättning. ”Sjukersättningen upphör vid 65. Det känns bittert att bli fattig.” som en informant uttryckte det i en svensk forskningsstudie.⁷²

Garantipension betalas ut till de personer vars inkomstbaserade pension inte når upp till en viss miniminivå. För år 2016 var det 7 863 kronor för ensamboende och 7 014 kronor för sammanboende. Andelen som har garantipension är högre bland kvinnor, utrikes födda och de äldsta åldersgrupperna. Den har sjunkit från 35 procent av medianinkomsten i landet till 30 procent under det senaste decenniet. Denna relativa försvagning kommer att fortsätta eftersom garantipensionen följer prisutvecklingen, inte löneutvecklingen.⁷³

I jämförelse med andra länder har Sverige en låg andel fattiga äldre personer. Äldre som grupp har generellt sett det ekonomiskt mer välbeställt än yngre åldersgrupper genom att de ofta är lågt skuldsatta. Men det är stora skillnader på individnivå. Mellan 2002

⁷⁰ Klevmarken, Anders. Pensionering och inkomstskillnader – nu och i framtiden. I Andersson, Lars och Öberg, Peter (red.) *Jämlik ålderdom i samtiden och i framtiden*. Malmö: Liber förlag, 2012.

⁷¹ Kelfve, Susanne och Abramsson Marianne, Äldres materiella förhållanden. 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).

⁷² Jeppsson Grassman, Eva, Holme, Lotta, Taghizadeh Larsson, Annika och Whitaker, Anna. Ett långt liv med särskilda förtecken: Livslopp och åldrande hos människor med funktionsnedsättningar. *Socialvetenskaplig tidskrift* (2011) nr 2, sid 107-122.

⁷³ SOU 2015:104. Långtidsutredningen. *Långtidsutredningen 2015*.

och 2011 har andelen personer 65 år och äldre med låg ekonomisk standard⁷⁴ ökat, vilket tyder på ökade inkomstklyftor.

Andelen ensamstående kvinnor med låg relativ ekonomisk standard har ökat från knappt 18 procent 2006 till knappt 26 procent 2014. Motsvarande andelar för ensamstående män var 15 respektive 17 procent.⁷⁵ År 2014 fanns det 225 000 pensionärer med en disponibel inkomst lägre än 11 100 kronor per månad, vilket är EU:s gräns för låg ekonomisk standard eller relativ fattigdom. Majoriteten av dem var kvinnor.⁷⁶

Andelen äldre personer med låg ekonomisk standard kommer med nuvarande regler att öka i framtiden. År 2060 skulle cirka 50 procent av de kvinnliga pensionärerna ha låg ekonomisk standard jämfört med cirka 20 procent i dag. Bland de äldsta kvinnorna blir andelen än högre. För männen skulle andelen öka till cirka 35 procent år 2060 från cirka 10 procent i dag.⁷⁷

Kvinnornas lägre pensioner hänger alltså samman med att de tagit ett större ansvar för det obetalda arbetet i hemmet. Särskilt som änkor riskerar de att få en låg ekonomisk standard. Skillnaderna mellan kvinnor och män återfinns inte bara i de äldsta åldersgrupperna utan även hos de som mer nyligen gått i pension.

De som kommer till Sverige sent i livet och de som får svårt att etablera sig på arbetsmarknaden får låga pensioner. De har inga möjligheter att få ihop 40 arbetsår för att få full pension. Full garantipension kräver 40 bosättningsår i Sverige efter 25 års ålder. Det innebär att många utrikes födda kommer att vara beroende av de inkomstprövade äldrestöden i form av bostadstillägg för pensionärer (BTP), särskilt bostadstillägg för pensionärer (SBTP) eller äldreförsörjningsstöd.⁷⁸ Det saknas tillräcklig kunskap om hur den ekonomiska situationen kommer att utvecklas i framtiden för dessa grupper.⁷⁹

⁷⁴ Disponibla inkomster som understiger 60 procent av medianen för befolkningen med hänsyn till hushållssammansättning.

⁷⁵ Pensionsmyndigheten. *Könsskillnader ur Pensionsmyndighetens statistik*. PM 2015-03-02

⁷⁶ PRO. *Ålderdom utan fattigdom. Om äldrefattigdom och kvinnors låga pensioner*. Stockholm: PRO, 2016.

⁷⁷ SOU 2015:104. Långtidsutredningen. *Långtidsutredningen 2015*.

⁷⁸ SOU 2015:104. Långtidsutredningen. *Långtidsutredningen 2015*.

⁷⁹ Kelfve, Susanne och Abramsson Marianne, Äldres materiella förhållanden. 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).

Inkomst kan påverka vilken vård och omsorg hen får

Det finns studier som visar att lågutbildade personer missgynnas när det gäller t.ex. behandling med läkemedel. Äldre personer med enbart grundskoleutbildning löper större risk att behandlas med riskfyllda kombinationer av läkemedel.⁸⁰ I åldern 60–74 år gör högutbildade fler läkarbesök vid specialistmottagningar dit det i allmänhet krävs remiss, trots att det är den gruppen som har bäst hälsa.⁸¹

Det finns inga studier som belyst skillnader i vilken äldreomsorg man beviljas beroende av socioekonomisk grupp. I en kandidatuppsats konstateras att

Generellt sett återspeglas inte klassperspektivet i särskilt stor utsträckning i de socialpolitiska rapporterna och SOU:n, eftersom äldre oftast framställs vara en homogen kategori med liknande levnadsvillkor.⁸²

Den utveckling som varit de senaste decennierna med att en minskande andel beviljas äldreomsorg har lett till ökade anhöriginsatser, och det finns skillnader mellan olika grupper av äldre. Hjälp av anhöriga, och då särskilt döttrarna, är vanligare bland lågutbildade, medan köp av tjänster på öppna marknaden är vanligare bland högutbildade.⁸³

7.6 Kroppens grundläggande behov

Det finns grundläggande behov som omfattar alla människor oavsett ålder, kön, socioekonomisk bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller etnicitet. Att kunna sova, äta, tömma blåsa och tarm, röra på sig, se, höra och kommunicera. Jag menar att dessa behov också skapar viktiga förutsättningar för att orka och kunna utöva sitt självbestämmande, sociala liv och oberoende.

⁸⁰ Haider, Syed Imran. *Socioeconomic Differences in Drug Use among Older People*. Diss. Karolinska Institutet, 2008.

⁸¹ Socialstyrelsen. *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

⁸² Dahlgren, Cecilia. *Klassperspektiv på äldreomsorgen. Kvalitativ innehållsanalys av socialpolitiska strategier*. Lunds Universitet, 2015.

⁸³ Ulmanen, Petra och Szebehely, Marta. From the state to the family or to the market! Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare* (2015) Volume 24, Issue 1 January 2015 p 81–92.

Beroende på funktionsnedsättning och åldrandets konsekvenser har många behov av att få stöd och hjälp för att på bästa sätt möta dessa behov.

Livstilsfaktorer

En livsstil för hälsosamt åldrande bör bl.a. präglas av regelbunden fysisk aktivitet, balanserad diet, stabila relationer, att kunna hantera livskriser på ett bra sätt och delta i sociala och kulturella aktiviteter.

Ett hälsosamt åldrande beror på vad hen bär med sig från sitt liv, och hur hens sociala och ekonomiska situation ser ut. Men det är också en process med betoning på psykologiska faktorer. Det handlar då inte i första hand om att söka undvika förluster utan om att kunna förutse, hantera och anpassa sig till dem (proactive coping).

Ett gott åldrande innebär inte bara nedgång utan handlar också om utveckling av nya möjligheter. Individens förmåga och möjligheter att planera, styra och följa upp sitt liv är av betydelse för ett hälsosamt och ”framgångsrikt” åldrande. Samhällsätgärder i syfte att öka möjligheterna till ett åldrande med hälsa bör ha ett livsloppsperspektiv. Hälsan hos äldre personer grundläggs i barndom, uppväxt och medelålder. Men det är heller aldrig för sent.⁸⁴

Som jag beskriver i kapitel 9 kan man tala om ”fyra hörnpelare” för ett hälsosamt åldrande – fysisk aktivitet, bra kost, social gemenskap och delaktighet.

En stillasittande fritid är vanligare bland kvinnor i åldern 65–84 år än bland yngre kvinnor. För männen finns det inga tydliga ålderskillnader. Lågutbildade är mindre fysiskt aktiva än högutbildade. Högutbildade har också bättre matvanor, mätt via hur ofta man äter frukt och grönsaker.⁸⁵

⁸⁴ 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.

⁸⁵ Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2016.

Sexuell hälsa

Äldre personer har med tiden blivit mer positivt inställda till sin egen sexualitet, framför allt kvinnorna. Även om den sexuella förmågan minskar och andra problem ökar med åldern, så visar en kunskapssammanställning som dåvarande Folkhälsoinstitutet gjort att den sexuella aktiviteten och kvaliteten på sexlivet bland äldre personer har ökat sedan 1970-talet. Sexualiteten fortsätter att vara en viktig del av livskvaliteten även när man blir äldre.

Av H70-studien⁸⁶ framgår att andelen som varit sexuellt aktiva i befolkningen 70 år och uppåt ökade från 12 procent 1971–72 till 34 procent 2001–02 för kvinnorna, och från 47 till 66 procent för männen.⁸⁷

Att sexuell problematik är vanligare bland äldre personer beror snarare på sjukdom och medicinering än på åldrandet i sig. Är hen frisk är det enligt H70-studien lättare att vara sexuellt aktiv och dagens 70-åringar har en bättre hälsa än tidigare generationers 70-åringar. Oavsett ålder är kvinnor mindre sexuellt aktiva än män.⁸⁸

Förutom en generellt god hälsa antyder resultat från H-70 studien att det finns samband mellan socioekonomi och tillfredsställelse sexliv. Dessa faktorer kan bidra till bättre livskvalitet, tillåtande inställning till sin egen sexualitet och sexuell tillfredsställelse.

Trots kunskapen om att sexuella problem ökar med åldern på grund av sjukdom och medicinering samt vetskapen om att äldre personer önskar information och samtal kring sexualitet, diskuteras dessa problem sällan inom hälso- och sjukvården och i det förebyggande folkhälsoarbetet.

Det är inte givet att sexualitet är accepterat i ett särskilt boende av medboende, personal och anhöriga.⁸⁹ Vård- och omsorgspersonal bör utbildas och tränas i att beakta sexualiteten hos alla

⁸⁶ H-70 är en longitudinell studie i Göteborg, som startade 1971. Data till de resultat Folkhälsoinstitutet refererar avser tidsperioden 1971-2001.

⁸⁷ Beckman, Nils. *Epidemiological studies of sexuality in old age*. Diss. Göteborgs Universitet, 2015.

⁸⁸ Beckman, Nils. *Epidemiological studies of sexuality in old age*. Diss. Göteborgs Universitet, 2015.

⁸⁹ Palacios-Ceña, Domingo m.fl.. Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: A quality study. *Geriatric Nursing*, 37 (2016) 470-477.

personer, oavsett ålder.⁹⁰ Svenskt demenscentrum presenterar den 21 mars 2017 en skrift om sexualitet och demenssjukdom för personal som arbetar med personer som har en demenssjukdom.

Munhälsa

I sin debattbok *Ålderdoms-Sverige* skrev Ivar Lo-Johansson att ”det kommer en dag då vi alla biter försiktigt i brödet”. Så är det inte längre. Munhälsan har förbättrats mycket sedan mitten av 1950-talet. Dagens ungdomar har vanligen få om ens några lagade tänder. Även pensionärerna har i dag bättre tandhälsa, även om de har många lagningar – deras skoltid var innan fluoranvändningen, som reducerat kariessjukdomen. Man behåller allt fler tänder i allt högre ålder.

En studie från Dalarna visar på en väsentlig förbättring av munstatus mellan 1982 och 2012. Dålig ekonomi och oregelbunden tandvård hade ett samband med högre frekvens av karies.⁹¹

Jag återkommer i kapitel 9 till vikten av att äldre personer som behöver stöd i sin vardag får hjälp med att hålla en god munhygien.

Se, höra och kommunicera

Att kunna se och höra har, som jag återkommer till i kapitel 9, en stor betydelse för livskvalitet och välbefinnande. Hörselnedsättning är vanlig hos äldre personer. Ett mindre antal, cirka 30 000 personer, beräknas ha en svår hörselnedsättning. Synnedsättning är också vanlig bland äldre personer. Svår synnedsättning drabbar ungefär var femte person över 75 år. Cirka 10 000 personer beräknas ha både svår syn- och hörselnedsättning.⁹²

Med stigande ålder ökar andelen med syn- och/eller hörselnedsättning. Av den folkhälsoenkät som Stockholms läns landsting genomför vart fjärde år framgår att 18 procent av kvinnorna i ålder 65–69 år har nedsatt hörsel och i åldern 85 år och äldre är andelen

⁹⁰ Statens Folkhälsoinstitut. *Sex, hälsa och välbefinnande*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut rapport 2012:01.

⁹¹ Edman, Kristina. *Epidemiological studies of Oral Health, development and influencing factors in the county of Dalarna, Sweden 1983-2013*. Diss., Uppsala universitet, 2016.

⁹² www.researchweb.org/is/sverige/document/157881 (hämtad 2017-01-10).

35 procent. För männen är andelen något högre förutom i den äldsta åldersgruppen (85+). Nedsatt syn har fyra procent av kvinnorna och två procent av männen i åldersgruppen 65–69 år och i åldersgruppen 85 år och äldre är andelarna 18 respektive tio procent.⁹³

Blås- och tarmdysfunktion

Blås- och tarmdysfunktion är ett samlingsbegrepp för bland annat läckage och trängningar. Svårigheter med urinblåsans funktion är mycket vanligt, så vanligt att vi kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Antalet personer som är 65 år eller äldre och som har urinläckage minst en gång per vecka beräknas uppgå till drygt en halv miljon personer.⁹⁴ Nästan 80 procent av de som bor i särskilt boende för äldre har urininkontinens.⁹⁵

Problem med blåsan ökar med stigande ålder och kan ha många orsaker. Det kan handla om såväl problem relaterat till den åldrande kroppen som olika sjukdomar och viss läkemedelsbehandling.

Att inte kunna hålla tätt är för många skamligt och genant. Det påverkar det sociala livet och den egna självkänslan vilket också i sin förlängning påverkar hälsa och välbefinnande. Andelen som söker för sina besvär är fortfarande låg. Uppfattningen att urininkontinens är en naturlig del i åldrandet, och inte behandlingsbar, är fortfarande spridd både bland de som drabbats och deras anhöriga. Men det finns effektiva behandlingar. Det är sannolikt att basal omvårdnad för sköra äldre personer är viktig för att påverka urininkontinens. Exempel är uppmärksamhetsträning, hjälp till toaletten och fysisk träning.⁹⁶ Det är därför viktigt att utreda vad som orsakar problemet.

Det första svenska centret för inkontinensforskning startade 2016 vid Göteborgs universitet.⁹⁷

⁹³ 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.

⁹⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, oktober 2013.

⁹⁵ Socialstyrelsen. *Blåsdysfunktion hos äldre personer. Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

⁹⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre*. Statens beredning för medicinsk utvärdering, oktober 2013.

⁹⁷ Gothenburg continence research center.

Smärta

Långvarig smärta är vanligt hos äldre personer. Med långvarig smärta avses smärta som varar mer än tre månader. Den ökar bland äldre personer och underbehandling är vanlig. I en avhandling där 1 100 personer 65 år och äldre studerats framkommer att fyra av tio upplevde långvarig smärta, framför allt kvinnor och de som var äldre än 85 år. En risk med långvarig smärta är att den kan leda till en rädsla att röra sig, vilket i sin tur kan medföra en försämrad hälsa. Smärtbehandling är viktig. Avhandlingen visar också att det går att bli från smärta.⁹⁸

En studie med data från 188 särskilda boenden visade att nästan hälften (48 procent) av de boende hade smärta.⁹⁹

7.7 Att bibehålla ett socialt sammanhang

Åldrandet medför sociala utmaningar för individen. I tredje åldern kan det röra sig om att man går miste om sina kollegor från arbetsplatsen. Ju mer åren går, desto fler i ens sociala nätverk går bort eller blir alltför sjuka för att upprätthålla kontakten.

En vanlig bild av åldrandet är att det är förenat med ensamhet. I en studie ledd av Lars Tornstam instämde närmare 90 procent av den svenska befolkningen (16–85 år) i påståendet att ungefär hälften av alla ålderspensionärer ofta känner sig ensamma. Men detta är inte sant. Visserligen är ensamhet vanligare bland de allra äldsta än bland personer i medelåldern, men även bland de allra äldsta är det bara en av tio som ofta besväras av ensamhetskänslor. Att en större andel av dessa rapporterar ensamhet beror inte heller på åldern i sig, utan har att göra med förhållanden som en ökad ålder för med sig, inte minst förlusten av make/maka. Även om ensamhet inte är så utbredd bland äldre personer som de flesta tror, är det en viktig fråga. Ensamhet har stor betydelse för individers

⁹⁸ Caroline Larsson. *Chronic pain & kinesiophobia among older adults – prevalence, characteristics and impact on physical activity*. Diss., Lunds universitet, 2016.

⁹⁹ Björk, Sabine, Juthberg, Christina, Lindkvist, Marie, Wimo, Anders, Sandman, Per Olof, Winblad, Bengt och Edvardsson, David. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* (2016) 16:154.

livskvalitet. Forskning har visat att ensamhet ökar risken för såväl fysisk och psykisk ohälsa som dödlighet.¹⁰⁰

Enligt Tornstam har upplevelse av ensamhet inte heller ökat. Han byggde detta på två studier, en genomförd 1985 och en 2008. Och båda åren upplevde en högre andel av de unga än av de äldre personerna ensamhet.¹⁰¹

Svårigheter att röra sig innebär en viss ökad risk och depression ger en nästan trefaldigad riskökning för att någon ska känna sig ensam (samtidigt som ensamhet kan ge en ökad risk för depression). Den absolut viktigaste riskfaktorn för att uppleva ensamhet är att nyligen ha förlorat sin make eller maka.¹⁰²

För både män och kvinnor är det vanligare att uppleva ensamhet om relationen avslutats genom partnerns död än om den avslutats genom en skilsmässa. Det finns inga könsskillnader i upplevd ensamhet mellan änkor och änkemän, däremot är det en högre andel av frånskilda äldre män som upplever ensamhet. Ensamhetskänslorna bottnar inte bara i den faktiska ensamheten utan även i avsaknaden av det emotionella stöd som partnern gett.¹⁰³ Emotionell ensamhet är delvis något annat än social ensamhet, men de samvarierar ofta.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten är det ovanligt att de som besvarat enkäten uppger att de saknar emotionellt och praktiskt stöd. Elva procent i åldersgruppen 65–84 år uppger att de saknar emotionellt stöd, vilket för männen är något lägre än för medelålders män.¹⁰⁴ Äldre kvinnor uppger i något högre grad än männen att de saknar praktisk hjälp (7 procent mot 4 procent)¹⁰⁵, men här skiljer det bara marginellt mot yngre åldersgrupper.

När den äldre personen efterfrågar äldreomsorg kan man anta att det vardagliga praktiska stöd hen kan få från anhöriga inte räcker. Det finns inga uppgifter på nationell nivå om hur det är med det emotionella stödet för äldreomsorgsmottagarna.

¹⁰⁰ Dahlberg, Lena. Risk för ensamhet. *Äldre i centrum*: 3/2013, s. 20.

¹⁰¹ Tornstam, Lars, Rydell, Mina, Vik, Ida och Öberg, Elin. *Ensamheten i Sverige 1985–2008*. Uppsala: Uppsala universitet, Sociologiska institutionen, 2010.

¹⁰² Dahlberg, Lena, Andersson, Lars, Mc Kee Kevin och Lennartsson, Carin. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging Mental Health* 2015; 19(5) 409-17.

¹⁰³ Öberg, Peter, Andersson, Lars och Bildtgård, Torbjörn. Skyddar en parrelation på äldre dar mot ensamhet? *Socialvetenskaplig tidskrift* 2016:1.

¹⁰⁴ Frågan lyder: "Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?"

¹⁰⁵ Frågan lyder: "Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk."

Jag återkommer i kapitel 9 och kapitel 13 om kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete.

7.8 Psykisk hälsa

Oro och nedstämdhet

Oro och nedstämdhet är problem som är vanliga bland vård- och omsorgsmottagare. Ångestsjukdomar drabbar 5–10 procent av personer 65 år och äldre, och förekommer ofta tillsammans med depression.¹⁰⁶

Av data från SNAC avseende Kungsholmen i Stockholm framgår att det bland dem som beviljats vård- och omsorgsboende i särskilt boende (Stockholms stad skiljer mellan två former av särskilt boende; servicehus och vård- och omsorgsboende) är vanligt med svår eller mycket svår oro – mer än fyra av tio besväras av detta. Det har varit en påtaglig ökning av andelen med svår/mycket svår oro mellan 2006 och 2013. För personer som har hemtjänst i ordinärt boende är andelen med svår eller mycket svår oro cirka åtta procent.

Andelen personer som har svår eller mycket svår nedstämdhet är likaså väsentligt högre för de som bor i ett vård- och omsorgsboende (cirka 30 procent) än för de som har hemtjänst (cirka 5 procent).¹⁰⁷ Det är sannolikt att förhållandena är likartade i övriga landet.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är förhållandevis vanligt förekommande bland äldre personer. Förekomsten av oro, ångslan, ångest och sömnproblem är högre hos äldre personer än för medelålders. Vid 75 års ålder

¹⁰⁶ Socialstyrelsen. *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

¹⁰⁷ Lagergren, Märten, Hedberg, Rose-Marie och Dahlén, Inger. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006–2013*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:1.

beräknas 15–25 procent lida av psykisk ohälsa, men alla dessa har inte en psykiatrisk diagnos.¹⁰⁸

I tvärsnittsstudier av depression hos äldre personer som inte har en demenssjukdom rapporteras vanligen en förekomst på 5–10 procent, varav 1–5 procent är egentlig depression. Detta gör depression till den vanligaste psykiska sjukdomen hos personer över 65 år.¹⁰⁹ Andelen som är drabbade någon gång under sin ålderdom är högre. Den har skattats till mellan nio och 27 procent.¹¹⁰

Data för personer 70–82 år gamla i Göteborg¹¹¹ visade att, med en snäv avgränsning, hade cirka en procent psykotiska symptom. Psykosliknande symptom (paranoida tankar och illusioner) var ungefär lika vanliga. Fobier förekom hos ungefär var tionde person vid 70 års ålder. Vid uppföljning fem och nio år senare hade symptomen minskat.¹¹² Forskare i Göteborg som använt flera olika informationskällor (till exempel självrapport, anhörigintervjuer och registerdata) har visat på en högre andel; tio procent av 85-åringar och åtta procent av 95-åringar utan demensdiagnos hade psykotiska symptom.¹¹³

Att åldras innebär ofta att förlora personer som stått en nära. Särskilt svårt är det när ett barn eller ens partner dör. Deltagare i SNAC-studien berättade i en intervjustudie att detta var något av det mest tragiska i deras liv. Det hade dock haft begränsad inverkan på deras livstillfredsställelse och innebar ingen ökad dödlighetsrisk.¹¹⁴

Den faktor som tydligast är kopplad till välbefinnande/god hälsorelaterad livskvalitet är få depressiva symptom, tillsammans med att inte uppleva sig ensam.¹¹⁵

¹⁰⁸ Socialstyrelsen. *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

¹⁰⁹ Karlsson, Ingvar och Skoog, Ingmar. Psykiska sjukdomar hos äldre vanligare än demens. *Läkartidningen* 2013;110.

¹¹⁰ Sigström, Robert. *Psychiatric symptoms and disorders in old age. Prevalence, course and diagnostic thresholds*. Diss. Göteborgs universitet, 2015.

¹¹¹ Två befolkningsstudier, H70 och the Prospective Population Study of Women.

¹¹² Sigström, Robert. *Psychiatric symptoms and disorders in old age. Prevalence, course and diagnostic thresholds*. Diss. Göteborgs universitet, 2015.

¹¹³ Karlsson, Ingvar och Skoog, Ingmar. Psykiska sjukdomar hos äldre vanligare än demens. *Läkartidningen* 2013;110.

¹¹⁴ Bratt, Anna. *Surviving the loss of a child, a spouse, or both. Implications on life satisfaction and mortality in older ages*. Diss., Linnéuniversitetet, 2016.

¹¹⁵ Boman, Erika. *Inner strength as a health resource among older women*. Diss Umeå Universitet 2016.

Orsakerna till depressioner hos äldre personer är både biologiska och psykosociala. De biologiska är kopplade till åldrandet och förändringar i hjärnan. De psykosociala till exempelvis förluster som att ens partner dör, att hen förlorar nära vänner eller att hen själv drabbas av sjukdom och nedsatta krafter.

Behov kopplade till psykisk ohälsa är ofta upplevelse av meningslöshet, nedsatt aptit, smärta, irritabilitet, kognitiva svårigheter och nedsatt exekutiv förmåga.

Äldrepsykiatriska tillstånd är ofta komplicerade och inflätade i varandra. Äldrepsykiatri bygger på förståelse av komplexa sjukdomar och sammanhang. Den fördrar en helhetsförståelse av människan. Äldre personer med psykiska symptom faller ofta ”mellan stolarna”. Det behövs goda kontakter med äldreomsorgen och anhöriga.¹¹⁶

En av de mest sårbara grupperna för psykiska hälsoproblem är äldre personer med flera omfattande och komplexa sjukdomar. Det krävs kompetens för att upptäcka psykiska hälsoproblem för att kunna ge adekvat behandling eller på andra sätt främja den psykiska hälsan bland äldre personer med stora och omfattande behov, betonar Åke Grundberg i sin avhandling. Personalkontinuitet hos distriktssköterskor och hemtjänstpersonal var viktig för att upptäcka psykiska hälsoproblem. Sociala kontakter, fysisk aktivitet och optimism kunde enligt de äldre personer som intervjuades i studien förbättra den psykiska hälsan medan social isolering, åldrande och långvarig smärta kunde försämra den.¹¹⁷

Depression är en behandlingsbar sjukdom. Socialstyrelsen har gett ut en vägledning för personal inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård för att kunna uppmärksamma olika former av psykisk ohälsa hos äldre personer.¹¹⁸

Personer som levt länge med psykisk ohälsa har vanligen en sämre fysisk hälsosituation och kortare förväntad livslängd.

¹¹⁶ Sparring Björkstén, Karin och Karlsson, Ingvar. Inledning. I Sparring-Björkstén, Karin (red.) *Äldrepsykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia utbildning, 2013.

¹¹⁷ Grundberg, Åke. *Mental health promotion among community dwelling seniors with multimorbidity – perspective of seniors, district nurses and home care assistants*. Diss. Karolinska Institutet, 2015.

¹¹⁸ Socialstyrelsen. *Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

Funktionsnedsättningen försvinner inte på 65-årsdagen. Trots det förekommer det att kommuner organiserar sitt stöd till dessa personer så att boendestöd¹¹⁹ tas bort när personen fyller 65 år och därmed anses ”höra till” äldreomsorgen. Boendestödet ersätts då med en hemtjänst som inte självklart har kunskap om denna grupp av äldre personer. Det saknas uppgift om hur många hemtjänst-enheter i landet som är specialiserade på personer med omfattande psykiska funktionsnedsättningar, men sannolikt svarar de inte alls mot behoven.

Själv mord

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 män tar sitt liv i större utsträckning än kvinnor. Äldre personer har en förhöjd risk för att drabbas av depression på grund av biologiska, sociala och psykologiska skäl. Riskfaktorer bakom självmord bland äldre personer är, förutom depression, bland annat alkohol, ensamhet, fysisk sjukdom, problem i familjen/relationer och tidigare självmord i familjen.¹²⁰

Risken för självmord bland äldre personer är ett ännu förhållandevis ouppmärksammat område. Själv mord kan förebyggas. Jag återkommer till det i kapitel 9.

Alkoholproblem

Äldre personer med alkoholproblem är också en grupp som vanligen inte uppmärksammas tillräckligt av hemtjänsten. ”Vi får klara oss själva” är den betecknande titeln på en rapport från Evy Gunnarsson. Det är förhållandevis vanligt att hemtjänstpersonal hjälper äldre personer som har missbruksproblem.¹²¹

¹¹⁹ Boendestöd är en praktisk och social insats för personer med psykisk funktionsnedsättning som syftar till att underlätta för den enskilde att hantera sin vardag. (källa: Socialstyrelsen, Kunskapsguiden).

¹²⁰ Nilsson, Jonas. Farlig förbindelse – om depression och suicid bland äldre. *Äldre i Centrum* 4/2014, intervju med Margda Waern.

¹²¹ 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.

Som jag redovisar i kapitel 9 dricker fler både kvinnor och män 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.¹²² Andelen riskkonsumenter har ökat från fem procent 2004 till åtta procent 2015 i åldersgruppen 65–84 år.¹²³

Det var enligt en studie som gjordes i Stockholms län 2013 ovanligt med specialiserad verksamhet och personalen, både vad gäller biståndshandläggare och hemtjänstpersonal, hade i stort sett ingen utbildning om äldre personer och alkohol.¹²⁴ Insatserna inom äldreomsorgen kombineras sällan med insatser från socialtjänstens beroendevård i ett tvärprofessionellt samarbete. Cirka en tredjedel av kommunerna hade 2013 rutiner för intern samordning mellan äldreomsorg och missbruks- och beroendevård. Andelen i åldern 65–79 år som 2013 fick insatser inom socialtjänstens missbruksvård skilde sig mycket inom landet.¹²⁵

Biståndshandläggare och undersköterskor lämnas ofta ensamma i det svåra arbetet att skapa en fungerande relation och stödja personen med missbruksproblem till ett så gott liv som möjligt.¹²⁶

7.9 Äldre personer med många sjukdomar

Multisjuklighet

Multisjuklighet är vanligt när en person åldras. Om multisjuklighet definieras som två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar är prevalensen hos personer över 75 år 60 till 70 procent.

¹²² Ramstedt, Mats och Raninen, Jonas. Alkoholkonsumtionen ökar bland äldre. *Tidskriften A&N nr 3, 2012*. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), 2012.

¹²³ Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2016.

¹²⁴ Gunnarsson, Evy. Alkoholmissbruk och självbestämmande – en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsättningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem. *Nordic Studies on alcohol and drugs*, vol 30 227-242, 2013.

¹²⁵ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹²⁶ 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.

När multisjuklighet definieras antingen som fler än två samtidigt förekommande varaktiga sjukdomar, eller som fler än en sjukdom tillsammans med funktionsnedsättning, är prevalensen 25–26 procent. Faktorer som forskare har funnit innebära ökad risk för multisjuklighet är hög ålder, kvinnligt kön och låg utbildningsnivå (oberoende av varandra).¹²⁷

Utvecklingen över tid har snarast varit att sjukligheten ökat, liksom funktionsnedsättningar, men trots detta har funktionsförmågan (ADL) förbättrats eller förblivit densamma.¹²⁸ Samtidigt som äldre personer har fler funktionsnedsättningar har de blivit mindre funktionshindrade.¹²⁹

Under åren 2010–2014 satsade regeringen i överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) resurser för att förbättra vården och omsorgen om den grupp som kom att benämnas de mest sjuka äldre. Till dem räknades personer som hade omfattande behov av både sjukvård och äldreomsorg eller antingen omfattande behov sjukvård eller äldreomsorg.¹³⁰

Personer med omfattande behov av sjukvård men inte äldreomsorg utgör cirka en femtedel av alla som är 65 år eller äldre. Omkring hälften av de personer som under ett år hade omfattande behov och insatser av sjukvård hade inte detta följande år. För omfattande omsorg är förhållandena helt annorlunda. De utgör cirka en tiondel av personer 65 år och äldre. I den gruppen var fem av sex av de överlevande kvar i gruppen följande år. Den minsta gruppen är de som har både omfattande behov och insatser av vård och omsorg, cirka två procent av personer 65 år och äldre. Död-

¹²⁷ SOU 2010:48. Fratiglioni, Laura, Marengoni, Alessandra, Meinow, Bettina och Karp, Anita. *Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år, en systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård*. Stockholm: En rapport från Sociala rådet, 2010.

¹²⁸ Angleman, S.B., Santoni, G., Von Strauss, E. and Fratiglioni, L. Temporal trends of functional dependence and survival among older adults from 1991 to 2010 in Sweden: toward a healthier aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, p.glu206, 2014.

¹²⁹ Parker, Marti och Thorslund, Mats. Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse *The Gerontologist Volume 47 Issue 2* (2007) Pp 150.158 och Fors, Stefan, Lennartsson, Carin, Agahi, Neda, Parker, Marti och Thorslund, Mats. Äldre har fått fler hälsoproblem men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen 2013; 110:CA33*.

¹³⁰ Med omfattande sjukvård avses enligt Socialstyrelsens definition multisjuklighet eller fler än 19 vård dagar i slutenvården eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju besök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg avses permanent särskilt boende eller beslut om 25 timmar eller fler timmar hemtjänst per månad eller beviljade insatser enligt LSS.

ligheten är hög i denna grupp, mindre än hälften lever ett år senare. De flesta har då enbart omfattande behov av omsorg.¹³¹

Data från SNAC-Kungsholmen har analyserats utifrån fem kliniska indikatorer – antal ”kroniska sjukdomar”, fysisk och kognitiv förmåga samt P-ADL och I-ADL.¹³² En skala gjordes från 0 (dålig hälsa) till 10 (god hälsa), HAT. Jämförelse har gjorts mellan hälsosituationen vid den första undersökningen med hur den är tre respektive sex år senare. En slutsats är att en majoritet har en god hälsa. Nio av tio av deltagarna¹³³ som är under 85 år hade ingen svår funktionsnedsättning och hälften var helt oberoende upp till 90 års ålder. Ännu vid 95 års ålder hade hälften ingen svår funktionsnedsättning – även om de hade flera kroniska sjukdomar och alltså kunde betecknas som ”multisjuka”. Antalet sjukdomar (multisjuklighet) är således inte en tillräcklig indikator på hälsosituationen och behovet av vård och omsorg.

Efter 85 års ålder kan man se en förhållandevis snabb försämring av hälsan över en sexårsperiod mätt via HAT, tidigare och snabbare för kvinnorna än för männen. Generellt var kvinnornas hälsa, mätt på detta sätt, sämre än männens. Det är dock stora skillnader mellan olika individer.¹³⁴

Demenssjukdomarna

Symptom och antal som drabbas

Demens är ingen särskild sjukdom i sig, utan ett samlingsnamn för en rad symptom som orsakas av sjukdomar i hjärnan som framför allt påverkar den kognitiva funktionen. Symptomen kan vara olika beroende av vilka delar av hjärnan som drabbats. Vanligt är att

¹³¹ Lagergren, Märten. *De mest sjuka äldre, nu och sedan. En dynamisk analys av dödlighet och övergångar mellan olika vård- och omsorgsgrupper*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2013:8.

¹³² ADL = aktiviteter i dagligt liv. Instrumentella (I-ADL): städning, matinköp och matlagning, transport med allmänna kommunikationer och tvätt; personliga (P-ADL): bad/dusch, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag.

¹³³ SNAC befolkningsstudien omfattar personer som är 60 år och äldre, som har följts över tid från 2001, vart sjätte år för de som är 60-79 år, vart tredje år för de som är 80 år och äldre.

¹³⁴ Santoni, Giola, Marengoni, Alessandra, Calderón-Larrañaga, Amaia, Angleman, Sara, Rizzuto, Debora, Wellmar, Anna-Karin, Mangialasche, Francesca, Orsini, Nicola och Fratgiloni, Laura. Defining Health Trajectories in Older Adults with Five Clinical Indicators. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, vol No. 00, 1-7, 2016.

minnet försämras, liksom förmågan att utföra vardagliga sysslor. Hen kan få svårt att hitta orden, och att delta i ett samtal. Tidsuppfattningen påverkas, liksom orienteringsförmågan. Det blir alltmer svårt att klara sig själv. Oro och nedstämdhet kan tillhöra sjukdomsbilden, och även olika beteendeförändringar.

Demenssjukdomarna är inte en del av det naturliga åldrandet, men andelen som drabbas av en demenssjukdom ökar snabbt med stigande ålder.

Uppskattningsvis har nära 160 000 personer någon form av demenssjukdom. Den vanligaste (cirka 60–70 procent) är Alzheimers sjukdom. Andra vanliga demenssjukdomar är vaskulär och fronto-temporal demens.

Varje år insjuknar cirka 25 000 personer. Andelen som insjuknar minskar i Sverige liksom i flertalet västländer, men eftersom personer med demenssjukdom lever allt längre så ökar antalet personer som har en demenssjukdom. Eftersom också den äldre befolkningen ökar, har antalet beräknats öka till cirka 230 000 personer år 2030, dock med en spännvidd mellan cirka 170 000 till cirka 250 000 personer beroende av vilka underlag för förekomst av demenssjukdom som används.¹³⁵ Detta givet att det inte dessförinnan utvecklats vaccin och andra botemedel mot sjukdomen. För närvarande finns symptomlindrande mediciner för Alzheimer, men sjukdomen kan ännu inte behandlas eller botas.

Antal och var man bor

Demenssjukdomar är den vanligaste orsaken till att behöva flytta till ett särskilt boende. Kommunernas kostnader för särskilt boende, hemtjänst och dagverksamhet m.m. beräknas uppgå till närmare 50 miljarder kronor per år för de som har en demenssjukdom.

Cirka 66 000 personer med demenssjukdom har av Socialstyrelsen beräknats bo i särskilt boende¹³⁶, vilket är cirka 40 procent av alla som beräknas ha drabbats av sjukdomen. Av data från

¹³⁵ Socialstyrelsen. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

¹³⁶ Socialstyrelsen. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

SNAC-K-studien framgår att mellan 80 och 90 procent som bor i vård- och omsorgsboendena kan ha en kognitiv nedsättning och att sex av tio kan vara svårt, eller mycket svårt, kognitivt nedsatta.¹³⁷ I en nationell studie redovisas att två tredjedelar av den studerade populationen hade en kognitiv nedsättning.¹³⁸ Eftersom socialtjänststatistiken inte innehåller diagnoser finns inga nationella data.

Ungefär en fjärdedel av de som hade hemtjänst på Kungsholmen i Stockholm hade en kognitiv nedsättning. Närmare en av tio hade en svår eller mycket svår kognitiv nedsättning. Det finns inga uppgifter om hur stor andel av personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende och som har hemtjänst. Om data från SNAC-K skulle översättas till riket – vilket innehåller stora osäkerheter – skulle andelen kunna skattas till cirka fyra av tio som har hemtjänst (och anhöriginsatser). Det skulle innebära att sex av tio hemmaboende med demenssjukdom antingen ännu klarar sig själv eller får hjälpen från anhöriga.

Förebygga demens

Ännu vid millennieskiftet antog man att det inte gick att förebygga demens. Flera riskfaktorer är opåverkbara – ålder, ärftlighet och kön (kvinnor drabbas i högre utsträckning än män). Men olika livsstilsfaktorer har också betydelse. Som jag redovisar i kapitel 9, så är det som är bra för hjärtat också bra för hjärnan. Fysisk aktivitet, bra kost, att inte röka och att vara måttlig med alkohol samt att vara socialt och mentalt aktiv minskar också risken för demenssjukdom.

Skillnader i livsstil mellan olika socioekonomiska grupper kan kanske förklara att det är större risk för låg- än för högutbildade att drabbas av en demenssjukdom. Det finns även studier som visar att träna hjärnan kan öka hjärnans reservkapacitet. Högt blodtryck i

¹³⁷ Lagergren, Märten, Hedberg, Rose-Marie och Dahlén, Inger. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006–2013*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:1.

¹³⁸ Data insamlade i 188 särskilda boenden med 4 831 boende november 2013–september 2014 i the Swedish National Inventory of Health and Care in Nursing Homes (SVENIS). Björk, Sabine, Juthberg, Christina, Lindkvist, Marie, Wimo, Anders, Sandman, Per Olof, Winbland, Bengt och Edvardsson, David. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* (2016) 16:154.

medelåldern ökar risken att drabbas av demens med 1,5–2 gånger. Även diabetes ger en ökad risk för att drabbas av demenssjukdom.

Att få fortsätta att vara en individ

Demens betyder ordagrant ”utan sinne” eller ”utan förstånd” – inget kan vara felaktigare. En person med en demenssjukdom har ett sinne, en personlighet, och måste behandlas som en individ och som så långt det är möjligt får råda över sitt eget liv samt alltid behandlas med respekt och lyhördhet. Demenssjukdomen påverkar personens självbild samt hens känsla av värdighet och välbefinnande. De som är närmast den äldre personen – anhöriga samt vård- och omsorgspersonal – får inte ytterligare sänka självkänslan utan bör tvärtom stödja den.

Som jag redovisar på flera ställen i denna utredning är en personcentrerad vård och omsorg central, och också starkt rekommenderad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.¹³⁹ Nollvisionen för en demensvård utan tvång och begränsningar är ett annat exempel på vad respekten för den äldre personens integritet bör innebära, även när demenssjukdomen fortskridit långt.¹⁴⁰

Det är lätt att tänka sig att man måste låsa in en person som riskerar att gå vilse om hen går ut på egen hand. Eller att sätta ett brickbord på rullstolen så att hen inte kan resa sig och riskera att få en höftfraktur. Att med milt tvång föra in en person i duschen. Allt görs ju i omtanke om personen som drabbats av en demenssjukdom. Men omtanken kan leda till mer oro, kanske aggressivitet, till depression och apati. Och att begränsa en person ger sämre muskelstyrka och sämre balans, då ramlar personen ännu lättare. Slutsatsen är att alla andra åtgärder än fysisk begränsning måste prövas – och det finns många metoder för det. Svenskt Demenscentrum har tagit fram ett utbildningspaket som består av handbok,

¹³⁹ Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

¹⁴⁰ Svenskt Demenscentrum. *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*. Stockholm: Svenskt Demenscentrum, 2015.

webbutbildning, informationsskrift till anhöriga och mobilapplikationer – en till professionen och en till anhöriga.¹⁴¹

Mer komplext är det med andra former av begränsningsåtgärder som rätt använda kan frigöra snarare än begränsa individen. GPS-larm är ett exempel. Jag återkommer till detta i kapitel 12 om välfärdsteknik

Höft- och lårbensfrakturer och andra fallskador

I ingressen till sin avhandling har Petra Pohl ett citat från geriatrern Bernard Isaacs att ”det tar ett barn ett år att kunna gå själv, och tio år för att bli självständig i sin rörlighet – en gammal person kan förlora det på en dag”. Fallskador kan förändra livet totalt för den som fallit. Kvinnor uppger i högre utsträckning än män att de är rädda för att falla, vilket kan leda till att man rör sig mindre – med ökad risk att falla. Det finns ingen skillnad i andelen skadefall mellan män och kvinnor, men en större andel kvinnor ådrar sig fallrelaterade frakturer. Den som fallit en gång löper nästan tre gånger högre risk att falla igen än den som inte fallit.¹⁴²

Höft- och lårbensfrakturer beror vanligen på ett fall, och drabbar främst äldre personer. De flesta faller inomhus. Medelåldern för de som får en höftfraktur är över 80 år. Kvinnorna är i majoritet – år 2015 drabbades 1 162 kvinnor och 610 män av frakturer på lår och höft räknat per 100 000 innevånare.¹⁴³ Det är vanligt att de som drabbas har flera andra sjukdomar och problem. De har lättare att bli sjuka än andra personer och återhämtningen är svårare och tar längre tid.¹⁴⁴

Av Öppna jämförelser framgår att det är betydande skillnader mellan kommunerna hur stor andel av den äldre befolkningen som drabbas. Antalet frakturer på lår och höft varierade 2014 från 535

¹⁴¹ Svenskt Demenscentrum. *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*. Stockholm: Svenskt Demenscentrum, 2015.

¹⁴² Pohl, Petra. *Falls in older community-dwelling women and men: risk factors and safety strategies*. Diss. Umeå Universitet, 2015.

¹⁴³ Socialstyrelsen och SKL. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, 2016.

¹⁴⁴ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Rehabilitering av äldre personer med höftfraktur – interdisciplinära team. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2015.

till 1 443 räknat per 100 000 innevånare 65 år och äldre.¹⁴⁵ Det kan bero såväl på skillnader i befolkningssammansättning, hur förebyggande och främjande insatser är utformade, uppföljning av läkemedelsbehandling som på hur data registreras och rapporteras in.¹⁴⁶ Det finns ännu inga bra förklaringar till skillnaderna och vilka slutsatser kommuner med hög andel som drabbas kan dra för sitt förebyggande arbete. I kapitel 9 återkommer jag till förebyggande insatser.

Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är vanliga, över en miljon svenskar beräknas lida av detta.¹⁴⁷ De är, tillsammans med cancer, de vanligaste dödsorsakerna i Sverige. Det är en något högre andel män än kvinnor som avlider av dessa sjukdomar. Förebyggande insatser och förbättrad hälso- och sjukvård har gett positiva resultat. Antalet som insjuknar i hjärtinfarkt minskar med cirka tio procent per år. Allt fler överlever efter att ha drabbats av hjärt- och kärlsjukdomar.¹⁴⁸ Det finns inga uppgifter om kommunernas kostnader för hemsjukvård och äldreomsorg för de som lider av dessa sjukdomar, eftersom statistiken om kommunernas vård och omsorg om äldre personer inte innehåller diagnoser.

Av en avhandling från 2015 framgick att äldre patienter med symptom som tyder på akut kranskärlssjukdom i lägre grad fick evidensbaserad behandling. Det kan sannolikt förklaras att man värderar att risken ofta överväger nyttan för denna patientgrupp, även om detta inte är verifierat i studier.¹⁴⁹

¹⁴⁵ Socialstyrelsen och SKL. Öppna jämförelser 2014. *Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen, 2014.

¹⁴⁶ Hjalmarson, Helene och Andersson, Ragnar (Karlstads universitet). *Att förklara kommunala skillnader i fallskador bland äldre – en kunskapssammanställning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.

¹⁴⁷ Steen Carlsson, Katarina och Persson, Ulf. *Kostnader för hjärt-kärlsjukdom 2010. En studie genomförd på uppdrag av Hjärt-Lungfonden*. Lund: Institutet för Hälso- och sjukvårdsökonomi, rapport 2012:1.

¹⁴⁸ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁴⁹ Libungan, Berglind. *Acute coronary syndrome and cardiac arrest in the elderly*. Diss. Göteborgs universitet, 2015.

I en studie från Jämtland-Härjedalen påvisades att med stigande ålder remitterades färre patienter till hjärtklinik. Andelen patienter med pågående statinbehandling avtog med stigande ålder, justerat för diabetes och tidigare hjärt-kärlsjukdom. Kvinnor från 70 år och äldre erhöll statinbehandling hälften så ofta som jämförbara män.¹⁵⁰

Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärnskador som orsakas av en blodpropp eller blödning i hjärnan. I Sverige drabbas cirka 30 000 personer årligen, drygt 80 procent är 65 år och äldre, och risken för stroke ökar med stigande ålder. Stroke är vanligare bland män, men eftersom kvinnorna är fler i de äldsta åldrarna är det faktiska antalet som insjuknar lika stort för kvinnor som för män. Insjuknandet i stroke har emellertid minskat sedan 1995.¹⁵¹

Tre månader efter en stroke kan 83 procent av männen och 79 procent av kvinnorna (alla åldrar) klara sitt dagliga liv utan att ta emot hjälp från andra.¹⁵² Ett år efter en stroke hade var sjätte person fortfarande en så påtaglig funktionsnedsättning att hen var beroende av hjälp från andra personer för att klara toalettbesök och påklädning. Bland personer över 75 år som haft stroke var tre fjärdedelar beroende av andra för att klara matinköp, städning och tvätt. Behovet av anhörigstöd var stort, särskilt bland kvinnor.

Av de som drabbats av en stroke hade 43 procent ansökt om och fått bistånd från kommunen. I åldern över 75 år hade 68 procent av kvinnorna och 51 procent av männen beviljats bistånd med någon form av äldreomsorg. Tre av fyra ansåg att de fått sina behov av hemtjänst helt tillgodosedda.

Mellan 53 och 70 procent av de som slutenvårdats för stroke i de olika länen (rikssnitt 62 procent) ansåg att deras behov av rehabilitering tillgodosetts helt. Det var vanligare att äldre personer uppgav att deras rehabiliteringsbehov bara tillgodosetts delvis eller inte alls.

¹⁵⁰ Nilsson, Gunnar. *Ischaemic heart disease – risk assessment, diagnosis, and secondary preventive treatment in primary care, with special reference to the relevance of exercise ECG*. Diss. Umeå universitet, 2016.

¹⁵¹ Socialstyrelsen och SKL. *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*.

¹⁵² Socialstyrelsen och SKL. *Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård. Indikatorer om sjukdomar och behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.

Någon förbättring över tid kan inte spåras. Andelen med helt tillfredsställda behov av hemsjukvård varierade mellan 76 och 97 procent mellan länen.¹⁵³ Otillfredsställda rehabiliteringsbehov var vanligast hos personer 85 år och äldre enligt Riksstroke 2009–2010. Ju högre upp i åldrarna, desto lägre andel hade fått uppföljning av läkare.¹⁵⁴

Personer som har låg pension och låg utbildning har mindre chans att överleva med stroke, och kan därför behöva mer riktade insatser efter sjukhusvistelsen.¹⁵⁵

Efter vård på sjukhus kvarstår således för många patienter ett betydande behov av rehabilitering och omsorg. Det innebär stora insatser i öppenvården, både av sjukhusens mottagningar och primärvården, och vård- och omsorg i kommunala särskilda boendeformer och hemtjänsten. Utöver detta tillkommer anhörigas insatser. Kostnadsuppgifter finns främst för slutenvård och viss specialiserad vård, men däremot inte för kommunernas insatser.¹⁵⁶

Hiv

Hiv (humant immunbristvirus) har gått från att vara en dödlig sjukdom till att bli en livslång sjukdom. Fyrtio procent av de som har hiv i dag är 50 år eller äldre. Den som har hiv riskerar att drabbas av olika följsjukdomar, t.ex. hjärt-kärlsjukdom, cancer och benskörhet. Den som har en begynnande kognitiv svikt kan ha svårt att följa en hiv-behandling.¹⁵⁷

Det saknas kunskap om hur äldre personer med hiv i dag tas om hand i kommunal vård och omsorg om äldre personer, och vad som kan krävas i framtiden när fler personer med hiv blir äldre. När en person med hiv flyttar in på ett särskilt boende ställs nya krav, bl.a. att uppmärksamma risken för blodsmitta, och att undvika att

¹⁵³ Riksstroke. *Ett år efter stroke. Rapport från Riksstroke utgiven november 2016*. Umeå, Västerbottens landsting, 2016.

¹⁵⁴ Ullberg, Teresa. *Perspectives on post-stroke care and outcomes. Analyses based on the 1-year follow-up från Riksstroke*. Diss., Lunds universitet, 2016.

¹⁵⁵ Lindmark, Anna. *Statistical methods for register based studies with applications to stroke*. Diss., Umeå universitet, 2016.

¹⁵⁶ Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering 2011 – Strokevård. bilaga 5: Riskfaktorer, sjuklighet, dödlighet, vårdkonsumtion och kostnader*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

¹⁵⁷ Christiansen, Mats. "Plötsligen är jag ett spöke" HIV i äldre bögars liv. I Bromseth, Janne och Siverskog, Anna (red.), *LHBTG-personer och äldre. Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2013.

medboende blir oroliga på grund av t.ex. dålig kunskap om hur hiv smittar.¹⁵⁸ Enligt Hiv-Sverige finns en rädsla bland äldre personer med hiv att kunskapen minskat i samhället och att det kan skapa oro och stigmatisering i vård- och omsorgsrelationen.¹⁵⁹

Drygt hälften av kommunerna, företrädesvis kommuner med mer än 50 000 innevånare, har rutiner för hur de ska sköta vård och omsorg till äldre personer som är hiv-positiva.¹⁶⁰

Ett stort antal personer med hiv har en erfarenhet av att ha förlorat anhöriga och vänner i hiv under en period då sjukdomen var direkt dödlig. Överlevnaden från en sjukdom som för hen initialt uppfattades direkt dödlig är en erfarenhet som påverkar hen utifrån ett existentiellt perspektiv.¹⁶¹

Allmänna arvsfonden har 2016 anslagit medel för att organisationen Hiv-Sverige ska kunna kartlägga kunskapsbehoven inom äldreomsorgen och primärvården för att kunna ge bästa möjliga vård för äldre personer med hiv.¹⁶²

7.10 Våld i nära relationer

Våld i nära relationer har uppmärksammats allt mer de senaste decennierna både internationellt och nationellt. Data från Statistiska Centralbyråns levnadsnivåundersökningar (ULF) visar att andelen som rapporterar att de utsatts för hot eller fysiskt våld minskar med stigande ålder.¹⁶³ Med nära relationer inbegrips även den personal som ger vård och omsorg till den äldre personen.

Men situationen för äldre personer som för att klara sin vardag är beroende av andra personer, t.ex. personer med en demens-

¹⁵⁸ Christiansen, Mats. "Plötsligen är jag ett spöke" HIV i äldre bögars liv. I Bromseth, Janne och Siverskog, Anna (red.) *LHBTG-personer och äldre. Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2013.

¹⁵⁹ www.hiv-sverige.se/projekt/aldreprojektet/ (hämtad 2016-12-22).

¹⁶⁰ Socialstyrelsen. *Äldre hbt-personer och kommunernas vård och omsorg om äldre. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

¹⁶¹ Christiansen, Mats. "Plötsligen är jag ett spöke" HIV i äldre bögars liv. I Bromseth, Janne och Siverskog, Anna (red.) *LHBTG-personer och äldre. Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, 2013.

¹⁶² www.hiv-sverige.se/hiv-sverige-startar-nytt-projekt-kring-hiv-och-aldrande/ (hämtad 2016-11-03).

¹⁶³ Sundström, Madelene. *Våld mot äldre kvinnor. En forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid rapport 2016:1, NCK, vid Uppsala universitet, 2016.

sjukdom, kan dock se annorlunda, och sämre, ut än när data för hela befolkningen sammanställs. När våld i nära relationer drabbar personer som är beroende av dem som utför våldet är situationen särskilt svår. Det kan då vara omöjligt att bryta sig ur en destruktiv relation. För många, särskilt äldre kvinnor, kan det vara svårt och upplevas fel att tala om det våld man utsätts för.¹⁶⁴

Gun Heimer, chef för Nationellt centrum för kvinnofrid, konstaterar att äldre kvinnor som utsätts för sexuellt våld har svårare att få hjälp, och det på grund av omgivningens okunskap. Hon efterlyser mer kunskap hos personalen inom äldreomsorgen.¹⁶⁵

En vanlig definition av våld mot äldre personer är Toronto-deklarationens: "... en enstaka eller upprepad handling, eller frånvaro av önskvärd/lämplig handling, som utförs inom ett förhållande där det finns en förväntan på förtroende och som förorsakar skada eller smärta hos en äldre person [...] Denna handling kan vara fysisk, psykologisk/känslomässig, finansiell eller helt enkelt återspegla avsiktlig eller oavsiktlig försummelse."¹⁶⁶

Både män och kvinnor drabbas. Många, men inte alla, studier pekar på att kvinnor drabbas i högre utsträckning.

En del forskningsstudier visar på att utsattheten för psykiskt våld är särskilt omfattande. I en intervjustudie med personer i åldern 60–84 år i sju europeiska städer visar data från Stockholm att 36 procent av männen och 25 procent av kvinnorna hade upplevt psykiskt våld. Två procent angav att de utnyttjats ekonomiskt, och två procent av kvinnorna och sex procent av männen att de utsatts för fysiskt våld.¹⁶⁷

I Socialstyrelsens brukarundersökning tillfrågas den äldre personen bl.a. om hen behandlats hårdhänt av personal. Av de som hade hemtjänst svarade år 2014 mellan en och två procent av såväl kvinnorna som männen att de upplevt det. I särskilt boende var andelarna högre, 6,5 procent av kvinnorna och 5 procent av männen.¹⁶⁸

¹⁶⁴ Sundström, Madelene. *Våld mot äldre kvinnor. En forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid rapport 2016:1, NCK, vid Uppsala universitet, 2016.

¹⁶⁵ Fieber Lena. Mindre hjälp till slagna kvinnor. *Äldre i Centrum* 2/2016.

¹⁶⁶ Antogs av Världshälsoorganisationen (WHO) och International Network on Prevention of Elder Abuse (INPEA) 2002.

¹⁶⁷ Sundström, Madelene. *Våld mot äldre kvinnor. En forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid rapport 2016:1, NCK, vid Uppsala universitet, 2016.

¹⁶⁸ Socialstyrelsen. *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Nationella resultat 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Andelarna var ungefär de samma 2015.¹⁶⁹ På grund av den låga svarsfrekvensen i det särskilda boendet är den uppgiften dock osäker.

Inom ramen för en utbildning Länsstyrelsen i Stockholms län ordnade för personal i äldreomsorgen tillfrågades deltagarna bl.a. om de under själva kurstiden stött på våld i nära relationer. Fyra av tio av deltagarna hade gjort det.¹⁷⁰

I syfte att stödja kommunernas kvalitetsutveckling har regeringen tagit fram en nationell strategi om våld mot äldre personer inom vård och omsorg¹⁷¹ och gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en utbildning om detta¹⁷². Socialstyrelsen har redan tidigare tagit fram ett utbildningsmaterial.¹⁷³

7.11 Äldre personer födda i andra länder

Tanken om att ”äldras väl” är oftast förankrad i en västerländsk syn på vad åldrande innebär. I takt med att Sveriges befolkning får en ökande andel äldre personer med utländsk bakgrund utmanas den bilden, och vården och omsorgen om äldre personer kan behöva möta nya språk- och kulturbehov. Sverige är i dag ett mångkulturellt och mångkulturellt samhälle.

Andelen personer som är födda i annat land har fördubblats sedan 1970-talet, och är nu 17 procent (alla åldrar) och förväntas uppgå till cirka 22 procent år 2060. År 2015 var 243 412 utrikes födda 65 år eller äldre varav 56 procent var kvinnor och 44 procent män.¹⁷⁴

¹⁶⁹ Socialstyrelsen. *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Nationella resultat 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁷⁰ Norman Eva och Hjalmarson, Ingrid. *Det slutar inte vid 65. En rapport om äldre våldsutsatta kvinnor*. Stockholm: Länsstyrelsen rapport 2012:21, 2012.

¹⁷¹ Regeringen. *Nationell strategi om våld mot äldre inom vård och omsorg*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2014-06-12 II:15.

¹⁷² Regeringen. *Uppdrag att ta fram en utbildning om våld mot äldre personer inom vård och omsorg*. Regeringsbeslut 2015-01-22 II:1.

¹⁷³ Socialstyrelsen. *Blånader och silverhår. Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

¹⁷⁴ Antelius, Eleonor. *Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov?* 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).

Mellan åren 2015 och 2030 förväntas en viss ökning av andelen bland personer 80 år och äldre som är födda i annat land, från 13 procent år 2015 till 15 procent 2030. Antalsmässigt innebär det en ökning med 80 procent, från 56 300 personer till cirka 106 000 år 2030. Åtta av tio av dem förväntas vara födda i Europa och två av tio vara födda utanför Europa. Ökningen är störst för gruppen födda utanför Europa.

Att tala om utlandsfödda äldre som en homogen grupp är missvisande, av flera skäl. Bland äldre personer med utländsk bakgrund finns de som arbetskraftsinvandrat, de som kommit hit som studenter eller som barn, men också de som kommit hit sent i livet som anhöriginvandrare. Här finns de som sökt sig hit självvalt och de som flytt krig och katastrofer. Det är också skillnad beroende på varifrån i världen man kommer.

Även givet skillnader beroende av varifrån man kommer och varför så är vi alla individer, olika. Vi har med oss vårt modersmål, invanda synsätt, kultur och föreställningar om vad det är att åldras. Men de behöver inte vara lika bara för att man är född i samma land. Exempelvis kan regionala, klassmässiga och etniska skillnader vara viktigare, liksom ens uppväxt, utbildning och personlighet. Sverige är inte ett undantag i det sammanhanget.

Detta aktualiserar behovet av kunskap och ett interkulturellt perspektiv i vård och omsorg. Kunskapsguiden.se har tagit upp detta område som ett särskilt tema.¹⁷⁵

Äldreomsorg

I dag har en lägre andel utrikes födda äldre personer hemtjänst och bor i särskilt boende, jämfört med inrikes födda. En förklaring till detta kan vara ökad förekomst av anhörigvård bland de utrikes födda. Det är också vanligare att äldre utrikes födda är folkbokförda hos något barn. Däremot verkar inte hälsoskillnader kunna förklara dessa skillnader. Behoven av vård och omsorg kan antas

¹⁷⁵ www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/interkulturellt-perspektiv/Sidor/default.aspx (hämtad 2016-11-14).

vara större hos kvinnorna. Jämfört med födda i Sverige har fler kvinnor än män sämre hälsa, och fler är ensamboende.¹⁷⁶

Det finns äldre personer som kommer från kulturer där det är mer främmande att ta emot hjälp av andra än av anhöriga. I vilken mån dessa faktiskt i mindre utsträckning ansöker om, eller beviljas insatser, är dock inte helt säkert. Eftersom synen på vad det är att åldras är olika i olika kulturer så är det rimligt att anta att det kan påverka valet mellan formella och informella hjälpgivare. Sett till alla utlandsfödda fanns det dock, enligt en svensk studie som kartlade alla personer i tre län som under 2012 fick en demensdiagnos, ingen skillnad mellan utrikes och inrikes födda vad gäller att bo i särskilt boende eller ha hemtjänst.¹⁷⁷

Äldreomsorg på den äldre personens eget språk

Den hittills dominerande gruppen äldre personer födda i annat land än Sverige är finländare. Det var den gruppen som först uppmärksammades vad gäller vikten av att kunna ge framför allt personer med demenssjukdom vård och omsorg av personal som kan tala hens modersmål. Utifrån sin forskning tog Sirka-Liisa Ekman initiativet till Suomikoti – Finskt äldrecentrum, som öppnade 1995 i centrala Stockholm. Det äldreboendet var då en pionjär i Sverige att kunna ge de boende omsorg på sitt modersmål, och där den finska kulturen är en självklar del.

Äldre personer födda i andra länder kan bära med sig helt andra upplevelser från sin livsresa än de som är födda i Sverige. Äldre personer födda i grannlandet Finland kan vittna om det: ”De [krigsminnena] lämnar nog spår, som man inte märkte när man var yngre, man tänkte inte på det sättet. Det är kanske det att man nu har mer tid att sitta och tänka. På ett helt annat sätt”.¹⁷⁸

¹⁷⁶ SCB. *Integration – utrikes födda i pensionsåldern. Integration, rapport 5*. Örebro: Statistiska centralbyrån, 2012.

¹⁷⁷ Antelius, Eleonor. Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov? I Abramsson, Marianne. (red.), Hydén, Lars-Charister (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).

¹⁷⁸ Suvanto, Anna-Liisa och Heikkilä, Kristiina. Att minnas kriget – sverigefinska erfarenheter. I Rolfner Suvanto, Susanne. (red.) *Äldres psykiska hälsa och ohälsa. Prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*, Stockholm: Gothia fortbildning, 2014.

Vården och omsorgen om äldre personer behöver ha en beredskap för att kunna ge en god omsorg till personer från olika länder, och som kommit till Sverige från svåra livssituationer. Vissa har kommit med svåra trauman, som kan bli återuppväckta under de sista åren i livet – inte minst om den äldre personen drabbas av en demenssjukdom. Erfarenheter kan t.ex. dras från äldreomsorg för de judar som kom till Sverige som överlevare. Den forskning som finns är framför allt internationell och berör krigsveteraner och överlevande från koncentrationsläger.¹⁷⁹

Under 2000-talet har det vuxit fram särskilda boenden för olika språkgrupper, främst i de större städerna och på orter där arbetskraftsinvandringen var stor på 1960- och 1970-talen. Om inriktningen mer var på integration i slutet av 1900-talet, så är den i dag mer på att utveckla särlösningar, språkligt och kulturellt.

Det är dock inte givet att en äldre person vill bo på t.ex. ett arabiskspråkigt boende bara för att man har arabiska som modersmål, eller på ett boende med muslimsk inriktning bara för att man är muslim. År 1984 lämnade den invandrapolitiska kommittén sitt slutbetänkande¹⁸⁰ och anförde då bl.a. att ”vid planerande av äldreomsorg så bör hänsyn tas till varje invandrargrupps etniska, språkliga och kulturella särdrag”. Kommittén förbisåg då att vård och omsorg inte ges till grupper utan till individer. Individens förmåga att tala svenska kan ha större betydelse än etnicitet och kultur – ”invandrargrupperna” är inte homogena.¹⁸¹

Viss forskning stödjer att ha särlösningar för olika språk, men det finns inte någon solid forskning som belyser värdet av vård och omsorg baserad på etnicitet. Skillnaderna mellan olika personer

¹⁷⁹ Antelius, Eleonor. Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov? 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).

¹⁸⁰ SOU 1984:58. Invandrapolitiska kommittén. *Invandrar- och minoritetspolitiken*.

¹⁸¹ Antelius, Eleonor. Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov? 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).

från samma land eller etnisk grupp är alltför stora för det. Här behövs mer forskning.¹⁸²

7.12 Nationella minoriteter och urfolk

Det finns för närvarande cirka 700 000 personer i Sverige med minoritetsstatus. Av dessa är 450 000–600 000 sverigefinnar, 50 000 tornedalingar, 50 000–100 000 romer och 20 000–25 000 judar. Sverige har ett urfolk, samer, cirka 25 000–30 000 personer.¹⁸³

Lagen (2009:724) om nationella minoriteter anger att en kommun i ett förvaltningsområde¹⁸⁴ ska kunna erbjuda den som begär det att få hela eller delar av den service som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar minoritetsspråket (finska, meänkieli eller samiska).

Flera kommuner i förvaltningsområdena erbjuder dock inte äldreomsorg på minoritetsspråk. Skälen till det är enligt kommunerna bl.a. brist på efterfrågan, brist på personal med språkkunskap och långa avstånd i kommunen. Det uppges också från kommunerna att det är brist på information översatt till minoritetsspråken, riktad till de äldre själva och deras anhöriga. Företrädare för de nationella minoriteterna anser att äldreomsorg på minoritetsspråk inte finns i den utsträckning som efterfrågas. De påtalar också att även kulturen är en viktig del av innehållet, och att alla som tillhör en minoritetsgrupp inte talar dess språk.¹⁸⁵

¹⁸² Antelius, Eleonor. Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov? 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).

¹⁸³ Antelius, Eleonor. Det mångkulturella Sverige och bemötande av äldre: ger språk och kulturskillnader särskilda behov? 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).

¹⁸⁴ Med förvaltningsområde avses att myndigheterna ska se till att det finns personal som talar det språk, eller de språk, som förvaltningsområdet avser. Regeringen bestämmer, på ansökan av en kommun, om den ska ingå i förvaltningsområde för visst minoritetsspråk. Statsbidrag utgår då. I det finska förvaltningsområdet ingår 59 kommuner, i det samiska 19 kommuner och meänkieli 6 kommuner. Sju kommuner ingår i mer än ett förvaltningsområde.

¹⁸⁵ Socialstyrelsen. *Äldreomsorg på minoritetsspråk*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

Enligt en kartläggning av Länsstyrelsen i Stockholm kunde ungefär 80 procent av kommunerna i förvaltningsområdet för meänkieli år 2014 tillgodose service och omvårdnad på minoritetsspråk, för finska var andelen 46 procent och för samiska 28 procent.¹⁸⁶

Av en kartläggning Socialstyrelsen gjorde 2015 framgår att vissa kommuner baserar uppfattningen om en låg efterfrågan på äldreomsorg på minoritetsspråket på om den äldre personen framför det till biståndshandläggaren medan andra kommuner arbetar aktivt med uppsökande verksamhet. Flera av kommunerna med en samisk befolkning betonar att det är lättare att erbjuda en kulturellt anpassad verksamhet än en som också innefattar personal som talar samiska. Det är också svårt att få underlag att kunna starta en hel samisk avdelning.¹⁸⁷

I en studie Socialstyrelsen genomförde med intervjuer med samer framkommer vikten av att få prata sitt språk även om man kan svenska, vikten av kulturförståelse hos personalen och att det också finns samer som förlorat sitt språk på grund av majoritetssamhällets tidigare syn på samer och samiska.¹⁸⁸

Regeringen har tillsatt en särskild utredare med uppdraget att göra en översyn av lagen och med ledning av översynen föreslå åtgärder i syfte att säkra efterlevnaden av de nationella minoriteternas rättigheter.¹⁸⁹

7.13 Att åldras med funktionsnedsättningar

Att åldras med funktionsnedsättningar kan vara förenat med ökande problem att klara sin vardag. Man bär med sig in i pensionärs-tillvaron en – genomsnittligt sett – sämre hälsa än övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa allra sämst, samtidigt som de i mindre utsträckning än männen under sin ungdom och yrkesverksamma tid haft del av samhällets

¹⁸⁶ Länsstyrelsen i Stockholms län. *Nationella minoriteter. Minoritetspolitikens utveckling år 2014*. Stockholm Länsstyrelsen 2015.

¹⁸⁷ Socialstyrelsen. *Äldreomsorg på minoritetsspråk*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁸⁸ Socialstyrelsen. *Äldreomsorg på minoritetsspråk*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁸⁹ Dir 2016:73. *En stärkt minoritetspolitik – översyn av lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk*.

stödformer.¹⁹⁰ Vad detta innebär under åldrandet och vilka krav det kan ställa på vården och omsorgen om äldre personer är dåligt belyst i forskningen.¹⁹¹

Personer med funktionsnedsättning är inte någon homogen grupp. Funktionsnedsättningar i sig kan vara av många olika slag, och de kan vara medfödda, eller något som kommit på grund av en olyckshändelse eller sjukdom. Den äldre personens egen livshistoria har förstås en avgörande betydelse för hur åldrandet blir. Att åldras med funktionsnedsättningar behöver inte innebära en försämrad livssituation.

Ett utvecklande och självförverkligande pensionärliv kan enligt äldre personer som intervjuades i en svensk forskningsstudie vara möjligt också bland personer med omfattande funktionsnedsättningar och hjälpbehov, om man bara har tillgång till stöd och service som tillgodoser mer än de mest basala behoven. Livet kunde upplevas som friare, till exempel från arbetslivets plikter. Flera intervjuade påtalade att man också uppfattades som mer ”vanlig” av omgivningen, nu när man var pensionär. Att ha olika funktionsnedsättningar, behöva använda vit käpp eller att sitta i rullstol upplevdes inte längre som lika avvikande som i yngre åldrar.

Men många levde med funktionsnedsättningar som var svårare än 20 år tidigare och som begränsade livet påtagligt. Det fanns bland dem en oro för hur det ska bli när man blir ytterligare försämrad, börjar förlora den lilla funktionsförmågan man har kvar – ska man då få hjälp som är tillräcklig?¹⁹²

¹⁹⁰ Frisell Ellburg, Ann. *En jämställdhetsanalys av levnadsvillkor och delaktighetsmöjligheter – för personer med funktionsnedsättning*. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet serie A 2016:2.

¹⁹¹ Taghizadeh Larsson, Annika. *Att åldras med funktionsbinder. Betydelser av socialt och kronologiskt åldrande för människor som under lång tid levt med fysiska funktionsnedsättningar*. Diss., Linköpings universitet, 2009.

¹⁹² Jeppsson Grassman, Eva, Holme, Lotta, Taghizadeh Larsson, Annika och Whitaker, Anna. Ett långt liv med särskilda förtecken: Livslopp och åldrande hos människor med funktionsnedsättningar. *Socialkvetenskaplig tidskrift* 2011:2, sid 107–122.

Att åldras med intellektuella funktionsnedsättningar

Medellivslängden har ökat för personer med intellektuella funktionsnedsättningar¹⁹³, och för personer med lindrig nedsättning följer den numera samma utveckling som övrig befolkning.¹⁹⁴

Personer med intellektuella funktionsnedsättningar kan ha svårare att sätta ord på hur de mår och därigenom förmedla sitt hälsotillstånd. De kan även visa andra symtom vid t.ex. en demenssjukdom än vad övriga befolkningen gör, vilket skapar svårigheter för hälso- och sjukvården att sätta rätt diagnos. De som har Downs syndrom löper risk att tidigt utveckla en demenssjukdom, och sjukdomsförloppet går ungefär tre gånger hastigare jämfört med övrig befolkning.¹⁹⁵

Dessa personer har ofta små sociala sammanhang som i många fall består av andra personer med intellektuella funktionsnedsättningar samt personal. När de blir äldre krymper deras sociala sammanhang eftersom de sällan gifter sig och skaffar barn. Det kan då vara värdefullt att få behålla sin dagliga verksamhet så länge som möjligt. Det är ofta genom arbetet som personer med intellektuella problem hittar sitt sociala sammanhang. Dessa personer har svårigheter att skapa andra kontakter utanför arbetet. Och när de pensioneras så blir de lätt ensamma och socialt isolerade.¹⁹⁶

På många sätt har denna grupp äldre personer samma behov som alla äldre, och samma behov av individualisering. För de som åldras med intellektuella funktionsnedsättningar kan det dock krävas mer kunskap hos personalen i gruppboende och personal som arbetar med stöd för de som bor i ordinärt boende. Hur bra insatser utformas för åldrande personer med intellektuell funktionsnedsättning är dock dåligt belyst i forskningen.¹⁹⁷

I en avhandling där deltagande observation och intervjuer genomförts i gruppboende i tre kommuner konstaterades att åldras och vara äldre med intellektuell funktionsnedsättning inte

¹⁹³ Begreppet som används i lagstiftningen är utvecklingsstörning.

¹⁹⁴ Jormfeldt, Mia. *Tid, rum och självbestämmande. Möjligheter och hinder i vardagen för äldre personer med intellektuell funktionsnedsättning på gruppboende*. Diss. Jönköping University, School of Health and Welfare, 2016.

¹⁹⁵ www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-och/utvecklingsstoring/Downs-syndrom/ (hämtad 2016-11-04).

¹⁹⁶ www.aldrecentrum.se/Nyheter/Aldrande-och-utvecklingsstoring/ (hämtad 2016-11-04).

¹⁹⁷ Fäldth, Fredrik och Krantz, Oskar. *Åldrandet och intellektuella funktionsnedsättningar – en litteraturöversikt*. Malmö: FoU-enheten rapport 2014:1.

uppmärksammas i politiska dokument och riktlinjer kring hur stöd och service ska ges till denna grupp. Personalen upplevde att det saknades förberedelse, diskussion och arbetsmetoder kring hur stöd för delaktighet ska erbjudas äldre personer boende i en gruppboende enligt LSS.¹⁹⁸

I en annan avhandling där liknande metod använts beskrivs för några av de studerade gruppboendena vardagen som institutionaliserad. Den boende hade få eller inga kontakter utanför gruppboendet, och det var personalen som styrde vad som blir möjligt att göra, och inte. Självbestämmandet var begränsat. Detta berodde inte bara på funktionsnedsättningar utan också på bristande kunskap hos personalen hur de skulle kunna stödja självbestämmandet.¹⁹⁹

7.14 Hbtq i äldreomsorgen

De som nu är i de åldrar då det är vanligt att ha äldreomsorg växte upp i en tid då det fanns ett uttalat heteronormativt familjeideal. Fram till 1944 var homosexuella förbindelser förbjudna, och först 1979 tog Socialstyrelsen bort homosexualitet från den svenska versionen av klassifikationssystemet för sjukdomar.

”Även om det har blivit lättare att åldras som hbtq-person i dag så är könsnormer seglivade” berättar Anna Siverskog i en intervju i *Äldre i Centrum*.²⁰⁰ I sin avhandling redovisar hon intervjuer med hbt-personer som oroar sig för att – när de behöver äldreomsorg – ska möta personal som tycker att de är äckliga. Det finns en rädsla att personalen inte ska ha kunskap om hbtq.²⁰¹

I en studie som genomfördes 2007 på uppdrag av Socialstyrelsen konstaterades att det, på grund av de stora kunskapsbristerna när det gäller gruppen äldre homo- och bisexuella, är svårt att uttala sig om deras villkor eller vilka särskilda behov de kan tänkas ha.²⁰²

¹⁹⁸ Ida Kåhlin. *Delaktig (även) på äldre dar. Åldrande och delaktighet bland personer med intellektuell funktionsnedsättning som bor i gruppboende*. Diss. Linköpings universitet, 2015.

¹⁹⁹ Jormfeldt, Mia. *Tid, rum och självbestämmande. Möjligheter och hinder i vardagen för äldre personer med intellektuell funktionsnedsättning på gruppboende*. Diss. Jönköping University, School of Health and Welfare, 2016.

²⁰⁰ Fieber Lena. Regnbåge med rynkor. *Äldre i Centrum* 3/2016.

²⁰¹ Siverskog, Anna. *Queera livslopp. Att leva och åldras som lhbttq-person i en heteronormativ värld*. Diss., Linköpings universitet, 2016.

²⁰² Robertsson, Hans och Tovatt, Caroline. *Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.

Kunskapen är inte så mycket större nu tio år senare. Kunskapsbristerna är ännu större avseende transpersoner.

Som ett led i att öka kunskapen om hur hbtq-perspektivet beaktas i kommunernas vård och omsorg om äldre personer genomförde Socialstyrelsen en kartläggning 2013.²⁰³ Socialstyrelsens tidigare studier visade att uppskattningsvis cirka 15 000 äldre hbt-personer i landet hade hemtjänst eller bodde i särskilt boende.

I de generationer som nu kommer upp i de åldrar där de kan behöva vård och omsorg är det sannolikt vanligare än hittills att vara öppen med sin sexuella läggning. Kommuner och enskilda utförare behöver enligt Socialstyrelsen skapa en handlingsberedskap för en sådan utveckling. Det kan vara fråga om att identifiera behov och intresse för olika former att ge vård och omsorg, integrerat eller i särskilda lösningar i större kommuner (hbtq-boenden eller särskilda hemtjänstgrupper).

Socialstyrelsens kartläggning visade att ytterst få samkönade par bor tillsammans i särskilt boende för äldre. Inte någon kommun eller stadsdel i storstäderna rapporterade att de från verksamheterna fått något klagomål knutet till äldre homosexuellas, bisexuellas, eller transpersoners vård och omsorg. Det resultatet kan tolkas på olika sätt och behöver inte innebära att verksamheten möter de behov som denna grupp har. Det kan i stället vara ett tecken på att dessa personer inte öppet vill visa sin sexuella läggning.

Knappt tio procent av landets kommuner hade behandlat hbt-frågor i sin fortbildning eller i information till personalen. Det finns ingen kunskap om i vilken mån kommunerna också tagit upp hur transpersoner bemöts.

Av de kommuner med mer än 50 000 invånare som hade arbetat för att motarbeta våld i nära relationer hade 37 procent beaktat äldre hbt-personer, vilket visar att det arbetet har medfört ett ökat fokus på denna grupp.

Sammanfattningsvis indikerar denna kartläggning enligt Socialstyrelsen att alltför få kommuner, särskilt de mindre, arbetar systematiskt för att främja likabehandling av äldre hbt-personer. Socialstyrelsen bedömde att det är angeläget att dessa frågor finns med i kommunernas mångfalds- och värdegrundsarbete, fortbildning och

²⁰³ Socialstyrelsen. *Äldre hbt-personer och kommunernas vård och omsorg om äldre. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

information. Det är också angeläget att dessa frågor tas med i arbetet mot våld i nära relationer.

I en studie i Umeå 2010 noterade forskarna att de intervjuade enhetscheferna likställde förståelsen av personer med hbt-identitet med likabehandlingsperspektivet. Enhetscheferna utgick från att personalen hade ett bra bemötande av hbt-personer – trots att frågan i stort sett aldrig diskuterats i personalgrupperna.²⁰⁴

I vilken mån denna studie kan generaliseras till hela landet, och hur utvecklingen varit hittills under 2010-talet är svårt att uttala sig om.

När seniorboendet Regnbågen öppnade 2013 i f.d. servicehuset Rio på Gärdet i Stockholm beskrevs det som Sveriges första äldreboende för hbt-personer. Utredningen har inte kunnat hitta att det finns något särskilt boende för hbt-personer.

En verksamhet kan bli hbtq-certifierad av Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL). Att genomföra en hbtq-certifiering är enligt RFSL:s hemsida ”ett strukturerat och målmedvetet sätt att förbättra såväl arbetsmiljö som bemötande”.²⁰⁵ Inom äldreomsorgen är detta ännu ovanligt. För närvarande (november 2016) är tre särskilda boenden och ett allaktivitetshus för seniorer hbtq-certifierade.²⁰⁶

7.15 Äldreomsorgen i siffror

Den typiske äldreomsorgstagaren är en ensamstående kvinna som är 85 år gammal. Men som vi redan betonat, den typiske äldreomsorgstagaren finns inte, annat än möjligen som en farlig tankekonstruktion när man planerar för äldreomsorgen.

²⁰⁴ Norman, Lina, Nilsson, Emma och Törnblom, Johan. Den kommunala garderoben. I *LHBTG-personer och åldrande. Nordiska perspektiv*, Bromseth, Janne och Siverskog, Anna (red.). Lund: Studentlitteratur, 2013.

²⁰⁵ www.rfsl.se/certifiering-och-utbildning/ (hämtad 2016-09-15).

²⁰⁶ www.rfsl.se/certifiering-och-utbildning/certifierade-verksamheter/ (hämtad 2016-11-10).

Vad kännetecknar de som har äldreomsorg?

Det finns ingen individstatistik på nationell nivå som belyser äldreomsorgsmottagarnas hälsa och ADL²⁰⁷-status. Det går därmed inte att följa över tid om det sker förändringar av hur omfattande funktionsnedsättningar som krävs för att beviljas äldreomsorg. Har tröskeln till olika insatsformer höjts, eller kanske tvärtom sänkts? Får rätt personer insats? För att kunna besvara dessa frågor finns den longitudinella studien SNAC (se ovan). Data från den visar, som vi redovisat i kapitel 6, att äldreomsorgens ”träffsäkerhet” i de kommuner som ingår i SNAC-studien är god. Hur ser då äldreomsorgsmottagaren ut, och hur har utvecklingen varit över tid?

Utvecklingen har följts över tid för äldre personer på Kungsholmen (SNAC-Kungsholmen). Dessa data går inte att översätta till hela riket (det finns ingen nationell statistik), men kan ändå ge en förhållandevis god bild.

Nästan alla som under 2013 hade hemtjänst på Kungsholmen var beroende av hjälp i någon IADL-aktivitet och närmare hälften i någon PADL-aktivitet.²⁰⁸ Andelen som var beroende av hjälp i alla PADL-aktiviteter var låg bland hemtjänstmottagarna i ordinärt boende, cirka fem procent. I vård- och omsorgsboenden²⁰⁹ var ungefär hälften beroende av hjälp i alla aktiviteterna.

Cirka en tredjedel av hemtjänstmottagarna och ungefär tre fjärdedelar av de som bodde i vård- och omsorgsboenden hade svåra eller mycket svåra rörelsehinder. Ungefär en fjärdedel hade en kognitiv nedsättning av de som hade hemtjänst och i vård- och omsorgsboendena var andelen mellan 80 och 90 procent.

Ungefär var tionde hade svår eller mycket svår synnedsättning av de som hade hemtjänst och i vård- och omsorgsboenden drygt två av tio. Andelen som hade svår eller mycket svår hörselnedsättning var något lägre.

En av fem av de som hade hemtjänst hade svår eller mycket svår smärta. Knappt var tionde led av svår eller mycket svår yrsel.

²⁰⁷ ADL = aktiviteter i dagligt liv.

²⁰⁸ Instrumentella (I-ADL): städning, matinköp och matlagning, transport med allmänna kommunikationer och tvätt; personliga (P-ADL): bad/dusch, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag.

²⁰⁹ Stockholms stad skiljer på två former av särskilt boende, vård- och omsorgsboende med heldygnsoomsorg, och servicehus med hemtjänst.

Det var förhållandevis vanligt i vård- och omsorgsboenden att de boende hade svår eller mycket svår oro, över 40 procent. För de med hemtjänst var andelen lägre än tio procent.

Andelen som rapporterades vara svårt eller mycket svårt nedstämda var för dem med hemtjänst cirka fem procent och i vård- och omsorgsboenden cirka 30 procent.²¹⁰

Med data från SNAC-Kungsholmen har Mårten Lagergren studerat vad som kännetecknar dem som ansöker om äldreomsorg första gången. I urvalet ingick 1 538 personer som för första gången fick äldreomsorg eller långvarig hemsjukvård. Genomsnittsåldern för inträdet i äldreomsorgen var 84 år. De flesta var kvinnor (74 procent). Fyra av fem var ensamboende.²¹¹

En studie från Göteborgsregionen visar att de sökande oftast har tämligen stora omvårdnadsbehov redan vid ansökningstillfället. Många har haft omfattande hjälp från anhöriga under flera år. Utan stöd från anhöriga hade många behövt söka mer omfattande hjälp från kommunen och fått hjälpen betydligt tidigare. I ungefär hälften av de undersökta fallen var det en akut händelse, exempelvis stroke eller allvarlig fallolycka med frakturer som följd, som gjorde att den äldre personen behövde söka stöd och då ofta omfattande sådan. Det innebär att kommunernas biståndsbedömda insatser ofta måste sättas in snabbt utan längre tid för planering och att beredskapen från kommunen behöver vara hög för att möta dessa behov.²¹²

Av de äldre personer som flyttade till permanent särskilt boende under andra halvåret 2013 hade två tredjedelar hemtjänst innan de flyttade, med i median 46 timmar per månad (avser hela riket). Halvåret före inflyttningen var de inlagda på sjukhus under i snitt tio dagar och gjorde ett öppenvårdsbesök inom specialiserad öppenvård. Drygt hälften var kvinnor 80 år och äldre.²¹³

²¹⁰ Lagergren, Mårten, Hedberg, Rose-Marie och Dahlén, Inger. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006–2013*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:1.

²¹¹ Lagergren, Mårten. *Äldreomsorgens debutanter*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2013:7. En mer utförlig presentation ges i kapitel 14.

²¹² Larsen, Theresa. *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 första gången*. Göteborg: FoU i Väst rapport 2016.

²¹³ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

Utvecklingen av omsorgsberoende över tid

Som nämnts saknas det på nationell nivå data om hur vård- och omsorgsbehovet förändrats. Data från SNAC-K antyder att andelen som behöver hjälp med t.ex. att bada/duscha har ökat i hemtjänsten mellan 2006 och 2013, och att andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning också ökat under samma tidsperiod.²¹⁴ I vilken mån detta går att översätta till hela riket är osäkert.

Allt fler inom den grupp som definieras som ”de mest sjuka äldre” bor i ordinärt boende. År 2008 bodde med data från hela riket 33 procent i denna grupp i särskilt boende och 67 procent i ordinärt boende, fem år senare, 2013, var andelarna 27 respektive 74 procent.²¹⁵

Antal och andel som har äldreomsorg

Spännvidden är stor i förhållande till åldrar, livssituation, önskemål och behov. De två insatser inom äldreomsorgen som enligt socialtjänstlagen ges till flest äldre personer (65-år) är hemtjänst i ordinärt boende och permanent boende i särskild boendeform (Säbo). Andelsmässigt är det få, knappa fem procent, i åldersgruppen 65–79 år som under 2015 hade någon pågående insats. Andelen som har insatser ökar av naturliga skäl med åren. I åldersgrupperna 80 år och uppåt är andelen knappt 37 procent.

En klart högre andel kvinnor än män 80 år och äldre får hemtjänst eller bor i särskilt boende, 42 procent av kvinnorna respektive 28 procent av männen. Det är alltså mindre än hälften av befolkningen som är 80 år och äldre som får någon av dessa båda insatser. Därutöver finns personer i de aktuella åldersgrupperna som får alla insatserna från anhöriga, eller köper hjälp privat.

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens officiella statistik gällande vård och omsorg om äldre personer år 2015 har nedanstående redovisning tagits fram. Om inget annat anges avser Socialstyrelsens

²¹⁴ Lagergren, Märten, Hedberg, Rose-Marie och Dahlén, Inger. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006–2013*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:1.

²¹⁵ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

statistik den 1 oktober 2015. För att räkna ut andel har Statistiska Centralbyråns statistik över Sveriges befolkning den 31 december 2015 använts.

Tabell 7.3 Antal och andel (%) personer med hemtjänst eller särskilt boende den 31 oktober 2015, hela riket, både män och kvinnor

Ålder	Hemtjänst		Särskilt boende		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel %
65–79 år	48 226	3,3	17 045	1,2	65 271	4,5
80– w år	118 353	23,6	65 126	13	183 479	36,6
65– w år	166 579	8,6	82 171	4,2	248 750	12,8

Tabell 7.4 Antal och andel (%) kvinnor och män med hemtjänst efter åldersgrupper, 31 oktober 2015

Åldersgrupp	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel	Antal	Andel
65–74 år	13 654	2	11 560	2
75–79 år	14 119	8	8 893	6
80–84 år	23 875	17	12 058	12
85–89 år	31 100	31	13 398	22
90–94 år	21 296	41	8 228	35
95– w år	6 378	42	2 020	42
Totalt	110 422	11	56 157	6

Tabell 7.5 Antal och andel (%) kvinnor och män med hemtjänst efter åldersgrupper och timmar, 31 oktober 2015

		1–9 timmar		10–25 timmar		26–79 timmar		80 timmar–	
		Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
65–74 år	Kvinnor	4 048	30	2 735	20	3 824	28	1 688	12
	Män	3 276	28	2 289	20	3 437	29	1 415	12
75–79 år	Kvinnor	4 324	31	2 665	19	3 827	28	1 652	12
	Män	2 611	29	1 652	19	2 533	29	1 086	12
80–84 år	Kvinnor	7 328	31	4 438	19	6 372	27	2 689	12
	Män	3 726	31	2 171	18	3 351	28	1 332	10
85–89 år	Kvinnor	8 820	28	5 969	19	8 856	28	3 674	12
	Män	4 099	31	2 433	18	3 713	27	1 440	10
90–94 år	Kvinnor	5 201	24	4 204	20	6 834	32	3 058	15
	Män	2 317	28	1 571	19	2 416	29	1 000	13
95– w år	Kvinnor	1 084	17	1 151	18	2 332	36	1 377	22
	Män	449	22	414	20	641	32	333	17
Summa		47 283	28	31 692	19	48 136	29	20 744	12

Tabell 7.6 Antal och andel (%) kvinnor och män med permanent särskilt boende efter åldersgrupper, 31 oktober 2015

Åldersgrupp	Kvinnor		Män	
	Antal	Andel	Antal	Andel
65–74 år	3 891	1	4 275	1
75–79 år	5 040	3	3 839	2
80–84 år	9 606	7	5 123	5
85–89 år	15 424	15	6 252	10
90–94 år	15 074	29	4 695	20
95– w år	7 290	48	1 662	35
Totalt	56 325	5	25 846	3

Som framgår av tabellerna så är majoriteten av dem som har äldreomsorg i åldern 80–95 år, med en topp i åldrarna 85–89. En större andel kvinnor får insatser och det i lägre ålder än män.

Det är först i åldrarna över 90 som en majoritet har hemtjänst eller bor i särskilt boende. I åldersgruppen 90–94 år får 70 procent

av kvinnorna hemtjänst eller bor i en särskild boendeform medan motsvarande siffra för män i den åldersgruppen är 54 procent. I åldrarna 95 år och äldre har i stort sett alla någon form av insats under året. Vid en viss dag (mättdag 31 oktober 2015) hade 91 procent av kvinnorna och 88 procent av männen som var 95 år och äldre antingen särskilt boende eller hemtjänst.

Hemtjänstinsatserna, mätt i form av timmar, är relativt lika för personer under 90 år och ökar därefter med stigande ålder. I åldern 65–74 år hade hälften av kvinnorna och knappt hälften av männen hjälp högst 25 timmar per månad under 2015, tolv procent av de som hade äldreomsorg hade hjälp 80 timmar eller mer. Andelarna är relativt oförändrade upp till 90 års ålder. I den äldsta åldersgruppen, 95+, hade 35 procent av kvinnorna och 42 procent av männen hjälp om högst 25 timmar, medan 22 respektive 17 procent hade hjälp 80 timmar eller mer.²¹⁶

Trygghetslarm

Den vanligaste insatsen inom äldreomsorg enligt socialtjänstlagen är trygghetslarm i ordinärt boende. Nedan följer en redovisning av antal och andel äldre personer som får den insatsen fördelade på kön och åldersgrupper. Ett stort antal får samtidigt insatsen hemtjänst i ordinärt boende. Oavsett exakta uppgifter kan dock konstateras att det inte kan röra sig om en majoritet av personer 80 år och äldre. För kvinnor 80 år och äldre kan det närma sig 50 procent medan andelen för män torde vara lägre än 40 procent.

²¹⁶ Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015, art. Nr 2016-4-23; egen bearbetning.

Tabell 7.7 Antal personer med trygghetslarm i ordinärt boende den 31 oktober 2015 och andel (%) i förhållande till befolkningen den 31 december 2015 fördelade på kön och åldersgrupper

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
65–74 år	11 723	2	8 990	2	20 713	2
75–79 år	14 408	8	7 776	5	22 184	6
80–84 år	27 779	20	11 379	11	39 158	16
85–89 år	37 229	37	13 239	22	50 468	31
90–94 år	24 110	46	8 425	35	32 535	43
95–w år	6 562	42	1 964	41	8 526	42
Totalt	121 811	12	51 773	6	173 584	9

Tabell 7.8 Antal personer med trygghetslarm i ordinärt boende den 31 oktober 2015 och andel i förhållande till befolkningen den 31 december 2015 fördelade på kön och åldersgrupperna 65–79 år och 80– år

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
65–79 år	26 131	4	16 766	2	42 897	3
80–w år	95 680	31	35 007	18	130 687	26
65–w år	121 811	12	51 773	6	173 584	9

Övriga insatser

Den 31 oktober 2015 fanns drygt 10 000 personer 65 år och äldre (59 procent var kvinnor) på ett korttidsboende. Sex av tio av de som hade korttidsboende hade också hemtjänst.

Ungefär var femte person som bodde i ordinärt boende och hade hemtjänst hade även matdistribution. Det rörde sig om drygt 48 000 personer (varav 64 procent var kvinnor) den 31 oktober 2015 och nära 72 000 personer under hela 2015.

Ledsagning hade 27 081 personer (varav 70 procent var kvinnor) vid mätdagen (31 oktober 2015), dagverksamhet 10 927 (59 procent kvinnor), avlösning av anhörig 7 173 (40 procent kvinnor), boendestöd 2 756 (60 procent kvinnor) och kontaktperson/familj 1 615 personer.²¹⁷

Det särskilda boendet

Kommunen är enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, skyldig att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd.

I detta ansvar ingår bland annat att ta reda på behoven av särskilda boenden och planera för den fortsatta utvecklingen.²¹⁸ Kommunerna har dock en stor frihet i fråga om hur äldres behov av sådant boende, service och vård ska tillgodoses. Bestämmelsen binder inte kommunen att anordna en viss form av boende, utan kommunen kan anordna de boendeformer som är mest ändamålsenliga med utgångspunkt i de lokala förhållandena.²¹⁹

Begreppet särskilt boende är inte närmare preciserat i lag utan är sedan den så kallade Ädel-reformen ett samlingsbegrepp för de former av boenden som tidigare benämndes servicehus/service-lägenhet, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem.²²⁰ Även korttidsboende²²¹ är en del i begreppet särskilt boende.²²² Tanken är alltså att de särskilda boendena ska kunna tillgodose varierade och särskilda behov av vård och omsorg hos äldre.

Särskilda boendeformer för äldre har behandlats i förarbetena till såväl den tidigare som den nuvarande socialtjänstlagen. Utgångspunkten är att särskilt boende ska vara utformat på ett sådant sätt att

²¹⁷ Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015*.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-4-23.

²¹⁸ Proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 41.

²¹⁹ Proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 42.

²²⁰ Proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 38 ff.

²²¹ I detta betänkande använder vi begreppet korttidsboende, inte korttidsplats, för att lyfta fram värdet av att även en korttidsvistelse i särskilt boende måste innebära ett bra boende, inte bara en "plats".

²²² Proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 54 och proposition 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 79 ff.

de äldres individuella behov av service, omvårdnad och tillsyn ska gå att tillgodose dygnet runt.

Vidare ska det särskilda boendet kunna erbjuda en god vård och omsorg som beaktar den äldre personens behov av självbestämmande, integritet, trygghet och livskvalitet. De särskilda boendena bör även möjliggöra kvarboende. Målet bör alltså vara att den äldre personen ska kunna bo kvar i boendet till livets slut, och inte behöva flytta ifall behoven av service och omvårdnad skiftar.²²³

I förarbeten brukar tre krav uppställas för att en bostad ska karaktäriseras som ett särskilt boende.

- Bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan utveckla sina personliga resurser och leva ett självständigt liv.
- Den boende ska varje tid på dygnet kunna erhålla de tjänster som krävs för att den boende ska klara sin tillvaro och känna sig trygg.
- Det ska finnas tillgång till personal som kan bedöma när det behövs social och medicinsk vård och som kan svara för att det ges sådan.²²⁴

Bättre bostadsstandard i de särskilda boendena

Boendemiljön har förbättrats mycket sedan Ädel-reformen. År 1995 delade 15 procent av de boende rum eller bostad med annan än make/maka/sambo anhörig. Drygt hälften saknade dusch på rummet eller i sin lägenhet, och 30 procent hade inte egen toalett.²²⁵ År 2007 var andelen som delade rum eller bostad med annan än en närstående nere i drygt en procent och 2015 var andelen knappt två promille. År 2007 saknade knappt fyra procent egen wc, dusch och bad och år 2015 var andelen en procent.²²⁶

²²³ Proposition 1987/88:176 *Om äldreomsorgen inför 90-talet*, s. 66 och proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* s. 52.

²²⁴ Proposition 1979/80:01 del A. *Om socialtjänsten* s. 284 och 286 och proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 75.

²²⁵ Socialstyrelsen. *Socialtjänststatistiken för 1995*.

²²⁶ Socialstyrelsen. *Statistik om äldre personer med funktionsnedsättning efter regiform 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

Servicehus har avvecklats

Den andra tydliga trenden är minskningen av större lägenheter, vilket torde återspegla att servicehus avvecklats. Det finns ingen statistik över lägenheter i servicehus. Den enda skattning som kan göras är efter minskningen av större lägenheter, eftersom de vanligen ligger i det som traditionellt benämnts servicehus.

Innan Ädelreformen, år 1991, fanns det totalt 38 379 lägenheter i servicehus, med totalt 52 488 boende. Av dessa var 23 255 tvårummare eller större. År 2007 fanns det 16 847 lägenheter som bestod av två eller tre rum och kök och år 2015 var det 10 010.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomförde 2011 en kartläggning som visade att i 91 kommuner som besvarat SKL:s enkät hade cirka 8 500 lägenheter omvandlats till seniorboenden.²²⁷ Det är en utveckling som fortsatt. Av Boverkets bostadsmarknadsenkät 2012 framgår att i 27 kommuner skulle 1 140 trygghetsbostäder tillkomma under åren 2012 och 2013 genom omvandling av särskilt boende.

Enligt Socialstyrelsens enhetsundersökning har 40 kommuner servicehus i varierande omfattning.²²⁸

En stor andel av de särskilda boenden som försvunnit eller byggts om var således endera av låg standard, eller servicehus som omvandlats till någon form av ordinärt boende.

I kapitel 13 redovisar jag kommunernas motiv för avveckling av servicehus.

Kortare boendetider

Boendetiderna i det särskilda boendet har minskat, men spännvidden är stor mellan personer som flyttar in därför att demenssjukdomen framskridit så långt att hen inte längre klarar sig själv, och de som flyttar in i livets slutskede. Data för hela landet för åren

²²⁷ Sveriges Kommuner och Landsting. *Seniorbostäder, 55+, 65+, kommunkartläggning 2011*. Stockholm: SKL mars 2012.

²²⁸ Socialstyrelsen. *Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

2007–2010 visade att efter ett år hade 22 procent avlidit. Sex av tio hade avlidit tre år senare.²²⁹

Ett lokalt exempel kan hämtas från Kungsholmen i Stockholm med data från SNAC-K. Där avled under 2012 var femte person inom en månad efter inflyttning till ett särskilt boende, att jämföra med 2006 då en femtedel hade dött sju månader efter inflyttningen. Många av de som dog snart efter flytt till särskilt boende hade inflyttningsåret flera vårdepisoder på akutsjukhus, med allt kortare vårdtider jämfört med 2006. Personer som hade en demensdiagnos vid inflyttningen (vilket ju är majoriteten av de boende) bodde däremot betydligt längre tid.²³⁰

Stora skillnader mellan olika kommuner

Det är stora skillnader i andel som har äldreomsorg, och också vilken form, mellan olika kommuner. Detta har påvisats under många år. I sin avhandling sökte Gun-Britt Trydegård efter förklaringar. Hon prövade faktorer som skillnader i inkomster och utbildningsnivå mellan kommunerna, kommunernas ekonomi eller olika politisk färg på styret. De faktorerna kunde bara förklara 15 procent av skillnaderna mellan kommunerna. Det var inte heller så att de kommuner som hade få särskilda boenden i stället satsat på mer hemtjänst, eller vice versa.²³¹

I en studie Socialstyrelsen lät genomföra 2004 framkom liknande resultat. Högre andel som hade hemtjänst behövde inte innebära att kommunen hade en mindre andel särskilt boende och vice versa. Ju mer hemtjänst i en kommun, desto mer gjorde även anhöriga. I kommuner som hade en högre andel som beviljats hemtjänst var andelen ensamboende högre.²³²

²²⁹ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

²³⁰ Schön, Pär, Lagergren, Märten och Kåreholt, Ingemar. Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community* (online, DOI: 10.1111/hsc.12237), 2015.

²³¹ Trydegård, Gun-Britt. *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*. Diss. Stockholms universitet, 2000.

²³² Sundström, Gerdt och Malmberg, Bo. *Likhet inför äldreomsorgen? Kommunala variationer och de anhöriga*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

Det är fortfarande tydliga skillnader. Andelen av befolkningen som har hemtjänst har en stor spannvidd. I kommunen vid första percentilen (10 procent har lägre värden) var andelen 17 procent av befolkningen 80 år och äldre och i kommunen vid nionde percentilen (10 procent har högre värden) 30 procent. I kommunen med lägst andel hade 13 procent och i kommunen med högst andel hade 41 procent av befolkningen 80 år och äldre hemtjänst. Det är svårt att se mönster. Högst andel, 39 respektive 41 procent, hade Övertorneå och Täby. Lägst andel (13 procent) hade Ljusnarsberg, Tidaholm och Åtvidaberg.

För särskilt boende var det likaså stora skillnader, lägst två procent och högst 27 procent. Ljusnarsberg, som hade låg andel som har hemtjänst, har högst andel med särskilt boende (27 procent). Bland kommunerna med hög andel äldre personer som bor i särskilt boende finns många glesbygdskommuner, men också större kommuner som Linköping (19 procent). I kommunen vid första percentilen var andelen tio procent och i kommunen vid nionde percentilen 16 procent.

Skillnaderna regionalt är inte lika stora. De tre län där den genomsnittliga andelen personer som är beviljade särskilt boende är lägst är Örebro län (9 procent), Kalmar län (10 procent) och Blekinge län (11 procent). I de fyra län som ligger högst (Norrbotten, Västerbotten, Västmanland och Östergötland) är genomsnittlig andel 15 procent.²³³

Det finns också andra skillnader värda att beakta. I en studie från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) framgår att för de som bor i ordinärt boende var de största skillnaderna mellan olika kommuner om man kunde välja mellan man och kvinna för personlig omvårdnad, om man erbjöd promenader, förekomst av fixartjänster eller liknande, hur ofta städningen sker, om man erbjöd tvätt av kläder, om man kunde välja personal som talar hemspråket samt erbjöd rådgivning för hörsel- och synskadade. Det skilde sig också hur väl kommunerna levde upp till god personkontinuitet i hemtjänsten.

I det särskilda boendet skilde det sig t.ex. vad gäller individuella och gemensamma aktiviteter, om sammanboende är möjligt och

²³³ Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2015, art. Nr 2016-4-23; egen bearbetning.

om anhöriga erbjöds eftersamtal när den närstående avlidit. Det skilde också mellan kommunerna hur snabbt en plats kunde erbjudas i det särskilda boendet.²³⁴

Sjunkande andel som har hemtjänst eller bor i särskilt boende

År 1994 var det år då det, enligt den nationella statistiken, fanns flest platser i särskilt boende – 135 536 platser. År 2001 bodde 118 621 personer permanent i särskilt boende, år 2007 var antalet 95 200 97 500 personer och 2015 var antalet 82 171 personer.

År 1984 bodde 28 procent av personer 80 år och äldre i de boendeformer som då motsvarade dagens särskilt boende, tio år senare var andelen 23 procent.²³⁵ Det har sedan dess varit en relativt konstant minskning av andelen. Vid millennieskiftet bodde var femte person som var 80 år eller äldre permanent i särskilt boende. År 2015 var andelen 13 procent.

År 1980 hade 22 procent av alla personer 65 år och äldre hemtjänst.²³⁶ Den har därefter minskat kontinuerligt. År 2007 var andelen 9,6 procent, 31 oktober 2015 var den 8,6 procent. Antalet personer som har hemtjänst har ökat från knappt 199 000 personer 2007 till 223 250 personer 2015.²³⁷ Sett till alla personer 65 år och äldre har andelen minskat något, från 9,6 till 8,6 procent. Sett bara till åldersgruppen 80 år och äldre så har andelen ökat, från 22,5 procent 2007 till 23,6 procent 2015.

För korttidsboende och dagverksamhet är minskningarna något större bland kvinnor än bland män.²³⁸

²³⁴ Sveriges Kommuner och Landsting Programberedningen. *Hur olika får det bli? Slutrapport*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.

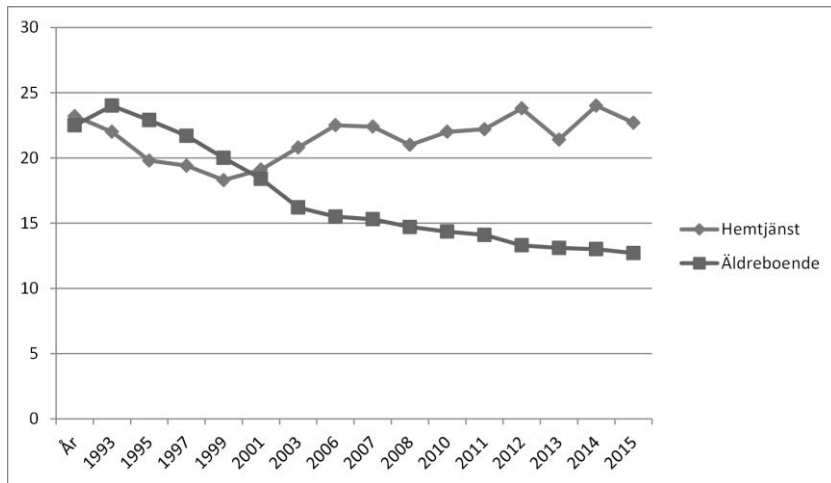
²³⁵ Socialstyrelsen. *Social service, vård och omsorg i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen 1996.

²³⁶ Statistiska Centralbyrån. *Socialtjänststatistik 1982–1989*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1991.

²³⁷ Socialstyrelsen. *Äldreomsorg efter regiform*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

²³⁸ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

Figur 7.1 Utvecklingen av andel 80 år och äldre som är beviljade hemtjänst respektive särskilt boende, åren 1993–2015



Källa: Bearbetning av Lennarth Johansson och Pär Schön (KI, Ageing Research Center) av Socialstyrelsens Socialtjänststatistik.²³⁹

Som framgår av tabell 7.9 är det tydliga skillnader i utvecklingen mellan olika kommuner.

Tabell 7.9 Förändring av särskilt boende respektive hemtjänst efter andel av befolkningen i landets kommuner (antal kommuner där uppgift finns är 254)

Andel som får särskilt boende	Andel som får hemtjänst			Andel
	har ökat, antal kommuner	Andel	har minskat, antal kommuner	
har ökat eller är oförändrat	33	13	16	6
har minskat	156	60	53	21

Det finns inga säkra svar på vad som är orsakerna till denna utveckling och inte heller vad den inneburit för äldre personer som har behov av hjälp. I en nationell kvalitetsplan är det lika viktigt att

²³⁹ Före 2007 mängdstatistik och från 2007 individstatistik. Från 2007 har i hemtjänst inkluderats även de som enbart har matdistribution, trygghetslarm och/eller snöröjning. I särskilt boende är tillfälligt boende (korttidsplats) exkluderat från och med 2001.

beakta de som ”är inne i systemet” och får vård och omsorg som de som står utanför. Varför har, relativt sett, så mycket färre i dag någon form av äldreomsorg? Och varför är det så stora skillnader mellan olika kommuner? Hur träffsäker är äldreomsorgen – får alla med behov insatser?

Denna utveckling har skett utan att socialtjänstlagen ändrats. Hälsoutvecklingen var visserligen positiv under 1980- och 1990-talen och denna positiva utveckling har delvis fortsatt under 2000-talet. Det är i huvudsak friska år som lagts till livet. Levnadslängden har ökat, men tiden man är beroende av andra för att klara sin vardag är relativt konstant.²⁴⁰

Samhällsutvecklingen har underlättat att klara sig själv genom att bostäder och utemiljöer blivit mer tillgängliga. Hushållsarbetet har blivit enklare, t.ex. genom mikroågsugnen och ett större utbud av färdiglagad mat. Utvecklingen av hjälpmedel har också bidragit.

Den kanske viktigaste förbättringen är att det i dag går att, på ett helt annat sätt än på 1980-talet, få vård och omsorg dygnet runt i sitt ordinära boende. Trygghetslarm, bostadsanpassning och färdtjänst är andra samhällsinsatser som underlättar kvarboendet.

Anhöriga får en annan roll och svarar för mer av stöd och insatser när den äldre personen bor kvar hemma jämfört med om hen bor i ett särskilt boende.

Samhället har på olika sätt blivit mer anpassat och enklare att leva i för äldre personer som börjar få svårigheter att klara sin vardag, men det kan inte förklara den kraftigt minskande andelen som bor i särskilda boendeformer, och som inte kompenseras av någon stor ökning av andelen som har hemtjänst.

Även givet hälsoförbättringar, mer flexibelt utbud av hemtjänst och hemsjukvård och ett mer tillgängligt samhälle så är det svårt att hävda att behoven av vård och omsorg därmed skulle ha minskat. Detta eftersom behovet inte avgörs av den kronologiska åldern, utan snarast av antalet år man har kvar att leva.

Det är inte givet att den minskande andelen personer som får äldreomsorg ligger i linje med att allt fler äldre personer både har förutsättningar och vill klara sig mer själv. Det kan t.ex. bero på en

²⁴⁰ 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.

prioritering av de med störst behov och en önskan att erbjuda hemtjänst före särskilt boende. Något som kan ha inneburit att mer ansvar förts över till de anhöriga.

Det går inte att hävda att det varit en omprioritering från personer med små behov till personer med stora behov. Av den nationella statistiken för hemtjänst framgår visserligen att det under 1990-talets förra hälft var en tydlig minskning av andelen personer som fick lite hjälp (1–9 timmar/månad) och en ökning av de med mer hjälp (26 timmar eller mer per månad). Men denna trend har inte fortsatt.

Det finns data som stöder att anhöriginsatserna ökat. Eftersom det inte förs någon statistik på varken vilka insatser som görs eller omfattningen är dessa bedömningar dock osäkra. Jag återkommer till det i kapitel 11 om anhöriga.

I de kommande kapitlen kommer jag att belysa konsekvenser och utmaningar av denna utveckling för biståndsbedömning, utbud av olika boendeformer och stöd till anhöriga.

En risk med denna utveckling är att den kan skapa osäkerhet om vilka möjligheter hen har att, när behoven uppstår, få de insatser hen då behöver. Det kan medföra en otrygghet och tillitsbrist till välfärdsstaten. Att åldras i trygghet utifrån sina individuella behov kräver en transparens, tydlighet i hur de mål som sätts upp och de löften som ges politiskt hänger ihop med de resurser som ställs till buds för vården och omsorgen om äldre personer – vad som faktiskt erbjuds, och beviljas. Att hen faktiskt kan få hjälp den dagen man behöver det. Oavsett var man bor eller vem hen är.

Mångfald av utförare

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, syftar till att öka den äldres valfrihet och att få in fler utförare för att öka mångfalden i inriktningar och sätt att utföra insatserna. År 2016 hade totalt 158 kommuner infört LOV inom äldreomsorgen och 18 kommuner hade tagit beslut om att införa någon form av valfrihetssystem.²⁴¹ I framför allt större kommuner har lagen varit fram-

²⁴¹ Sveriges Kommuner och Landsting, *Valfrihetssystem i kommuner 2016 – Beslutsläget i införandet av LOV. Översikt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.

gångsrik vad gäller att få in nya utförare, och därmed ge vård- och omsorgsmottagaren möjlighet att välja bort en utförare om hen upplever att den inte fungerar som hen önskar.

Det går att urskilja olika regiformer av vård- och omsorgsutförare med olika förutsättningar och som kan bidra till mångfalden. Kommunallagen skiljer mellan kommunens egen regi och privata utförare. En del i den form som benämns privata utförare är ideella organisationer – föreningar, stiftelser, trossamfund och kooperativa företag – den idéburna sektorn.

Andelen som drivs i privat regi har ökat. År 2007 utfördes 12 procent av alla hemtjänststimmar i privat regi och 88 procent i kommunal regi. År 2015 var andelarna 24 respektive 76 procent. För det särskilda boendet var andelarna 14 procent år 2007 och 19 procent 2015.²⁴²

Till viss del har tillkomsten av nya utförare lett till en ökad mångfald. I vissa kommuner gäller det att inom hemtjänsten kunna erbjuda personer födda i andra länder hemtjänst på sitt modersmål.

Den idéburna sektorn

I den nationella statistiken görs ännu ingen åtskillnad mellan äldreomsorg som drivs av privata företag och de som drivs av idéburna aktörer. I kommunallagen anges enbart privat utförare som begrepp, och det inkluderar idéburna organisationer och kooperativa föreningar. Det finns därför inga uppgifter om hur stor andel av äldreomsorgen som drivs av ideella organisationer. Skattningar har gjorts att den är knappa tre procent.²⁴³ I vissa kommuner är andelen hög, främst tack vare institutioner med anor i tidigare århundraden, som Danvikshem i Nacka, grundat på Gustav Vasas tid. I Stockholms stad svarar den ideella sektorn för 20 procent av platserna i särskilt boende och i Göteborg tolv procent.

I en studie om den idéburna sektorns äldreomsorg i Stockholm drog rapportförfattarna slutsatsen att det finns fog för att säga att

²⁴² Socialstyrelsen. *Äldreomsorg efter regiform 2015*.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-3-6

²⁴³ Sivesind, Karl Henrik. *Mot en ny skandinavisk velferdsmodell? Konsekvenser av ideell, kommersiell og offentlig tjenesteyting for aktivt medborgarskap*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, rapport 2016:01.

det finns en särart hos den ideella sektorn som kan tas tillvara. Det finns ett mer tydligt fokus på uppdraget – ”vem är vi till för?” Organisationens värdegrund är vanligen väl förankrad hos styrelse, ledning och personal. Verksamheten stäms i första hand av mot hur väl man uppnår sin idé, sin värdegrund. Verksamheterna har förhållandevis enkelt att rekrytera personal, vilket till en del sannolikt beror just på deras grundvärderingar. Det finns också en vilja att få vara en förebild, och att dela med sig av hur man arbetar.

Samtliga ansvariga inom de olika idéburna aktörer som har intervjuats i den studien ville utvidga sin verksamhet. Förutsättningarna att faktiskt expandera såg däremot mycket olika ut. Hinder kan vara både kompetens och tid i organisationen och yttre hinder, som brist på erforderligt kapital.²⁴⁴

Välfärdsutredningens förslag om idéburen verksamhet

Välfärdsutredningen (Fi 2015:01) har haft som ett av sina uppdrag att lämna förslag på hur förutsättningarna för den idéburna sektorn ska kunna förbättras.²⁴⁵

I betänkandet *Ordning och reda i välfärden* (2016:78) lämnar utredningen en rad förslag som berör kapitalförsörjningen, att välfärdstjänster regleras i ett nytt särskilt kapitel i den nya lagen om offentlig upphandling och att det för vissa tjänster ska vara möjligt att för en treårsperiod reservera deltagandet i ett upphandlingsförfarande till organisationer utan vinstintresse.

Utredningen gör bedömningen att det inte är möjligt inom upphandlingsrätten att ställa krav på att endast aktörer utan vinstsyfte tilldelas kontrakt. Genom att ställa krav på sociala hänsyn²⁴⁶ menar utredningen dock att det kommer att finnas stora möjligheter att

²⁴⁴ Gens, Karin och Wänell, Sven Erik. *Idéburen äldreomsorg. Omfattning, kvalitet och förutsättningar*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:1.

²⁴⁵ Regeringen. *Direktiv 2015:22. Ett nytt regelverk för offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster*.

²⁴⁶ Med socialt ansvarsfull offentlig upphandling avses upphandlingsaktiviteter som tar hänsyn till sociala aspekter i form av sysselsättningsmöjligheter, anständigt arbete, överensstämmelse med sociala rättigheter och arbetstagares rättigheter, social integration, lika möjligheter, utformning som ger tillgänglighet åt alla, beaktande av hållbarhetskriterier, frågor om etisk handel, och ett bredare iakttagande av företagens sociala ansvar. (Europeiska kommissionen. *Socialt ansvarsfull upphandling – en handledning till sociala hänsyn i offentlig upphandling*. 2010).

tillvarata de mervärden som de idéburna organisationerna kan bidra med.

Inom valfrihetssystemen gör utredningen bedömningen att det finns större möjligheter att reservera ett valfrihetssystem enbart för idéburna aktörer, givet att det inte kan finnas aktörer från andra länder som kan ha intresse att delta. Utredningen föreslår att en ny lag om valfrihetssystem ersätter den nuvarande. Av den nya lagen ska det tydligt framgå att det är en nationell reglering och inte en upphandlingslagstiftning.

Utredningen ser positivt på att en kommun eller landsting ska kunna ingå så kallat idéburet offentligt partnerskap²⁴⁷ (IOP). Möjligheterna ökar enligt utredningens bedömning om de förslag utredningen ställer om upphandling av välfärdstjänster genomförs. Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällefrågor får i uppdrag att utarbeta en vägledning för IOP.²⁴⁸

Särskilda grupper – särskilda lösningar?

I avsnittet om äldre personer födda i andra länder ställs frågan om hur vården och omsorgen ska ordnas för de som vuxit upp med ett annat språk och en annan kultur än den svenska. Tankar finns att det ska ske med särlösningar. Det är både rätt och fel tänkt. Fel eftersom det inte finns grupper, bara individer. Rätt eftersom det kan finnas sådant som är gemensamt för flera, och som kan vara bra att tillgodose i en vård och omsorg som präglas av mångfald.

Det är enkelt att motivera behovet av språkkunskap hos personalen vid vård och omsorg om en person som på grund av sin demenssjukdom tappat det nya språket och har kvar sitt modersmål. Det är lätt att förstå vikten av att personalen kan kommunicera med den som är dövblind.

²⁴⁷ Konceptet IOP har utarbetats av Forum för frivilligt socialt arbete. Det syftar till att vara en tredje väg mellan bidrag för viss verksamhet och upphandling, för att därmed kombinera en kommuns eller landstings behov med de idéburna aktörernas rätt till oberoende. IOP tillämpas idag t.ex. i vissa kommuners samverkan med civilsamhället för flyktingmottagandet, hemlösa och EU-medborgare. Alingsås kommun och Bräcke diakoni har ingått ett IOP-samarbete inom äldreomsorgen.

²⁴⁸ SOU 2016:78. Valfärdsutredningen. *Ordning och reda i välfärden*.

Värdet av särskilda boenden för personer med demenssjukdom finns i riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom. I början av 2016 fanns det nästan 29 600 bostäder anpassade för personer med demenssjukdom²⁴⁹, vilket utgör cirka 35 procent av det totala antalet bostäder i särskilt boende. Eftersom en majoritet av de boende har någon form av demenssjukdom så tyder denna uppgift på att behovet av anpassade bostäder inte är tillgodosett.

Att det också är betydelsefullt med hemtjänst med personal som har utbildning och kompetens om demens är väl belagt i erfarenhet, om än inte så beforskat. Detsamma gäller för äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. I en studie i Stockholms stad kunde påvisas hur flytt till särskilt boende kunde bero på att hemtjänsten inte klarade att ge struktur i vardagen för personer med psykiska sjukdomar.²⁵⁰

Cirka hälften av landets kommuner kunde år 2015 erbjuda ett demensteam till personer i ordinärt boende.²⁵¹

Det är inte lika givet för äldre personer där språk, kultur, religion, sexuell identitet eller motsvarande bara är en del av ens person att vilja välja ett boende med en specifik inriktning. Närhet, tilltro till boendet och vilken plats som faktiskt är ledig när behovet uppstår styr mer. Om hen alls får eller kan välja.

Alla kristna bor inte i särskilda boendeformer med kristen inriktning, som dessutom inte utgörs av en enda inriktning. Men vissa vill, och kan i vissa kommuner få göra det. Alla muslimer bor inte i boenden där muslimska traditioner, som inte heller är enhetliga, får sätta prägeln på boendet. Många, kanske de flesta, därför att de inte ser det som viktigt. Och de som skulle vilja har nästan ingenstans något sådant äldreboende att välja. Det är också så att boende med en språklig enhetlighet, t.ex. arabiska, innebär ett stort antal olika länder, olika varianter av arabiska, kulturer och traditioner. Personer med judisk tillhörighet kan välja äldreboende som finns i Stockholm och Göteborg. Äldreboenden där det är en judisk vardag, årsrytm och kost. För vissa, men långt ifrån alla, judar är det viktigt att få välja ett judiskt äldreboende. I en under-

²⁴⁹ Socialstyrelsen. *Statistik om särskilt boende*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

²⁵⁰ Hagman, Lisbeth, Henriksson, Lotta och Wånell, Sven Erik. *Äldre med psykiska funktionsbinder*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2009:6.

²⁵¹ www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorgochhemsjukvard (hämtad 2016-10-22).

sökning gjord på Judiska Hemmet i Stockholm var den främsta orsaken till att flytta dit att ”få vara med de sina”.

För de som åldras med intellektuella funktionsnedsättningar kan mer kunskap hos personalen i en gruppbostad enligt LSS vara bättre än att ordna med särlösningar bara för att en person blivit äldre.

7.16 Annan lagstiftning

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Äldre personer kan utöver insatser enligt socialtjänstlagen också få insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den 1 oktober 2015 hade 2 857 kvinnor (49 procent) och 2 941 män (51 procent) 65 år och äldre någon insats enligt LSS. Vanligast var att bo i en bostad med särskild service, vilket 3 536 personer (varav 47 procent kvinnor) gjorde, vilket är en ökning med 1 045 personer sedan 2008. Av övriga insatser hade 669 personer som fyllt 65 år personlig assistans, 1 850 personer hade kontaktperson, 894 personer daglig verksamhet och 955 personer hade ledsagarservice.²⁵²

Lagen om vissa kommunala befogenheter

I lagen om vissa kommunala befogenheter (2009:47) stadgas att ”Kommuner får utan föregående, individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad.” (2 kap. § 7).

Bakgrunden till lagstiftningen var att många kommuner hade kommit att bedriva service till äldre personer utan biståndsbeslut. Det huvudsakliga syftet var att på ett administrativt enkelt sätt erbjuda insatser för att förebygga olyckor i hemmet.

²⁵² Socialstyrelsen. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

Inom ramen för min utredning har en enkätstudie genomförts tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Den redovisas i bilaga 9 i detta betänkande.

En tredjedel av de kommuner som besvarat enkäten tillämpade befogenhetslagen. Den vanligaste tjänsten var Fixartjänst (44 av de 64 kommuner som besvarat frågan om typ av tjänster angav fixartjänst eller en del av fixartjänsten, gräsklippning och snöskottning). Några kommuner tillhandahåller städning (12), tvätt (13) och inköp (11). I fem kommuner kan man få trygghetslarm med stöd av befogenhetslagen. Även tjänster som snöskottning och gräsklippning förekommer. Av de kommuner som tillämpar befogenhetslagen tar knappt sex av tio ut avgifter.

Av de 80 kommuner som besvarade frågan varför de inte tillhandahöll tjänster enligt befogenhetslagen är det vanligaste svaret (57 kommuner) att kommunen vill tillhandahålla alla insatser till äldre personer enligt socialtjänstlagen. Ett annat vanligt skäl (41 kommuner) var att kommunen ansåg sig ha för lite kunskap om befogenhetslagen. Andra skäl var att kommunerna inte vill fördela insatser med ålder som grund (26 kommuner) och avsaknad av regler för dokumentation och tillsyn m.m. (24 kommuner).

Några kommuner (13) har under de senaste fem åren tillhandahållit servicetjänster åt äldre personer men valt att avsluta det. Skälen är likartade som i de kommuner som inte tillämpat eller tillämpar befogenhetslagen.

”Fixartjänsten”

Den funktion som i många kommuner benämns ”fixare”, har kommit till för att hjälpa äldre, vanligen 75 år och äldre, att ordna med praktiska göromål i hemmet som t.ex. kan kräva att man klättrar på stegar. Det kan ses som en del i kommunernas fallskadeförebyggande arbete. Vissa, men långt ifrån alla, kommuner som har denna funktion tillhandahåller den enligt befogenhetslagen. I de allra flesta kommuner är den inte en behovsprövad insats.

Vinnova har gjort en kartläggning av fixartjänster i Sveriges kommuner. Den visar att denna funktion är vanligast i större städer och mer ovanlig i mindre kommuner och glesbygd. När kartläggningen gjordes 2013 hade 191 kommuner (66 procent) någon form

av fixartjänst. Givet att fixarna faktiskt bidrar till att hålla nere antalet fallskador så räcker det med en minskning av den vård och omsorg som alstras av fallolyckor med en procent för att tjänsten ska bli samhällsekonomiskt lönsam.²⁵³ Carl Bonander har dock vid genomgång av hälso- och sjukvårdsdata inte kunnat se att fallrelaterade sjukhusvister minskat när fixartjänsterna började införas i landets kommuner.²⁵⁴

Av den enkät min utredning sände ut hösten 2016 till alla landets kommuner i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting framgår att 156 kommuner av de 220 som besvarat denna fråga i enkäten hade någon form av fixartjänst. De insatser som ”fixaren” gör är ofta med inriktning mot fallförebyggande (t.ex. arbeten där det behövs stege) 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.²⁵⁵

Avdrag för hushållsnära tjänster (RUT)

Den 1 juli 2007 trädde lagen (2007:346) om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete i kraft. Skattereduktionen innebär att den som har utgifter för hushållsarbete kan få en minskning av skatten med hälften av utgiften för arbetet. Regeringen angav att de tjänster som ska omfattas av en skattereduktion i första hand är sådana som skulle kunna benämnas hushållets kärnområde. Som exempel på sådant arbete nämndes städning, diskning, fönsterputsning och matlagning. Med hushållsarbete avses även snöskottning och skötsel av tomt eller trädgård i form av häck- och gräsklippning, krattning och ogrärensning. Vidare omfattas även klädvård i form av tvättning, strykning och lagning, uppsättning av gardiner och gardinstänger samt byte av glödlampor, proppar eller liknande. Den 1 augusti 2016 tillfördes hjälp med flytt.

²⁵³ Alwin, Jenny, Bernfort, Lars, Eckard, Nathali och Husberg, Magnus (Linköpings Universitet). *Fixartjänster i Sveriges kommuner, en kartläggning*. Stockholm: Vinnova information 2013:10.

²⁵⁴ Bonander, Carl. *Assesing the effects of societal injury control interventions*. Diss., Karlstads universitet, 2016.

²⁵⁵ Se Bilaga 9 *Resultat från enkäten om flexibla former för handläggning, behovsbedömning och beslut inom äldreomsorgen*.

I förarbetena skriver regeringen att även omsorg, tillsyn och annat hjälparbete av personlig art som behövs på grund av en persons funktionsnedsättning, ålder eller sjukdom ska omfattas av skattereduktionerna.²⁵⁶

En kommunal utförare har inte rätt att utföra tilläggstjänster med RUT-avdrag, vilket privata utförare får. Regeringen valde att inte förändra detta när lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, infördes.

I en intervjustudie som genomfördes i Nacka kommun berättade de som intervjuades att en fördel att själv köpa hushållsnära tjänster med RUT-avdrag var att de kunde påverka hur tjänsterna utfördes. De framhöll den höga personalkontinuiteten och att det var lätt att ändra tid. De hade också negativa föreställningar om kvaliteten i den kommunala hemtjänsten.²⁵⁷

Äldre personer använder sig av RUT i högre grad än yngre och medelålders, och andelen har ökat. I åldrarna över 75 år använde drygt 14 procent RUT år 2013 att jämföra med mellan 6–9 procent i åldrarna 30–74 år. År 2014 fick 228 565 personer 65 år och äldre RUT-avdrag, vilket är 12 procent av alla i den åldersgruppen och 38 procent av alla som gjort RUT-avdrag.²⁵⁸

Av en intervjuundersökning Socialstyrelsen genomförde med personer 80 år och äldre och som inte har äldreomsorg framgår att de inom denna åldersgrupp som använt RUT har köpt städhjälp. Vid sidan om städning är vanliga tjänster snöskottning och gräsklippning. Fler kvinnor än män använder RUT. Ju högre inkomst, desto fler använder RUT. Av alla kvinnor 65 år och äldre var det år 2010 endast 23 procent som kunde göra fullt RUT-avdrag.²⁵⁹

Det finns ingen statistik som kan belysa hur många av dem som använder RUT som gör det i stället för hemtjänst, eller för att komplettera sin biståndsbedömda hjälp. Det saknas kunskap om i vilken utsträckning, om alls, RUT ersätter hemtjänst.

²⁵⁶ Proposition 2007/08:13. *Skattelättnader för förmån av hushållstjänster.*

²⁵⁷ Falk, Rebecka och Risberg, Erica. (2012) *RUT – en nödvändig lyx, äldre personer erfarenheter av och resonemang kring sitt användande av hushållsnära tjänster med rutavdrag.* Stockholm: Stockholms universitet, C-uppsats, 2012.

²⁵⁸ [www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_HE_HE0110_HE0110B/Skatte reduktioner/table/tableViewLayout1/?rxid=96d94a9b-843c-4654-819f-52dc5d1bd299](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_HE_HE0110_HE0110B/Skatte%20reduktioner/table/tableViewLayout1/?rxid=96d94a9b-843c-4654-819f-52dc5d1bd299) (hämtad 2016-11-03).

²⁵⁹ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013.* Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

7.17 Kommunal hälso- och sjukvård

Sedan Ädel-reformen år 1992 är både landstingen och kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård. Kommunerna har ansvar för *viss* hälso- och sjukvård avseende vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Ett av målen med Ädel-reformen var att insatser som ges enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen i kommunerna skulle integreras. Kommunernas ansvar regleras dels i lag, dels genom avtal.

Varje kommun ska enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL,²⁶⁰ erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL, dvs. i särskilda boenden för äldre personer. Ansvaret omfattar insatser upp till sjuksköterskenivå medan läkarinsatser är ett ansvar för landstinget (18 § fjärde stycket HSL). Kommunens ansvar omfattar också habilitering, rehabilitering och hjälpmedel, inklusive förbrukningsartiklar som behövs för inkontinens (18 b och c § HSL). Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet som omfattas av 3 kap. 6 § SoL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som vistas där.

I hälso- och sjukvårdslagen anges vidare att landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende (hemsjukvård) till en kommun inom landstingets geografiska område.²⁶¹ Överenskommelsen får även avse ansvar för förbrukningsartiklar enligt 3 d § HSL. Även när det gäller hemsjukvård omfattar det inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Sådana överenskommelser har träffats mellan landsting och kommuner i samtliga län utom i Stockholms län, där dock arbete pågår mellan landstinget och länets kommuner om kommunalisering av hemsjukvården.²⁶²

Även om den hälso- och sjukvård kommunerna svarar för är liten i förhållande till landstingens är den av central betydelse för många äldre personer.

²⁶⁰ 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.

²⁶¹ 18 § tredje stycket HSL.

²⁶² Landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting tog 2016-12-13 beslut om att fortsätta arbetet med kommunalisering av hemsjukvården.

Hemsjukvård i ordinärt boende

Det skiljer sig mellan län och kommuner hur omfattande det kommunala åtagandet är, t.ex. vad gäller de yngsta åldrarna och mer specialiserade insatser. Det skiljer sig också i organisation. Det finns kommuner som organiserat hemsjukvård och hemtjänst som en enhet, men det finns också exempel på där den kommunala hälso- och sjukvården är en egen enhet vid sidan om.

Socialstyrelsen genomförde på regeringens uppdrag i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en kartläggning av hemsjukvården 2008.²⁶³ Sedan dess har ingen nationell kartläggning genomförts.

Utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård redovisade att i de tio län där hemsjukvården hade kommunaliserats år 2011 byggde gränsdragningen mellan landstingets och kommunernas ansvar på den så kallade tröskelprincipen, d.v.s. endast de som inte kan ta sig till en landstingskommunal vårdinrättning kan få kommunal hemsjukvård.²⁶⁴ Nu när överenskommelse om kommunalisering av hemsjukvården har träffats i ytterligare tio landsting kvarstår tröskelprincipen som ett av de vanligaste kriterierna. Det andra är att behovet ska beräknas pågå mer än en kort tid (gränsen ofta satt till 14 dagar).²⁶⁵ Det finns vissa exempel på en gräns som utgår från att den äldre personen har en växlande situation, där hen vissa dagar kan ta sig till vårdcentralen, andra inte, och att det inte ska påverka om den äldre personen ska anses höra till landstingets eller kommunens ansvar.

Den nationella samordnaren konstaterade att det var skillnader i hur långt kommunens ansvar sträckte sig och var ansvaret övergick till landstingets specialiserade hemsjukvård. Samordnaren föreslog att kommunerna skulle ges en vidgad befogenhet att tillhandahålla även hemsjukvård som är ansluten till den somatiska slutenvården och till den psykiatriska slutenvården.²⁶⁶ Förslaget har remissbehandlas och betänkandet bereds i Regeringskansliet.

²⁶³ Socialstyrelsen. *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008. Se vidare kapitel 10.

²⁶⁴ SOU 2011:55. En nationell samordnare för hemsjukvård. *Kommunaliserad hemsjukvård*.

²⁶⁵ Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen: *Öppna jämförelser 2015: Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

²⁶⁶ SOU 2011:55. En nationell samordnare för hemsjukvård. *Kommunaliserad hemsjukvård*.

Under 2015 fick drygt 390 700 personer åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården i ordinärt och särskilt boende. Av dem var 325 524 (84 procent) över 65 år. Majoriteten (63 procent) var kvinnor. Knappt hälften var 85 år eller äldre. I åldrarna över 90 år har 54 procent av kvinnorna och 44 procent av männen fått någon åtgärd inom kommunal hälso- och sjukvård.²⁶⁷

Drygt hälften, 54 procent, av de personer som har hemtjänst har också hemsjukvård. Knappt var femte (19 procent) av de som har kommunal hemsjukvård har inga SoL-insatser.²⁶⁸

Data från SNAC-K visar att nära 95 procent av dem som 2013 var inskrivna i hemsjukvården på Kungsholmen (landstinget huvudman) också hade hemtjänst.²⁶⁹

Det finns behov av bättre kunskap om den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende, såväl om hur den är organiserad som hur gränsdragningarna mot landstingets primärvård fungerar ur de äldre personernas synvinkel.

Hjälpmedel och välfärdsteknik

Trygghetslarm utgör ofta en hemtjänstinsats som är en del av äldreomsorgen och som erhålls efter biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. De grundläggande bestämmelserna om fördelning av ansvar för hjälpmedel mellan landsting och kommuner regleras i hälso- och sjukvårdslagen, HSL.

Vanligaste hjälpmedlen avser hjälp att förflytta sig – rollator, rullstol och liknande. Vid 75 års ålder använder 40 procent av kvinnorna och knappt 20 procent av männen något förflyttningshjälpmedel. När man fyllt 85 år är motsvarande andelar 70 respektive 55 procent. Kvinnorna utgör tre fjärdedelar av dem som använder rollator.

Ungefär tio procent av kvinnorna 65 år och äldre och sex procent av männen har nedsatt syn, och hälften av dem har något

²⁶⁷ Socialstyrelsen. *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen 2016.

²⁶⁸ Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen: *Öppna jämförelser 2015: Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016. Stockholms län, förutom Norrtälje, ingår inte.

²⁶⁹ Lagergren, Märten, Hedberg, Rose-Marie och Dahlén, Inger. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006–2013*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:1.

synhjälpmedel. Cirka 80 000–85 000 personer har hörapparat. Tre fjärdedelar av dem är 65 år eller äldre och drygt hälften är män.²⁷⁰

Välfärdsteknik, t.ex. digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera, sensorer och sociala robotar, kan användas av personen själv, en anhörig, personal eller någon annan i personens närhet. Ett mål med användningen av välfärdsteknik är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg på samhällsnivå. Jag återkommer till detta i kapitel 12, Välfärdsteknik.

Samspelet hälso- och sjukvård och äldreomsorg

Som jag redovisar i kapitel 10 finns det brister i hur samverkan fungerar mellan huvudmännen och också mellan utförare inom samma huvudmans ansvarsområde, även om det också finns många goda exempel på motsatsen.

Problemen med bristande samverkan mellan huvudmännen påtalades redan i den åldringsvårdsutredning som överlämnades till riksdagen 1956 av utredaren, Gunnar Sträng.²⁷¹ Under de sextio åren sedan dess har åtskilliga försök gjorts att förbättra samarbetet. Ädel-reformen 1992 var det kanske mest kraftfulla. Dock dröjde det inte mer än något år efter Ädelreformens genomförande så uppmärksammades brister i samverkan, t.ex. mellan rehabiliteringspersonal och andra yrkesgrupper.²⁷²

Vård och omsorg kan i många fall fungera väl för äldre som har minnet i behåll, begränsade medicinska problem, en väldefinierad diagnos och måttliga funktionsnedsättningar. Hit kan de flesta räknas även högt upp i ålder. Finns förmåga, något så när obrutna krafter och starka anhöriga klarar man att botanisera i den digra vård och omsorgsflora som står till buds.²⁷³

Så skriver utredaren Ulla Gurner och pekar på att fokus behöver vara på de som är i den fjärde åldern, multisviktande med sammansatta behov av både vård och omsorg.²⁷⁴

²⁷⁰ Hjälpmedelsinstitutet. *Åldrestatistik 2013/2014. Sammanställning*. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet 2014.

²⁷¹ SOU 1956:1. *Åldringsvård*.

²⁷² Socialstyrelsen. *Ädelreformen. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen rapport 1996:2, 1996.

²⁷³ Gurner, Ulla. Äldre med stora och sammansatta behov. I Thorslund, Mats och Wånell, Sven-Erik (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur, 2006. s. 105.

²⁷⁴ Gurner, Ulla. Äldre med stora och sammansatta behov. I Thorslund, Mats och Wånell, Sven-Erik (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur, 2006.

Att en vård och omsorg som inte hänger ihop kan bli dyr har påvisats i flera studier.²⁷⁵ Det finns studier som påvisar att ett samordnat arbete i team är kostnadseffektivt.²⁷⁶

I betänkandet *Effektiv vård* föreslår den av regeringen tillsatte nationella samordnaren att en ny form av primärvård, riktad till äldre personer med omfattande behov, ska införas i lagstiftningen. Den riktade primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst ska enligt samordnaren utföras gemensamt för äldre personer med omfattande behov.²⁷⁷ Jag återkommer till dessa frågor i kapitel 10.

7.18 Anhörigas roll

Insikten att anhöriga tar ett stort ansvar för sina närstående och svarar för den största delen av insatserna har blivit allt mer välkänt, och uppmärksammat, de senaste decennierna. Visserligen försvann anhörigas skyldighet att svara för äldres livsupphälle, vård och omsorg med 1956 års socialhjälpslag (1956:2). Samhällets ansvar har sedan slagits fast vid flera tillfällen. Men anhörigas roll att stödja, samordna och bistå med en rad olika insatser har bestått, nu byggt på frivillighet.

Det finns ingen statistik över de informella tjänster som görs, men beräkningar som gjorts tyder på att kring tre fjärdedelar av allt det som i vid bemärkelse kan beskrivas som äldreomsorg utförs av anhöriga.²⁷⁸ Det finns, som jag redovisat ovan, mycket som tyder på att de neddragningar som varit av platser i särskilt boende medfört att anhöriga tagit, eller tvingats ta, ett större ansvar.

Första gången som stöd till anhöriga tas upp i en svensk statlig utredning var 1958 års socialpolitiska kommitté. Den konstaterade

²⁷⁵ T.ex. Jönsson, Linus och Gurner Ulla. *Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka? Beräkning av kostnader för slutenvård och öppenvård, kommunens äldreomsorg samt informella insatser för 26 multisjuka 75+.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2001:7.

²⁷⁶ 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 25 november 2013.

²⁷⁷ SOU 2016:2 Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård.*

²⁷⁸ 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).

att det fanns ett behov av stöd till anhörigvårdare, men föreslog inga åtgärder. I slutet av 1970-talet aktualiserades frågan genom att en anhörigvårdskommitté tillsattes 1979. Under 1980-talet startade också forskning om anhörigfrågor.²⁷⁹

Kommunernas skyldigheter att stödja anhöriga skrevs in i socialtjänstlagen första gången 1998, för att drygt tio år senare förstärkas, 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” (SoL 5 kapitel § 10). Jag återkommer till detta i kapitel 11.

7.19 Mänskliga rättigheter

En utgångspunkt för mina ställningstaganden är de internationella överenskommelser som gjorts om mänskliga rättigheter och äldre personers rättigheter, och de konventioner som Sverige förbundit sig att följa.

FN-stadgan

”Eftersom erkännandet av det inneboende värdet hos alla som tillhör människosläktet och av deras lika och obestridliga rättigheter är grundvalen för frihet, rättvisa och fred i världen” heter det i FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter som antogs i december 1948. Här slås också fast att ”Var och en är berättigad till alla de rättigheter och friheter som uttalas i denna förklaring utan åtskillnad av något slag.”

Regeringens långsiktiga mål är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige. Med detta avses att de mänskliga rättigheterna, såsom de uttrycks genom Sveriges internationella åtaganden, inte får kränkas.²⁸⁰

²⁷⁹ 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

²⁸⁰ www.manskligarattigheter.se/sv/vem-gor-vad/sverige (hämtad 2016-09-26).

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) genomför under åren 2014–2017 en satsning för att stärka arbetet med mänskliga rättigheter på kommunal och regional nivå. I en rapport från 2015 nämns bl.a. ökad sysselsättning för personer med funktionsnedsättning som en prioriterad fråga.²⁸¹ I satsningen beskrivs det inte om en innehållsrik och trygg vardag under hela åldrandet ingår.

Internationella överenskommelser Sverige förbundet sig att följa

Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna innehåller flertalet mänskliga rättigheter som Sverige har åtagit sig att respektera. De flesta av dessa rättigheter finns också i Lissabonfördragets stadga om mänskliga rättigheter och i svensk grundlag.

Lissabonfördraget och EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna

EU har tre grundfördrag. Lissabonfördraget är det senaste ändringsfördraget, som började gälla den 1 december 2009. Unionen ska bekämpa social utestängning och diskriminering samt främja social rättvisa och socialt skydd, jämställdhet mellan kvinnor och män, solidaritet mellan generationerna och skydd av barnets rättigheter (artikel 2, tredje stycket).

I artikel 25 i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna²⁸² talas om äldres rättigheter.

Unionen erkänner och respekterar rätten för äldre att leva ett värdigt och oberoende liv och att delta i det sociala och kulturella livet”. Vidare slås fast att ”Unionen erkänner och respekterar rätt till tillgång till social trygghet och sociala förmåner som garanterar skydd i sådana fall som ... ålderdom ... i enlighet med unionsrätten samt nationell lagstiftning och praxis.”²⁸³

²⁸¹ Sveriges Kommuner och Landsting. *Handlingsplan för ett stärkt arbete för mänskliga rättigheter i kommuner, landsting och regioner*. SKL dnr 11/7554, 2015.

²⁸² T.ex. att människans värdighet är okränkbar, rätten till integritet, frihet och säkerhet, respekt för privatlivet och familjelivet, tankefrihet, samvetsfrihet, religionsfrihet, icke-diskriminering där bl.a. ålder nämns, kulturell, religiös och språklig mångfald och jämställdhet mellan kvinnor och män.

²⁸³ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:sv:PDF> (hämtad 2016-11-11).

Europeiska konventionen

Den europeiska konventionen från den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna är inlemmad i svensk lagstiftning – lag (1994:1219) om den europeiska konventionen.

Av regeringsformen (1974:152) framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med den europeiska konventionen (19 §).

Andra internationella överenskommelser

Sverige har undertecknat en lång rad konventioner om mänskliga rättigheter. Här nedan anges några av de som är relevanta för denna utredning.

FN-konventioner

I FN:s Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter stadgas att ”konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa (artikel 12, moment 1).²⁸⁴

FN:s Internationella konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning antogs av FN:s generalförsamling den 13 december 2006 och har undertecknats av bl.a. Sverige. Konventionen gäller för Sveriges del från den 14 januari 2009. Den syftar till att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde.²⁸⁵

FN:s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor slår fast att de mänskliga rättigheterna ska gälla alla utan åtskillnad på grund av kön.²⁸⁶

²⁸⁴ FN:s generalförsamling, New York 16 december 1966, undertecknad av Sverige 29 september 1967, trädde i kraft 3 januari 1976.

²⁸⁵ FN:s generalförsamling, New York 13 december 2006, undertecknad av Sverige 30 mars 2007.

²⁸⁶ FN:s generalförsamling, New York 18 december 1979, undertecknad av Sverige 7 mars 1980, trädde i kraft 3 september 1981.

Europeiska sociala stadgan

Den reviderade europeiska sociala stadgan fastställdes i Strasbourg den 3 maj 1996, och regeringen beslutade den 2 maj samma år att underteckna den.

I artikel 23 finns stadganden om rätt till socialt skydd för äldre personer. De länder som ratificerat den sociala stadgan åtar sig att själva eller i samarbete mellan offentliga och privata organisationer ”möjliggöra för de äldre att så länge som möjligt²⁸⁷ förbli fullvärdiga samhällsmedlemmar”. Som medel nämns att tillhandahålla ”lämpliga resurser och information om tjänster och arrangemang”. Vidare anges

... att möjliggöra för de äldre att fritt välja livsstil och föra ett oberoende liv i den omgivning som de är förtrogna med så länge de önskar ... genom att tillhandahålla bostäder för deras behov och hälsotillstånd eller lämpligt stöd för anpassning av deras bostäder” samt ”hälsovård och tjänster som deras tillstånd kräver.

Artikel 15 handlar om rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet för personer med funktionsnedsättningar. I regeringens proposition *Europarådets sociala stadga*²⁸⁸ nämns som exempel att detta främjas genom socialtjänstlagen, t.ex. färdtjänst och hemtjänst.

Madrid-deklarationen

Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) antogs vid den andra världskongressen om åldrande i april 2002 och bygger på frivilligt åtagande från medlemsstaternas sida. I handlingsplanen uppmanas medlemsstaterna att, mot bakgrund av den globala utmaningen med en åldrande befolkning, uppmärksamma och vidta åtgärder för att stärka äldres rättigheter. Skillnader som beror på ålder, kön eller annan orsak ska elimineras. Hälsofrämjande åtgärder och äldres psykiska hälsa är två områden som uppmärksammas, liksom vikten av att bostäder, lokaler, kommunikationer och utemiljö underlättar och stödjer i åldrandet.

²⁸⁷ Med detta ska enligt stadgan förstås de äldres fysiska, mentala och intellektuella förmåga.

²⁸⁸ Proposition 1997/98:82 *Europarådets sociala stadga*.

I den politiska deklARATIONEN slås bl.a. fast att den demografiska utvecklingen med en snabbt ökande andel äldre personer är något positivt, och ska mötas med ökade möjligheter för äldre personer att förverkliga sin potential att delta fullt ut i alla aspekter av livet. Samhället ska byggas för alla åldrar. För en bra livskvalitet krävs en hållbar organisation för och ständig förbättring av vården och stödet till de äldre personer som behöver det.²⁸⁹

Det löpande arbetet med handlingsplanen bedrivs i regionala arbetsgrupper. Sverige deltar i en arbetsgrupp under FN:s ekonomiska kommission för Europa (UNECE).

Den senaste regionala uppföljningen resulterade i en ministerkonferens i Wien 2012. Vid detta tillfälle enades länderna om fyra övergripande mål:

- möjligheter till ett längre arbetsliv,
- ökad delaktighet bl.a. genom att motverka diskriminering,
- ett värdigt, hälsosamt och självständigt åldrande, samt
- solidaritet mellan generationerna.²⁹⁰

För denna utrednings del är särskilt mål 3 av intresse, ”Dignity, health and independence in older age are promoted and safeguarded”. Här finns bl.a. åtagandena att sträva efter att alla ska kunna leva självständigt och oberoende och att självbestämmande och värdighet ska vara kärnvärden i vård och omsorg. Kvarboende (”ageing in place”) ska stödjas genom en utbyggd vård och omsorg med särskild uppmärksamhet på anhörigas, särskilt kvinnors, situation. Ny teknik ska utvecklas som ett stöd.²⁹¹

I sin tredje rapport till UNECE pekar regeringen bl.a. på att skyddet mot åldersdiskriminering har utvidgats och att regeringen satsat på ökad bemanning i äldreomsorgen och ökat stöd till

²⁸⁹ Förenta Nationerna. *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York, United Nations, 2002.

²⁹⁰ United Nations Economic Commission for Europe. *Preparation of national reports for the third review and appraisal cycle of the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and its Regional Implementation Strategy (MIPAA/RIS) 2012–2017*. Bureau of the Working Group on Ageing, 2015.

²⁹¹ United Nations Economic Commission for Europe. *Preparation of national reports for the third review and appraisal cycle of the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and its Regional Implementation Strategy (MIPAA/RIS) 2012–2017*. Bureau of the Working Group on Ageing, 2015.

kommunerna. Regeringen nämner också att bristande tillgänglighet sedan 2015 ingår som en form av diskriminering i den svenska diskrimineringslagstiftningen.

Regeringen framhåller vidare att den arbetar för att öka kunskaperna om demenssjukdomar och fallprevention inom vård och omsorg. Valfärdsteknik ingår som en naturlig del i regeringens äldrepolitik. Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män, oavsett ålder, ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv, vilket inte minst är av betydelse vid utformningen av regeringens äldrepolitik.

Regeringen omnämner att den tillsatt en särskild utredare som har i uppdrag att ta fram en långsiktig nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.²⁹²

Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet

Den 19 juni 2014 beslutade regeringen att ratificera konventionen om att förebygga och bekämpa våld mot kvinnor, och den trädde i kraft den 1 november samma år. Av avgörande betydelse är det enligt konventionen att uppnå såväl formell som reell jämställdhet mellan kvinnor och män.

Världshälsoorganisationen

Världshälsoorganisationen (WHO) har ett livsloppsperspektiv på att främja hälsan för äldre personer. Tre av målen som lagts fast för ett aktivt åldrande är;

1. Behålla oberoende och förhindra funktionsnedsättningar.
2. Motverka förluster av funktioner genom rehabilitering
3. Tillförsäkra en god livskvalitet när funktionsförluster är oåterkallelig.²⁹³

²⁹² Regeringen. *Stärkta rättigheter för äldre kvinnor och män utvecklar samhällsbygget. Nationell uppföljning av den regionala implementeringen av Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) i Sverige*. Regeringskansliet, oktober, 2016.

²⁹³ WHO. *Health21. The health for all policy for the WHO European Region*. Köpenhamn: WHO, European Health for All Series; No.6, 1999.

Agenda 2030

Mål 3 i Agenda 2030 för hållbar utveckling²⁹⁴ är att säkerställa att alla kan leva ett hälsosamt liv och att verka för alla människors välbefinnande i alla åldrar. I Sverige är alla statsråd i regeringen ansvariga för genomförandet av Agenda 2030 inom sina respektive ansvarsområden.

Av de elva nationella folkhälsomålen kommer mål 1, delaktighet och inflytande i samhället, nära den här utredningens uppdrag. Socialt och kulturellt deltagande lyfts fram som en främjande faktor, social isolering som en riskfaktor. Inom detta målområde finns också socialt och praktiskt stöd.

7.20 Finansieringen av vården och omsorgen om äldre personer

Finansieringen av vården och omsorgen om äldre personer ligger utanför denna utrednings uppdrag, men är givetvis nödvändig att ta hänsyn till när en långsiktig kvalitetsplan ska utarbetas. Den nationella kvalitetsplanen tar bl.a. sin utgångspunkt i socialtjänstlagens ord om ”att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande” (5 kap. 4 § SoL). Och att detta inte bara handlar om personalens bemötande av den äldre personen – något som oftast är gott. Det handlar om allt det som ger den äldre personen förutsättningar att ha ett värdigt liv – insatser som är individuellt utformade, som svarar mot den äldres önskemål och utförs av personal som arbetar i team, har hög kontinuitet och god kompetens. Vilket kan innebära en ambitionsökning och något som kostar.

Socialdepartementet bedömde år 2010 att kostnaderna för äldreomsorgen skulle öka med cirka 70 procent och för hälso- och sjukvård med cirka 30 procent fram till 2030. Med oförändrad ambitionsnivå skulle det innebära att äldreomsorgens andel av BNP skulle öka med en procent och hälso- och sjukvårdens vara oför-

²⁹⁴ *Globala mål för hållbar utveckling och Agenda 2030 för hållbar utveckling*, antagen vid FN:s toppmöte den 25 september 2015. De globala målen och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser.

ändrad. Socialdepartementet lyfter fram några möjligheter att klara detta, dels på allmänpolitisk nivå som fler arbetade timmar, dels inom vården och omsorgen, som att minska fallolyckor, undvika vårdskador, minska förekomst av högt blodtryck och förebygga demenssjukdomar. Forskning och nytänkande kan också bidra till en mer kostnadseffektiv vård.²⁹⁵

En mer kunskapsbaserad vård och omsorg bör, som jag tar upp i kapitel 8, kunna innebära en högre effektivitet.

I kapitel 10 diskuterar jag möjligheten att göra inbesparingar genom ett mer teambaserat arbetssätt som kan möjliggöra färre slutenvårdsdagar och senarelägga flytt till särskilt boende. Att dra ner på slutenvårdsdagar och begränsa tid i särskilt boende har dock prövats i flera decennier. Hur länge kan vi fortsätta med den lösningen? Och vad kräver det i så fall av förändrad organisation, arbetssätt, kompetens och tekniskt stöd? Och hur påverkas de äldres tilltro till att själva kunna få välja form av omsorg, och få flytta till ett särskilt boende när det behovet uppstår?

Jag tar i kapitel 12 upp frågan om ny teknik kan ge besparingar. Slutsatsen där är att arbetet nog kan bedrivas mer effektivt, men att det är svårare att göra ekonomiska besparingar.

Jämförelser mellan kommuner med olika kostnadsbild för sin äldreomsorg kan bidra till högre effektivitet. Problemet är dock att det ännu saknas bra indikatorer för kvalitet, varför det ännu inte går att uttala sig om vilka kommuner som synes ha en optimal kostnad givet god kvalitet. Benchmarking blir därmed svår.

Försörjningskvoten

Befolkningsutvecklingen torde vara den största utmaningen, även om vi har cirka tio år på oss innan den stora ökningen av personer i åldrarna 80 år och uppåt kommer.

Att antalet personer 80 år och äldre har ökat, och kommer att fortsätta att öka snabbt, är väl känt, och leder ibland till domedagsprofetior om hur det ska bli för äldre personer i en framtid. Ett optimistiskt svar har varit att äldres hälsa blir allt bättre, och då

²⁹⁵ Socialdepartementet. *Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm: Regeringskansliet, 2010.

måste väl vård- och omsorgsbehovet minska? Det man då glömmer är, som vi sett, att det inte är den kronologiska åldern som är den intressanta när behov och framtida kostnader för vården och omsorgen ska bedömas. Det är de sista åren i livet vi är mest beroende av andra för att klara vår vardag. Att äldre personer givet den kronologiska åldern fått en allt bättre hälsa kan inte vägas in som en faktor i ett minskat åtagande för vården och omsorgen. Det behovet är lika stort, men inträder senare i livet, då kroppen är skörare och med minskad egen kapacitet.

En viktig faktor är relationen mellan hur många som är i yrkesverksam ålder och hur många som är i förskole- och skolålder respektive har gått i pension – den så kallade försörjningskvoten.

Under de senaste femtio åren har försörjningskvoten legat förhållandevis still. Ökningen av andelen äldre personer har balanserats av en minskning av andelen barn och unga. Försörjningskvoten försämras under prognosperioden fram till 2060, eftersom andelen äldre ökar medan andelen barn och unga inte minskar. I vilken mån detta kan kompenseras genom utvecklingen av ny teknik är svårbedömbart.

I dag går det cirka 75 personer i åldrarna under 20 och över 64 år på 100 personer i yrkesverksam ålder. År 2030 har denna kvot ökat till 81 personer och till 85 år 2040. Den reella försörjningskvoten beror dock på hur den faktiska pensionsåldern utvecklas.²⁹⁶ Och äldreomsorgens finansiering beror också på den allmänna ekonomiska utvecklingen.

Långtidsutredningens bedömning

Den senaste långtidsutredningen – Långtidsutredningen 2015 – räknar med underskott i de offentliga finanserna under i stort sett alla år fram till runt 2040. Orsaken är den demografiskt betingade efterfrågeökningen på offentligt finansierade välfärdstjänster vid dagens nivåer på sysselsättning och oförändrade regler och politik. Med en höjd ambitionsnivå – som varit fallet hittills – blir pressen än hårdare.

²⁹⁶ www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Aktuell-befolkningsprognos/Sveriges-framtida-befolkning-20152060/273432/ (hämtad 2016-09-09).

Den ökande efterfrågan på välfärdstjänster kommer att sätta press på de offentliga finanserna. Redan i dag ställs, framhåller långtidsutredningen, krav på förbättringar för att höja kvaliteten i de offentliga välfärdstjänsterna, bl.a. bemanningskrav inom äldreomsorgen, mindre barngrupper inom barnomsorgen och att nya läkemedel ska tas med i läkemedelsförmånen.

Att upprätthålla och utveckla de offentligt finansierade välfärds-systemen kommer att kräva ett högre arbetsutbud, högre skatter, en omprioritering inom det offentliga åtagandet eller en kombination av dessa tre. Långtidsutredningens bedömning är att det på längre sikt inte är möjligt att möta en successivt ökande efterfrågan på offentligt finansierade välfärdstjänster genom kontinuerliga höjningar av skattenivån. Utredningen bedömer dock att ”fördelningen av samhällets resurser och de offentliga finansernas utveckling [kommer] att innebära betydande, men inte omöjliga, utmaningar”.²⁹⁷

Försäkring i stället för skatt?

Som alternativ till skattefinansiering har i debatten ibland framförts förslag om en obligatorisk försäkring, eventuellt kombinerad med en privat tilläggsförsäkring. Ett argument har varit antagandet att en försäkring skulle göra det mer tydligt för medborgarna vad de kan förvänta sig den dag de själva behöver äldreomsorg. När omsorgen är skattefinansierad kan det kommunala åtagandet ses som mer otydligt eftersom det genom politiska beslut kan förändras över tid. Att den helt enkelt skulle öka tilltron till det samhälleliga åtagandet. Ett annat argument har varit att möjliggöra att redan nu påbörja uppbyggnaden av en finansiering av omsorgen av morgondagens allt fler äldre.

Tyskland och Japan är exempel på länder med försäkringslösning. Ett land som var tidigt ute är Nederländerna, som införde obligatorisk försäkring för äldreomsorg 1994 och tillämpar individuell vårdbudget. Äldreomsorgsförsäkringen är kopplad till grundförsäkringen för sjukvård och är offentligfinansierad genom socialavgifter. En av landets stora utmaningar är för närvarande de

²⁹⁷ SOU 2015:104. Långtidsutredningen. *Långtidsutredningen 2015*.

ökande äldreomsorgskostnaderna. Landet har jämte Sverige högst äldreomsorgskostnader inom OECD med 3,6 procent av BNP.²⁹⁸

Försäkringslösningar kräver tydlighet i det samhälleliga åtagandet och att det är lätt att beräkna kostnader också på individnivå för att bedöma risker, premier och ersättningsnivåer. Något som inte är helt enkelt att utforma, och kan bli fyrkantigt och administrativt tungrovt.

Inslaget av privata försäkringar är internationellt sett liten när det gäller vård och omsorg om äldre. I de länder som har äldreomsorgsförsäkringar fungerar de i de flesta fall huvudsakligen som ett komplement.²⁹⁹

Höjda egenavgifter?

Långtidsutredningen 2008 pekade på möjligheten med ett ökat ansvar för den enskilde. Kan högre avgifter bidra till finansieringen av morgondagens äldreomsorg?

För 2017 gäller att den högsta avgift som en kommun får ta ut per månad för äldreomsorg och hälso- och sjukvård är 2 013 kronor. När avgiften är betald ska omsorgsmottagaren garanteras ha kvar ett minimibelopp som för ensamboende uppgår till 5 057 kronor år 2017. Några förslag att äldre personer med låga pensioner ska få sänkt minimibelopp har inte framförts i debatten, däremot höjd högsta avgift (ibland felaktigt benämnd ”maxtaxa”). Frågan är då i vilken utsträckning det går att höja avgifterna för de som har råd att betala.

Genomsnittligt i landet täcker avgifterna 3,8 procent av äldreomsorgens kostnader. Enligt en kartläggning Socialstyrelsen gjort 2014 var 18 procent av de som hade äldreomsorg avgiftsbefriade och 38 procent kunde betala full avgift.³⁰⁰ Det är således denna grupp om 38 procent av omsorgsmottagarna som skulle kunna bidra med mer.

²⁹⁸ Svensk Försäkring. *Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick*. Svensk försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd del 3, 2013.

²⁹⁹ Svensk Försäkring. *Vård- och omsorgssystemens utformning och finansiering – en internationell utblick*. Svensk försäkrings rapportserie Vår framtida välfärd del 3, 2013.

³⁰⁰ Socialstyrelsen. *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

Socialstyrelsen räknade år 2005 på hur mycket intäkterna skulle öka om avgiftstaket togs bort och avgiften sattes till 350 kronor per timme. Eftersom en majoritet har låga inkomster skulle medianavgiften då ha stannat vid 620 kronor per månad. En sådan förändrad taxekonstruktion skulle framför allt påverka en mindre grupp mer välbärgade hemtjänsttagare, varav flertalet har relativt små insatser. Kommunernas avgiftsintäkter skulle öka, men beräknades 2005 ändå enbart täcka 4,4 procent av äldreomsorgens kostnader.

I betänkandet *Bo tryggt – Betala rätt* (SOU 1999:33) gjordes bedömningen att skillnaderna i avgift mellan de som inte betalar något alls till de som betalar mest inte får vara för stort, eftersom stora skillnader skulle kunna minska tilltron till och viljan att skattefinansiera äldreomsorgen.³⁰¹ Detta mot bakgrund av att det enligt tidigare avgiftssystem förekom att personer som bodde i ålderdomshem betalade hela kostnaden, vid den tidpunkten över 20 000 kronor per månad.

Att höja högkostnadsskyddet är således ingen effektiv, eller ens självklar väg till att förbättra finansieringen av äldreomsorgen. Däremot kan det, som jag tar upp i kapitel 16, finnas skäl att se över effekterna av avgifter för vård och omsorg tillsammans med maten och hyran i det särskilda boendet.

En solidarisk och jämlik finansiering

Min utgångspunkt i denna utredning är den som framfördes i propositionen *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* och som en enig riksdag ställde sig bakom, att ”Den gemensamma finansieringen av vård och omsorg är en naturlig följd av solidaritetens principer. Den är grunden för ett system där var och en får hjälp och stöd efter behov – oberoende av personlig ekonomi, social bakgrund, kön eller ålder”.³⁰²

Hur samhället ska klara av finansieringen av välfärden i bred bemärkelse beror inte minst på att generationskontraktet består. Att vi alla tillsammans över generationerna tar ansvar för att barn

³⁰¹ SOU 1999:33 Boende- och avgiftsutredningen. *Bo tryggt–Betala rätt. Särskilda boendeformer för äldre samt Avgifter för äldre- och handikappomsorg.*

³⁰² Proposition 1997/98:113. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.*

och unga får utbildning, att personer med funktionsnedsättning och äldre personer får det stöd de behöver och att hälso- och sjukvården fungerar.

Samhällskontraktet är skört och kan påverkas av kulturförändringar, där individens självständighet betonas på bekostnad av individens ansvar för sina medmänniskor. Den kan urholkas av att innehållet i omsorgen försämras eller minskar med den effekten att de som kan köper kompletterande eller alternativa tjänster. Det kan minska viljan att betala för något som hen inte kan eller vill utnyttja utan ändå innebär att hen måste köpa privata tjänster. Ett sådant scenario skulle drabba de med små inkomster och stora omfattande behov som allra mest.

När media skriver om vården och omsorgen om äldre personer är det vanligtvis negativa artiklar. Hemtjänsten beskrivs som tidspressad, med minutanpassning som personalen måste arbeta efter, och äldre personer får ständigt möta nya personer. Att de flesta äldre personer uppger att de är nöjda med personalen framkommer vanligen inte i medias rapportering, åtminstone inte under 2015.³⁰³ Det är viktigt att ärligt kunna visa fram en vård och omsorg om äldre personer som faktiskt bidrar till värdighet och välbefinnande. Endast så kan ett förtroende skapas för välfärdsstaten. Det är det förslaget till Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer handlar om.

³⁰³ Meltwater. *Två miljoner tysta röster – analys av hur äldre människor och vård och omsorg om äldre beskrivs i media under 2015*. <https://d1bile9su2eskg.cloudfront.net/wp-content/uploads/sites/6/2016/09/Tva%CC%8A-miljoner-tysta-ro%CC%88ster.pdf> (hämtad 2017-03-08).

8 God kompetensförsörjning

I de inledande avsnitten i detta kapitel redovisar jag fakta och analyser om kompetensförsörjning nu och i framtiden. Det gäller vilken personal som finns i dag och hur många som kan behövas i framöver. Jag redovisar även underlag om vilken yrkeskompetens personalen bör ha för att ge god vård och omsorg. I dessa avsnitt redovisar jag mina bedömningar. I avsnitten 8.6 och framåt finns mina förslag. Ett undantag är dock avsnitt 8.3, som innehåller två förslag.

8.1 Några utgångspunkter

De kvalifikationer som personal inom vård och omsorg bör ha måste övervägas utifrån de behov av stöd som äldre personer inom vård och omsorg har. Jag har i kapitel 7 beskrivit vilka äldre personer som får offentlig vård och omsorg. Personalens förmåga att tillgodose de äldres behov är avgörande för vilken kvalitet tjänsterna får. God kvalitet i vård och omsorg bidrar till att upprätthålla hälsa och livskvalitet bland äldre personer som behöver vård och omsorg. Personalens kvalifikationer måste därför ses i förhållande till äldre personers hälsa, funktionstillstånd och sociala förhållanden.

Flertalet äldre med vård och omsorg har omfattande hjälpbehov

Jag vill redovisa några fakta om den kommunala vården och omsorgen som har betydelse för mina överväganden om kompetensförsörjning. Se vidare kapitel 7.

- Över 70 procent av äldre personer i särskilt boende har en demenssjukdom och även i hemtjänst/hemsjukvård har en ökande andel sådana sjukdomar.¹
- För att bli beviljad insatser från kommunerna har under senare år kommit att krävas ett allt större hjälpbehov.²
- Bland de som första gången får vård och omsorg från kommunen på Kungsholmen i Stockholm är 80 procent ensamboende. Genomsnittligt är de beroende av hjälp med fyra serviceinsatser, mer än hälften är beroende av minst en omvårdnadsinsats³ och en av sex är svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt. En tredjedel är svårt eller mycket svårt rörelsehindrade och en av tio är mycket oroliga eller otrygga samt lika många mycket svårt nedstämda.⁴
- En ökad andel av äldre personer som har hemtjänst får hjälp med personlig omvårdnad.⁵
- En allt större andel av de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende.⁶
- Ett år efter inflyttning till särskilt boende hade 33 procent avlidit, medan 60 procent bor där mer än 1,5 år.⁷

¹ Socialstyrelsen: *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm, 2014.

² Thorslund, M. & Silverstein, M.. *Care for older adults in the welfare state: theories, policies, and realities*. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company, 2009.

³ Med serviceinsats avses t.ex. praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor, hjälp med tillredning av måltider, enligt Socialstyrelsens definition i den officiella statistiken. Omvårdnad eller personlig omvårdnad är insatser som avser den enskilda personen, fysiskt och psykosocialt såsom: stöd, tillsyn, hjälp med dagliga aktiviteter (hygien, äta, röra sig).

⁴ Lagergren, M., Hedberg, R-M., Dahlén, I. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006-2013*. SNAC-K rapport nr 23-Vårdsystemdelen. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:1, Stockholm, 2014.

⁵ Socialstyrelsen: *Officiell statistik för åren 2008, 2013 och 2015*. Andelen av samtliga personer som får hemtjänst i landet som fick omvårdnadsinsatser ökade från 65 procent år 2008 till 66 procent 2013 och 67 procent år 2015.

⁶ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Lägesrapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.

⁷ Socialstyrelsen: *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015*. Stockholm, 2015. Uppgifterna avser de äldre personer i 180 kommuner som under andra halvåret 2012 flyttade till permanent särskilt boende, vilka följts till utgången av 2013.

- En allt större andel bland äldre personer som avlider gör det med vård och omsorg utanför sjukhus.⁸
- Äldre personer i särskilt boende får i genomsnitt tio läkemedel.⁹
- Av äldre personer i heldygnsoomsorg på Kungsholmen i Stockholm, år 2013, hade 55 procent mycket svår urininkontinens och nästan 60 procent avföringsinkontinens.¹⁰
- Personer 65 år och äldre använder drygt en tredjedel av den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården. Denna andel är högre för specialiserad hälso- och sjukvård och lägre för primärvård och specialiserad psykiatrisk vård.¹¹

Dessa uppgifter visar att de äldre personer som får vård och omsorg från kommunerna i dag har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd och oftast flera långvariga sjukdomar. En betydande andel har kognitiva nedsättningar och nedsatt psykisk hälsa. Många äldre personer är också stora användare av den specialiserade somatiska hälso- och sjukvården.

Vad gör personalen när de jobbar?

Socialstyrelsen genomförde en studie av vård- och omsorgspersonalens tidsanvändning i 49 kommuner mellan åren 1997 och 2004.¹² Undersköterskors arbetstid bestod i hög grad av direkt arbete med äldre personer, jämfört med andra yrkesgrupper. I särskilt boende var andelen 64 procent och i hemtjänst 45 procent. Cirka 20 pro-

⁸ Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

⁹ Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*, Stockholm: Socialstyrelsen 2008.

¹⁰ Lagergren, M., Hedberg, R-M. och Dahlén, I. *Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen. Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006-2013*. SNAC-K rapport nr 23-Vårdsystemdelen. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:1, Stockholm, 2014.

¹¹ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014. Uppgifterna är skattade för riket med stöd av uppgifter från Region Skåne.

¹² Socialstyrelsen. *Tid för vård och omsorg. Hur använder personal inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Materialet i denna studie är relativt gammalt, men såvitt känt saknas senare uppgifter som beskriver dessa förhållanden.

cent av personals tid i hemtjänst var restid.¹³ Personlig omvårdnad svarade för 35 procent av tiden i särskilt boende och 30 procent i hemtjänsten. Sjukvårdsuppgifter, inklusive rehabilitering, svarade för en begränsad del av arbetsuppgifterna. Nio av tio undersköterskor utförde dock sjukvårdsuppgifter på delegation från legitimerad yrkesutövare, det gällde nästan uteslutande läkemedelsdelning. De administrativa uppgifterna stod för cirka 15 procent av tiden inom hemtjänsten och cirka 10 procent vid särskilt boende. Det finns skäl att förmoda att andelen av undersköterskornas tid som går till hälso- och sjukvårdsuppgifter har ökat sedan denna studie genomfördes. En indikation på detta är att av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre 2012 utgjorde hälso- och sjukvårdens kostnader 24 procent.¹⁴

Drygt 40 procent av sjuksköterskornas tid gick till arbete direkt med äldre personer, varav huvuddelen var specifik omvårdnad. De administrativa uppgifterna svarade för 20 procent av tiden. Bland fysioterapeuter användes cirka hälften av arbetstiden till direkt arbete bland äldre personer och motsvarande andel för arbetsterapeuter var cirka 35 procent. För båda dessa yrkesgrupper svarade handledning av personal för mellan 12 och 20 procent av tiden. De biståndshandläggare som ingick i studien använde cirka 20 procent av sin tid till direkt arbete med äldre personer och drygt hälften till administrativt arbete.¹⁵

Läkare inom landstingens hälso- och sjukvård använder ungefär en tredjedel av sin arbetstid till direkt patientkontakt och ytterligare en tredjedel åt indirekt patientarbete (journalföring, remisser, intyg m.m.). Produktiviteten, mätt som antal besök per läkare, är låg jämfört med andra OECD-länder. Det finns även indikationer på att även andra yrkesgrupper inom landstingens hälso- och sjukvård har låg produktivitet.¹⁶

¹³ Resterande tid gick till administrativa uppgifter (dokumentation, planering, intern service, personalmöte etc.), egen utbildning eller handledning, telefonsamtal, nyckelhantering, samverkan, social samvaro mellan personal, rökpaus, kafferast etc.

¹⁴ Socialstyrelsen. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

¹⁵ Socialstyrelsen. *Tid för vård och omsorg. Hur använder personal inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Materialet i denna studie är relativt gammalt, men såvitt känt saknas senare uppgifter som beskriver dessa förhållanden.

¹⁶ SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*.

I en studie som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys¹⁷ genomfört tillfrågades sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter inom landstingens hälso- och sjukvård om det finns arbetsuppgifter som utförs av läkare men som de tillfrågade grupperna skulle kunna utföra i stället. Nästan hälften av sjuksköterskorna uppgav att det finns sådana uppgifter, var tredje undersköterska och nästan fyra av fem sjukgymnaster uppgav det. Motsvarande studier har inte gjorts inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer.

Här bör dock noteras att den yrkesmässiga sammansättningen skiljer sig kraftigt åt mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg om äldre. Nio av tio anställda hos kommunerna är undersköterskor, medan dessa utgör en begränsad andel hos landstingen.

Hur vill äldre personer att vården och omsorgen ska ges?

Äldre personer som får hemtjänst värderar kvalitetsegenskaper som är relaterade till personalen högst. Det är viktigt att personalen är ärlig, pålitlig och bemöter de äldre med respekt. Personalens kunskap och kompetens bedöms också som viktig, personalens tid för att utföra uppgifter, hjälp med mat och måltider samt tillgänglighet till personalen. God personkontinuitet är en central kvalitetsegenskap, där stora förbättringsbehov finns.

Äldre personer i särskilt boende har liknande värderingar om vad som är god kvalitet. Även bland dessa har förhållanden som har med personalens förhållningssätt störst betydelse. Viktigt är även att vid behov få kontakt med läkare, kvaliteten i sjukvårdande insatser, personalens tillgänglighet, personalens kunskap och kompetens samt maten.¹⁸

Av Socialstyrelsens undersökning om äldres uppfattningar om vården och omsorgen framgår att personalens bemötande får ett

¹⁷ Myndigheten för vårdanalys. *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*. Rapport 2013:9. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys 2013.

¹⁸ Engström, B. *Kvalitetsbarometern 2011. Brukarnas upplevelser av kvalitet i vård och omsorg i Halmstad, Kristianstad, Växjö, Kalmar och Karlskrona kommun. Sammanfattning*. Undersökningen omfattade 9 300 personer och resultaten överensstämmer med tidigare studier med samma metod. Personer som får hemtjänst och bor i särskilt boende tillfrågas bl.a. om hur de värdesätter olika kvaliteter i det stöd som de får.

gott omdöme. Majoriteten av de äldre har förtroende för åtminstone de flesta i personalen. Över tid har dock förtroendet minskat. I ett tjugotal kommuner uppger var femte svarande att de bara har förtroende för några eller ingen i personalen. Undersökningen visar att det finns ett tydligt samband mellan den äldre personens förtroende för personalen och den sammantagna bedömningen av det stöd de får. Hemtjänstbrukarnas förtroende främjas av att:

- personalen bemöter de äldre på ett bra sätt
- personalen utför sina arbetsuppgifter på ett bra sätt
- personalen tar hänsyn till den äldres åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras
- de kan påverka vid vilka tider personalen ska komma
- det är lätt att komma i kontakt med hemtjänsten vid behov och att hemtjänsten meddelar förändringar i hjälpen
- personalen kommer på avtalad tid.

Ett högt förtroende för hemtjänsten är förknippat med god trygghet.

Av öppna svar framgår bl.a. att personalen inte alltid verkar kunna bedöma om de äldres hälsa försämras och hur de i så fall ska agera. Det finns också kritik mot utförandet av hemtjänstinsatserna.

I särskilt boende har de äldres förtroende för personalen främst samband med deras upplevelse av bemötandet, men även inflytande och insatsernas utförande har stor betydelse. Både äldre själva och anhöriga lyfter i de öppna svaren bl.a. fram brister i personalens bemötande.¹⁹

Vad är god kompetensförsörjning?

Kompetensförsörjning är en process i en organisation för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens hos personalen för att nå verksamhetens mål och tillgodose dess behov. Ansvaret för kompe-

¹⁹ Socialstyrelsen. *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden.

tensförsörjningen ligger i första hand på huvudmännen för socialtjänst och hälso- och sjukvård, samt på privata utförare. Staten har ett övergripande ansvar för kompetensförsörjning genom en rad åtgärder inom flera politikområden såsom: arbetsmarknad, arbetsmiljö, utbildning, näringspolitik, regionalpolitik, migration, jämställdhet och äldrepolitik m.fl.

Kompetensförsörjning innefattar dels att det finns personal, dels att dessa har rätt kompetens. God kompetensförsörjning innebär att det finns tillräcklig tillgång till yrkeskompetent personal för att motsvara den efterfrågan som huvudmän och utförare vid varje tillfälle har. Kompetensförsörjning har både rumsliga och tidsmässiga aspekter. Det ska finnas tillräcklig tillgång till kompetent personal i hela landet, vid alla tider på året och för arbete vid alla tider på dygnet. Arbetsmarknadens sätt att fungera har stor betydelse för kompetensförsörjningen.

Kompetens är en individs förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskaper och färdigheter. Genom det formella utbildningssystemet, informellt och livslångt lärande skapas och upprätthålls tillgång till yrkeskompetent personal.

En kvalifikation uppnår en individ när ett behörigt organ fastställer att en person har vissa kunskaper, färdigheter och viss personlig kompetens. Det kan vara en arbetsgivare, ett statligt organ eller en organisation som fastställer att en person är kvalificerad för ett visst arbete. En person kan därför ha viss kompetens utan att vara kvalificerad för ett specifikt arbete.

I kompetensförsörjning inryms även överväganden om vilken sammansättning av yrkeskompetenser personalen inom en viss verksamhet bör ha. Personalens kompetens har avgörande betydelse för resultatet i tjänsteproducerande verksamheter. För att uppnå god kvalitet i verksamheten har därför en väl fungerande kompetensförsörjning stor betydelse.

8.2 Dagens personal

Vilken personal?

Personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som arbetar med äldre personer kan delas in i två grupper utifrån hur stor del av personalens arbete som avser äldre personer.

1. Den första gruppen är personal som arbetar inom verksamhet som riktar sig till personer i alla åldrar, men där äldre personer, i synnerhet i vissa delar, utgör en relativt stor del av patienterna. Hit räknar vi akutsjukvård, primärvård och psykiatri.
2. Den andra gruppen är personal som helt eller till övervägande del arbetar med äldre personer. Till denna grupp räknar vi geriatrik samt kommunal vård och omsorg om äldre.

Jag har valt att lägga mitt fokus på grupp två ovan, särskilt den kommunalt finansierade vården och omsorgen, och mer översiktligt behandla grupp ett.

Tillgången till statistik över personal är begränsad då det saknas en officiell personalstatistik. För legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns Socialstyrelsens HoSp-register²⁰. Statistiska Centralbyrån har ett yrkesregister²¹ där uppgifter kan knytas till bransch. Detsamma gäller lönestatistiken. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har uppgifter om personal anställda i kommuner och landsting.

Kraftig ökning av sjuksköterskor och läkare

Sedan 1995 har antalet läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård ökat från 25 425 till 39 524 år 2013. Det är en kraftig ökning, även i förhållande till befolkningsförändringarna. Från 2,9 läkare per 1 000 invånare till 4,1 mellan de båda åren. Sverige är bland de länder som har flest läkare per invånare. Antalet specialister i allmänmedicin har dock ökat långsamt under en längre tid och uppgick 2013 till 6 195.

Antalet sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården, hos kommuner, landsting och regioner, har mellan åren 1995 och 2013 ökat från 85 263 till 107 253, motsvarande 26 procent. Det innebär en ökning från 9,6 per 1 000 invånare till drygt 11 per 1 000 invånare. Ökningen har planat ut mellan åren 2007 och 2013. Sverige ligger i mellanskiktet av OECD-länder ifråga om sjukskötersketäthet.

²⁰ HOSP-registret är registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

²¹ Vi har beställt en bearbetning av detta register där det samkörts med SCB:s utbildningsregister för att beskriva förekomst av yrkesutbildning bland undersköterskor inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

Antalet undersköterskor har minskat inom landstingens hälso- och sjukvård, från 4,6 per 1 000 invånare till 3,9 mellan åren 1995 och 2014. Under samma period har antalet undersköterskor ökat kraftigt i kommunerna, från 4,5 till 12,5 per 1 000 invånare samtidigt som antalet vårdbiträden minskat.²² Utvecklingen kan delvis förklaras av att många kommuner under tidsperioden övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende från landstingen. I nästa avsnitt beskriver jag närmare personalen i kommunernas vård och omsorg.

Kvarts miljon anställda i kommunernas vård och omsorg om äldre

Den vård och omsorg om äldre som finansieras av kommunerna hade 2015 drygt en kvarts miljon anställda personer. Av dessa var cirka 229 000 eller 90 procent undersköterskor, vårdbiträden, skötare, vårdare och liknande. Mellan åren 2009 och 2015 ökade antalet anställda med cirka 28 600 personer, vilket är en ökning med nästan 13 procent. Jag använder begreppet undersköterska som en samlingsbeteckning för dem som i statistiken har yrkesbeteckningarna undersköterska, vårdbiträde och de anställda som tillhör kategorin övrig vård- och omsorgspersonal. Ibland redovisar jag dock dessa yrkeskategorier för sig.

Mellan åren 2009 och 2013 har antalet anställda i befattningskategorin undersköterska ökat mycket kraftigt, med 35 procent. Samtidigt har antalet vårdbiträden minskat, men inte lika mycket. Den ändring av sättet att klassificera anställd personal i yrkesgrupper som genomfördes mellan 2013 och 2014 har medfört att antalet anställda i kategorin övrig vård- och omsorgspersonal har ökat mycket kraftigt. Hit hör vårdare och skötare, men sannolikt har även personal med andra benämningar förts hit. En jämförelse av antalet undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal sammantaget mellan åren 2009 och 2015 visar en ökning med cirka 23 700 anställda eller 12 procent under denna sexårsperiod.

²² SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*.

Antalet sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och biståndshandläggare ökade mycket kraftigt mellan åren 2009 och 2013. Antalet enhetschefer ökade däremot endast blygsamt under perioden. De tidigare kraftiga förändringarna har avstannat under de två senaste åren, 2014 och 2015.

Antalet medarbetare per enhetschef har ökat påtagligt mellan åren 2009 och 2015. Under 2009 var antalet medarbetare i utförarledet per enhetschef 54 anställda och motsvarande uppgift för 2015 var 60 anställda.²³

Trots den kraftiga ökningen av personal i yrken som vanligtvis förutsätter högskoleutbildning²⁴ så ökade andelen i personalen med sådan utbildning endast blygsamt. År 2009 var denna andel 8,9 procent och fram till 2013 ökade andelen med en procentenhet till 9,9 procent. År 2014 var denna andel – 10 procent – i stort sett oförändrad mot år 2013.

Dessa uppgifter har hämtats från lönestatistiken från kommunerna och avser personer som varit anställda i november månad och arbetat minst 5 procent av heltid under månaden. Det innebär att all personal, oberoende av anställningsform och sysselsättningsgrad finns med. För privata utförare saknas tyvärr tillförlitliga uppgifter från Statistiska Centralbyrån om personal inom vård och omsorg om äldre. Därför har denna personal skattats utifrån den andel av hemtjänsten och det särskilda boendet som utfördes respektive år av privata utförare. Personalbemanningen hos privata utförare har antagits vara densamma som hos kommunerna.²⁵

²³ Till medarbetare har vi här räknat undersköterskor, vårdbiträden, övrig vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

²⁴ Hit har vi räknat sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, enhetschef och biståndshandläggare.

²⁵ I bilaga 5 finns en detaljerad beskrivning av datakällor, bearbetningar och kvalitetssäkring av Statistiska Centralbyråns arbete.

Tabell 8.1 Antal anställda personer i vård och omsorg finansierad av kommunerna (kommunala och privata utförare), fördelat på yrken, för åren 2009, 2011, 2013 samt 2014 och 2015

Antal anställda samt procentuell förändring

Yrkesgrupp/År	2009	2011	2013	Förändring 2009-2013 (%)	2014	2015	Förändring 2014-2015 (%)
Undersköterskor	92 356	118 633	124 758	+32 402 (+35)	129 494	127 703	-1 791 (-1)
Vårdbiträden	100 434	97 871	84 006	-16 428 (-16)	62 828	63 828	+1 000 (+2)
Övrig vård- och omsorgspersonal	12 468	14 521	14 514	+2 046 (+16)	38 721	37 454	-1 267 (-33)
Deltotal	205 258	231 025	223 278	18 020 (9)	231 043	228 985	2 058 (-1)
Sjuksköterskor	10 465	12 295	12 982	+2 517 (+24)	13 741	13 419	-322 (-2)
Fysioterapeuter	1 014	1 430	1 574	+560 (55)	1 664	1 656	-8 (0)
Arbetssterapeuter	1 932	2 220	2 443	+511 (+26)	2 595	2 610	+15 (0)
Enhetschefer	4 061	4 125	4 193	+132 (+3)	4 130	4 135	+5 (+0)
Bistånds- handläggare	2 819	3 170	3 316	+795 (+21)	3 368	–	–
Totalt¹	225 549	254 265	247 786	+22 237 (+10)	253 173	250 805	-2 368 (-1)

Källor: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning, samt för uppgifter om biståndshandläggare, Sveriges Kommuner och Landstings personalstatistik.

Uppgifterna avser antalet anställda i november månad respektive år, oberoende av sysselsättningsgrad eller anställningstid. Yrkeskoderna ändrades mellan åren 2013 och 2014, varför det inte är möjligt att jämföra uppgifter före och efter denna omläggning.

Eftersom tillförlitliga uppgifter om privata utförarens personal saknas, har uppgifterna för dessa skattats. I denna skattning har den andel av utförda hemtjänsttimmar som utfördes av privata utförare respektive andelen äldre som bodde i särskilt boende som drevs av privata utförare för de aktuella åren använts. Bemanningen i privat verksamhet för respektive yrkesgrupp har förutsatts vara densamma som i kommunerna. Mycket talar för att den faktiska bemanningen inte är densamma som i kommunerna, men i avsaknad av tillförlitlig statistik har vi nödgats tillämpa detta förfaringsätt.

¹ Totaluppgifterna för åren 2014 och 2015 är exklusive biståndshandläggare, då uppgift om antalet biståndshandläggare för år 2015 saknas.

Kvinnorna dominerar helt bland personalen inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Det finns inte någon påtaglig förändring över tid i detta avseende. För undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal är det drygt var tionde anställd som är man. Bland sjuksköterskor, arbetssterapeuter och enhetschefer är andelen män ännu lägre. Allra lägst, cirka fem pro-

cent, är andelen män bland biståndshandläggare. Högst andel finns bland fysioterapeuter, bland vilka knappt var femte anställd är man. Utvecklingen från 2011 till 2015 framgår av tabell 8.2.

Tabell 8.2 Andel män i kommunernas vård och omsorg om äldre personer, fördelat på yrkesgrupper, för åren 2011, 2013, 2014 och 2015

Procentandel

År/Yrkesgrupp	2011	2013	2014	2015
Undersköterskor	5	5	6	7
Vårdbiträden	14	15	14	16
Övrig vård- och omsorgspersonal	22	24	21	22
Deltotal	11	11	11	12
Sjuksköterskor	8	8	8	8
Fysioterapeuter	19	18	19	19
Arbetssterapeuter	5	5	6	7
Enhetschefer	11	10	10	9
Biståndshandläggare	5	6	5	–

Källa: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning och för biståndshandläggare Sveriges Kommuner och Landstings personalstatistik. För yrkesgrupperna undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal kan uppgifterna för 2011 och 2013 inte jämföras med uppgifterna för 2014 och 2015. Däremot är deltotalen för dessa yrkesgrupper jämförbara för samtliga år.

Som framgår av tabellen finns för vissa yrkesgruppen en blygsam ökning av andelen män mellan 2014 och 2015. Det är dock för tidigt att avgöra om den är ett uttryck för en trend.

Eftersom sysselsättningsgraden varierar mycket bland anställda inom vård och omsorg om äldre i kommunerna är antalet årsarbeten ett bättre mått på personalens omfattning än antalet anställda. Detta mått innebär att sysselsättningsgraden för varje anställd person har använts för att räkna om antalet personer till antal årsarbetare. Två personer som båda arbetar 50 procent av heltid blir alltså en årsarbetare.

Av tabell 8.3 framgår utvecklingen av antalet årsarbeten per yrkesgrupp.

Tabell 8.3 Antal årsarbeten i vård och omsorg finansierad av kommunerna (kommunala och privata utförare), fördelat på yrken, för åren 2009, 2011, 2013 samt 2014 och 2015

Antal årsarbeten samt procentuell förändring

Yrkesgrupp/År	2009	2011	2013	Förändring 2009–2013 (%)	2014	2015	Förändring 2014–2015 (%)
Undersköterskor	81 589	93 873	99 658	+18 069 (+22)	103 729	102 911	-818 (-1)
Vårdbiträden	64 778	63 020	55 011	-9 767 (-15)	38 881	39 260	+379 (+1)
Övrig vård- och omsorgspersonal	9 816	10 010	10 216	+400 (+4)	27 236	26 065	-1 171 (-4)
Deltotal	156 183	166 903	164 885	+8 702 (+6)	169 846	168 236	-1 610 (-1)
Sjuksköterskor	8 676	9 873	10 640	+1 964 (+23)	11 182	10 933	-249 (-2)
Fysioterapeuter	1 029	1 276	1 417	+388 (+38)	1 514	1 519	+5 (0)
Arbetssterapeuter	1 695	1 970	2 175	+480 (+28)	2 333	2 366	+33 (+1)
Enhetschefer	3 923	4 000	4 085	+162 (+4)	4 018	4 021	+3 (+0)
Bistånds handläggare	2 429	2 747	2 861	+432 (+18)	2 900	–	–
Totalt¹	172 906	186 769	186 063	+13 157 (+8)	188 893	187 075	-1 818 (-1)

Källor: Statistiska Centralbyrån, särskild bearbetning, samt för uppgifter om biståndshandläggare, Sveriges Kommuner och Landstings personalstatistik.

Uppgifterna avser antalet årsarbeten för anställda i november månad respektive år, oberoende av sysselsättningsgrad eller anställningstid. Yrkeskoderna ändrades mellan åren 2013 och 2014, varför det inte är möjligt att jämföra uppgifter före och efter denna omläggning.

Eftersom tillförlitliga uppgifter om privata utförarens personal saknas, har uppgifterna för dessa skattats. I denna skattning har den andel av utförda hemtjänsttimmar som utfördes av privata utförare respektive andelen äldre som bodde i särskilt boende som drevs av privata utförare för de aktuella åren använts. Bemanningen i privat verksamhet för respektive yrkesgrupp har förutsatts vara densamma som i kommunerna. Mycket talar för att den faktiska bemanningen inte är densamma som i kommunerna, men i avsaknad av tillförlitlig statistik har vi nödgats tillämpa detta förfaringsätt.

¹ Totaluppgifterna för åren 2014 och 2015 är exklusive biståndshandläggare, då uppgift om antalet biståndshandläggare för år 2015 saknas.

Sammantaget för alla yrkesgrupper är det en betydande ökning av arbetsvolymen mellan åren 2009 och 2013, en utökning med cirka 12 100 årsarbeten eller 7 procent under fyraårsperioden. Denna utveckling har fortsatt även 2014, men under 2015 har det skett en viss stagnation. Det är inte möjligt att bedöma om denna utveckling mellan två år är ett trendbrott, eller en tillfällig minskning.

Den helt dominerande andelen av vård- och omsorgsarbetet, cirka 90 procent, utförs av undersköterskor, vårdbiträden och per-

sonal i kategorin övrig vård- och omsorgspersonal. De svarar också för merparten av den nya arbetsvolym som tillkommit under senare år. Men som framgår av tabell 8.3 är ökningstakten i antal årsarbeten betydligt högre för sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och biståndshandläggare. Precis som jag beskrivit ovan när det gäller antal anställda så är enhetscheferna undantag. Antalet årsarbeten för enhetschefer har inte utökats alls i samma takt som antalet årsarbeten för medarbetare.

Över hela perioden 2009 till 2015 har genomsnittligt cirka 2 700 ytterligare årsarbeten tillkommit per år. Det innebär en ökning med knappt 9 procent²⁶ på sex år. Under samma period har antalet personer i befolkningen som är 85 år eller äldre ökat med 4,1 procent. Antalet personer i dessa åldrar kan ses som en grov behovsindikator. Ökningen av personaltillgången under perioden har alltså varit större än ökningen av antalet personer i höga åldrar.

Fyra av tio undersköterskor saknar yrkesutbildning

Av de kvinnliga undersköterskor som arbetade i hemtjänst/hemsjukvård eller på särskilda boenden för äldre²⁷ 2015 hade 62 procent yrkesutbildning för sitt arbete. Bland männen var denna andel 37 procent.²⁸ För kvinnor ökade andelen mellan åren 2008 till

²⁶ I denna beräkning har jag inkluderat ett antaget värde för antalet biståndshandläggare 2015, samma som 2014, 2 900 årsarbeten.

²⁷ I beräkningarna har SNI-koderna 88102 Öppna sociala insatser för äldre personer och 87301 Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre personer använts. För att säkerställa att även personal som arbetar inom hemsjukvård och i dagverksamhet finns med inom dessa grupper har Sveriges Kommuner och Landsting genomfört en matchning av uppgivet arbetsställe i den kommunala personalstatistiken mot SNI koderna. Resultatet visar att de båda använda SNI-koderna även inkluderar personal som arbetar inom hemsjukvård och dagverksamhet.

²⁸ Dessa andelar är lägre än de som Socialstyrelsen tidigare redovisat, t.ex. i rapporten "Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2013". Där redovisades att andelen med yrkesutbildning bland personer som arbetade i särskilt boende ökat från 74 procent till 83 procent mellan åren 2008 och 2012. Motsvarande för personal i hemtjänsten var 67 procent till 75 procent mellan åren 2009 och 2012. Dessa uppgifter var självrapporterade från kommunerna i den s.k. kommun- och enhetsundersökningen och omfattade endast månadsanställd personal. Ytterligare en skillnad är att Socialstyrelsen i sin undersökning inkluderade personal som hade minst 1 000 poäng i yrkesämnen, medan den bearbetning SCB nu genomfört inkluderat dem som har yrkesämnen som krävs för examen i gymnasieskolan och motsvarande i komvux, för närvarande 1 400 poäng. Skillnaden är cirka 20 procentenheter mellan Socialstyrelsens rapport och den som jag nu redovisar – cirka 80 procent jämfört med cirka 60 procent av undersköterskorna har yrkesutbildning.

2013 från 58 procent till 62 procent och för män från 30 procent till 35 procent.²⁹

Andelen av undersköterskorna som hade yrkesutbildning för sitt arbete 2015 var betydligt högre bland dem som har yrkestiteln undersköterska jämfört med dem som var vårdbiträden och motsvarande, 76 procent jämfört med 30 procent år 2015. Samma skillnad fanns för männen. Andelen med yrkesutbildning var ungefär densamma för de som arbetade mindre än 18 timmar per månad jämfört med dem som arbetade mer än 18 timmar.

Bland kvinnliga undersköterskor som arbetade mer än 18 timmar per månad år 2015 var andelen som hade yrkesutbildning något högre bland inrikes födda (63 procent) jämfört med utrikes födda (57 procent). Bland män fanns inte någon sådan skillnad.

Det fanns påtagliga skillnader i andel som har yrkesutbildning relaterat till undersköterskans ålder. Bland dem som år 2015 var mellan 19 och 24 år och arbetade mer än 18 timmar per månad hade 36 procent yrkesutbildning, jämfört med 69 procent bland dem i åldrarna 35–64 år. Dessa skillnader fanns såväl för inrikes som utrikes födda personer.

Dessa uppgifter har jag hämtat från en bearbetning av officiell statistik som jag låtit Statistiska Centralbyrån genomföra. I bearbetningen ingår all personal anställd inom hemtjänst/hemsjukvård eller äldreboende³⁰ åren 2008, 2013 och 2015.

De anställda har delats in efter hur mycket de arbetar per månad samt efter kön, ålder och inrikes respektive utrikes bakgrund. Yrkeskoderna ändrades mellan åren 2013 och 2015 varför jämförelse inte kan ske mellan dessa år.

Med yrkesutbildning avses de personer som examinerats från en yrkesförberedande utbildning från gymnasieskolan dvs. vård- och omsorgsprogrammet och tidigare motsvarigheter till detta program inriktade mot vård och omsorg. Även de som fullgjort studier i yrkesämnen vid kommunal vuxenutbildning (komvux) motsvarande ungdomsutbildningens nivå, under respektive period, har

²⁹ Uppgifterna avser anställda med yrkesbenämning undersköterska, vårdbiträde och personal i kategorin övrig vård- och omsorgspersonal som arbetade mer än 18 timmar per månad.

³⁰ I bearbetningen ingår personal som arbetar i redovisade verksamheter oberoende av regi-form, kommunal eller privat regi. Det finns en viss osäkerhet när det gäller personal som arbetar i privat regi. För privata utförare gör Statistiska Centralbyrån ett urval varje år, som inte ger tillräcklig säkerhet vid redovisning på verksamhetsområdet vård och omsorg om äldre finansierat av kommunerna.

tagits med. Utbildningar som slutförs från höstterminen 1988 och framåt har inkluderats. Arbetsmarknadsutbildning som slutförts mellan åren 2007 och 2015 har också tagits med. Samtliga anställda som har studerat yrkesämnena till den för respektive år gällande normen har tagits med, även de som har annan högre utbildning. Det gäller även personer som slutfört ett annat gymnasieprogram än vård- och omsorgsprogrammet och som senare läst yrkesämnena inom detta program.

Stora variationer i bemanning

I Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård³¹ ställs frågan om antalet sjuksköterskor i tjänst vardagar dagtid vid särskilt boende för äldre. Antalet sjuksköterskor sätts i relation till antalet bostäder samt eventuella hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende som personalen på det särskilda boendet svarar för. Av de som lämnat svar i 2016 års undersökning framgår en variation mellan den kommun som hade minst antal sjuksköterskor 0,020 per bostad/hemsjukvårdsmottagare, Aneby, och den som hade mest 0,088, Skinnskatteberg. Det innebär att Skinnskatteberg hade närmare 4,5 gånger högre sjuksköterskebemanning än Aneby.

På motsvarande sätt kan antal omsorgspersonal dagtid per antalet bostäder i särskilt boende jämföras mellan kommunerna. Dessa uppgifter för 2016 visar att Ydre kommun hade 0,58 omsorgspersonal per bostad, medan Västerås hade 0,22 personal per bostad. Det innebär att Ydre hade cirka 2,5 gånger mer omsorgspersonal än Västerås.³² Denna skillnad kan måhända delvis förklaras av att den lilla kommunen Ydre har mindre äldreboenden än den större kommun, Västerås.

Antalet arbetsterapeuter och fysioterapeuter är också mycket olika mellan landets kommuner. I en jämförelse som Socialstyrelsen³³ gjort visades antalet personer 80 år och äldre i befolk-

³¹ www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/aldreomsorg/enhetsundersokningenomaldreomsorg 2016

³² Dessa uppgifter är kvalitetsgranskade i samband med insamlingen av dem.

³³ Socialstyrelsen. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Del II – Faktagrund och beräkningar*. Underlagsrapport till Investera nu! – uppdrag till nio myndigheter. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.

ningen per anställd arbetsterapeut respektive fysioterapeut, i såväl ordinärt som särskilt boende. Resultatet visade att det år 2002 i knappt 30 kommuner fanns 500 personer 80 år eller äldre i befolkningen per arbetsterapeut, medan det i drygt 10 kommuner var under 100 stycken 80-åringar och äldre per arbetsterapeut.³⁴ Det innebär att det i vissa kommuner fanns 5 gånger så många arbetsterapeuter som i andra i förhållande till den äldre befolkningen.

För fysioterapeuter var denna spridning än större. I 30 kommuner fanns en fysioterapeut per 900 personer 80 år eller äldre och i de 3 kommuner som hade flest fysioterapeuter fanns en sådan per 100 eller färre 80 år och äldre, dvs. en nio gånger högre bemanning. Dessa uppgifter är relativt gamla, men inget tyder på att situationen i dag är annorlunda. Det finns inget stöd för att behoven av vård och rehabilitering i befolkningen mellan kommuner skiljer sig åt, i synnerhet inte i paritet med de mycket stora skillnader i bemanning som beskrivits. Däremot finns vissa skillnader i ansvars- och uppgiftsfördelning mellan kommun och landsting som kan ha betydelse.

Antalet läkare med geriatrisk specialistutbildning är relativt lågt och de är ojämnt fördelade över landet. Mellan åren 2010 och 2014 utfärdades genomsnittligt 122 specialistbevis i geriatrik per år. En betydande andel av läkare som fått sådan utbildning är dock inte verksamma inom hälso- och sjukvården. Av nästan 1 200 läkare med specialistbevis i geriatrik i november 2013 var endast drygt 500 verksamma inom geriatrisk hälso- och sjukvård i landet. Drygt 380 av de som inte var verksamma som geriatriker hade ytterligare ett specialistbevis, oftast inom internmedicin eller allmänmedicin. Av de yrkesverksamma var 36 procent 55 år eller äldre. Vid en jämförelse av antalet geriatriker i förhållande till befolkningen på sjukvårdsregionnivå framkommer betydande skillnader. I Stockholmsregionen fanns 11 geriatriker per 100 000 invånare, jämfört med drygt 2 i södra regionen.³⁵

Det finns således stora skillnader i antalet yrkesutbildade i olika yrkesgrupper i förhållande till befolkning och till verksamheternas omfattning. Detta har betydelse för mitt uppdrag. En fråga är om antalet anställda och deras yrkesutbildning har någon betydelse för

³⁴ Uppgifterna bygger på personaluppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting och avser vård och omsorg om äldre personer samt omsorgen om funktionshindrade.

³⁵ Socialstyrelsen. *Tillgång på specialistläkare 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

vilken kvalitet vården och omsorgen har. En annan är hur framtida efterfrågan på personal ska bedömas, då variationerna i bemanning är så stora i utgångsläget. Det finns även skäl att ställa frågan hur en evidensbaserad praktik, med handledning och annat stöd från specialister till undersköterskor ska kunna genomföras när variationen i tillgång till sådan kompetens är så olika.

Sist men inte minst. Hur ska målen om en jämlik och jämställd vård och omsorg kunna nås om kompetenstillgången är så olika mellan kommuner?

Internationell utblick

Sverige har i jämförelse med andra OECD-länder mycket personal i förhållande till den äldre befolkningen. OECD samlade 2012 in uppgifter om antalet personer och årsarbeten för sjuksköterskor och undersköterskor³⁶ inom vård och omsorg om äldre. Av 35 tillfrågade länder kunde 23 lämna uppgifter. Resultaten visar att det finns en betydande skillnad både i antal personer och i antal årsarbeten, liksom i sammansättning av personalen mellan de länder som rapporterat uppgifter. Norge och Sverige har flest anställda sjuksköterskor och undersköterskor per person 65 år och äldre i landet. Omräknat till årsarbeten kvarstår dessa resultat. Sverige har 10,3 årsarbeten per person 65 år och äldre i befolkningen, medan Portugal och Slovakien har 0,5 respektive 1,2 årsarbeten per person 65 år och äldre. Det innebär att Sverige har tio gånger mer personal än de länder som har minst personal inom äldreomsorgen i förhållande till sin befolkning.

I flera av de jämförda länderna är en stor andel av personalen sjuksköterskor. Bland de länder som kunnat dela upp personalen på särskilt boende och hemtjänst³⁷ är 36 procent av yrkesverksamma personer i särskilt boende sjuksköterskor³⁸. I hemtjänst/hemsvård utgör de 26 procent av personalstyrkan. I Ungern är an-

³⁶ I rapporten används benämningen "personal care workers" och definieras som personal som ger personlig omvårdnad till äldre i institutioner eller i deras hem.

³⁷ Sverige har inte kunnat dela upp personalen på detta sätt.

³⁸ Sjuksköterskor i Sverige har en längre utbildning och utför fler uppgifter inom hälso- och sjukvården än sjuksköterskor i flera andra länder.

delen sjuksköterskor i särskilt boende högst, 93 procent, och lägst i Turkiet 7 procent.³⁹

I en studie av särskilda boenden i USA, Kanada, Tyskland, Norge och Sverige försökte man jämföra personalens antal och dess yrkeskompetens. Man fann att standarder för bemanning, faktisk bemanning, yrkesutbildning och professionell träning hos personalen inte gick att jämföra mellan länderna. Eftersom dessa förhållanden har betydelse för kvaliteten i vården och omsorgen bedömer man detta som en stor brist, i synnerhet då en växande skör grupp av äldre personer är beroende av den vård och omsorg som lämnas.⁴⁰

8.3 Har dagens personal tillräcklig yrkeskompetens?

Mina bedömningar: Vården och omsorgen om äldre personer har kvalitetsbrister som är relaterade till bristande yrkeskompetens hos personalen. Det innebär att äldre personer drabbas av brister i verksamheterna, som med bättre yrkeskompetens hos personalen skulle kunnat undvikas.

Utbildningar på gymnasial- och högskolenivå har inte skapat tillräcklig tillgång till yrkesutbildad personal med inriktning mot vård och omsorg om äldre. Ytterst drabbar detta äldre personers möjligheter att få god vård och omsorg.

Utgångspunkter för bedömningen

Frågan om dagens personal har tillräcklig yrkeskompetens kan bedömas från olika utgångspunkter. En är om det finns något samband mellan god yrkeskompetens hos personalen och god kvalitet i vård och omsorg om äldre, samt om kvalitetsbrister i verksamheten kan relateras till bristande kompetens hos personalen. Ett annat perspektiv är hur kompetensnivån ser ut i motsvarande verksamhet i andra länder och i verksamheter i Sverige som har liknande karaktär.

³⁹ OECD. *Long-term care data: progress in data collection and proposed next steps*. OECD Health Data National Correspondents. DELSA/HEA/HD(2016)3.B.

⁴⁰ Harrington, C., Choiniere, J., Goldmann, M., Fadnes Jacobsen, F., Lloyd, L., McGregor, M., Stamatoopoulos, V. & Szebehely M. Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries, i *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (1) 88-98. 2012.

God kvalitet har samband med kompetent personal

Inom äldreomsorgsforskningen har värdet av erfarenhetskunskapens betydelse för god kvalitet i verksamheten lyfts fram.⁴¹ Den formella utbildningen har problematiserats då den ansetts motverka erfarenhetskunskapen och riskera att objektifiera den äldre personen. Omsorgsgivarens teoretiska kunskaper och omsorgsyrkets professionalisering kan enligt dessa forskare skapa expertroller och paternalism. Familjeomsorgen är i detta perspektiv den ledande normen och för omsorgsarbete behövs kvinno-kunskap, snarare än formell utbildning.⁴² Även några studier som genomförts under senare år visar att omsorgsgivarna själva inte anser att de behöver någon formell yrkesutbildning. Äldre som får vård och omsorg lägger inte någon vikt vid utbildning, utan snarare personalens personliga egenskaper.⁴³

Andra svenska studier visar emellertid att formell utbildning kan betraktas som betydelsefull för att kunna ge god omsorg.⁴⁴ Personal som har formell yrkesutbildning visar mer förståelse för omsorgsmottagarnas behov.⁴⁵ Det finns även visst kunskapsstöd för att viss specifik fortbildning för undersköterskor har positiv inver-

⁴¹ Eliasson, R. Omsorg som lönearbete: om taylorisering och professionalisering. I R. Eliasson (red.) *Egenbeter och allmänbeter, en antologi om omsorg och omsorgens villkor*. Lund: Arkiv förlag, 1992. Waerness, K. *Kvinnor och omsorgsarbete*. Stockholm: Prisma 1983. Szebehely, M. *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv förlag 1995. Wahlgren, I. *Vem tröstar Ruth? En studie av alternativa driftsformer i hemtjänsten*. Stockholms Universitet, företagsekonomiska institutionen, Stockholm, 1996. Drugge. *Omsorgsinriktat lärande. En studie om lärande i hemtjänsten*. Luleå tekniska universitet, Institutionen för lärande, Luleå, 2003.

⁴² Dominelli, L. Deprofessionalizing social work: anti-oppressive practice, competencies and postmodernism. *British Journal of Social Work*, 26, s 153-175. 1966.

⁴³ Sörensdotter, R. *Omsorgsarbete i omvandling. Genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten*. (Akademisk avhandling) Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Stockholm, 2008. Elmersjö, M. *Kompetensfrågan inom äldreomsorgen. Hur uppfattningar om kompetens formar omsorgsarbetet, omsorgsbehoven och omsorgsrelationen*. (Akademisk avhandling) Linnéuniversitetet, Växjö, 2014.

⁴⁴ Astvik, W. *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. (Akademisk avhandling), Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2003. Johansson, S. *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm: Liber förlag, 2001. Andersson, Kr.: *Omsorg under förhandling. Om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. (Akademisk avhandling) Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete, 2007.

⁴⁵ Ahnlund, P. *Omsorg som arbete. Om utbildning, arbetsmiljö och relationer i äldre- och handikappomsorgen*. Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete, Nr 57, (Akademisk avhandling), Umeå, 2008.

kan på munhälsan bland äldre personer samt för att begränsa förekomsten av undernäring.⁴⁶

Internationella studier visar att kvalitetsbrister i särskilt boende för äldre har samband med låg bemanning.^{47 48} I en systematisk genomgång av 87 studier fann man att hög personaltäthet, särskilt bland sjuksköterskor, hade samband med bra vårdprocesser och vårdresultat mätt som funktionstillstånd, trycksår och viktning.⁴⁹ Även i andra studier har man funnit ett positivt samband mellan bemanningsnivå och resultat, bl.a. förekomst av brister i vårdkvalitet och sjukhusinläggningar.^{50 51} I ännu en genomgång av kunskapsläget finner man säkerställt vetenskapligt stöd för att förekomsten av geriatriska sjuksköterskor är positivt relaterat till låg förekomst av icke önskvärda händelser inom vården såsom trycksår, undernäring, fall och felaktig läkemedelsanvändning.⁵²

I en svensk studie har en analys genomförts av sambandet mellan kvalitet, kostnad och bemanning i särskilt boende. Kvalitetsmåttan är hämtade från Socialstyrelsens brukarundersökning samt två processmått från myndighetens kommun- och enhetsundersökning (andel med aktuell genomförandeplan samt andel med aktuell läkemedelsgenomgång). Man fann inget samband mellan kostnad per äldre person och kvalitet.⁵³ Vid värdering av studiens resultat bör beaktas att endast 7 procent av de äldre i särskilt boende själva besvarat undersökningen (se kapitel 15). De två

⁴⁶ Socialstyrelsen. *Fortbildning för undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen – en systematisk översikt om vetenskapligt stöd och effekter för äldre och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

⁴⁷ U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, prepared by Abt Associates Inc.: *Appropriateness of minimum nurse staffing ratios in nursing homes. Report to Congress: Phase II final* (Vol. I-III). Baltimore, MD: Author, 2001.

⁴⁸ Wagner, L. M. & Rust, T. B.: *Safety in long-term care settings; Broadening the patient safety agenda*. Edmonton, Alberta, Canada: Canadian Patient Safety Institute, 2008.

⁴⁹ Bostick, J. E., Rantz, M.J., Flesner, M.K., & Riggs, C. J. Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 366-376, 2006.

⁵⁰ Castle, N. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: A literature review. *Journal of Applied Gerontology*., 27, 375-405, 2008.

⁵¹ Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L. & Bowman, C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732-750, 2011.

⁵² Wunderlich, Gooloo S. and Kohler, Peter O. (Eds.). *Improving the Quality of Long-Term Care*. Committee on Improving Quality in Long-Term Care. Washington, 2001.

⁵³ Svenskt Näringsliv. *Värde i välfärden. Finns det något samband mellan kvalitet, kostnader och bemanning – en studie av äldreomsorgens särskilda boenden*. Stockholm: Svenskt Näringsliv, 2015.

använda processmåttan kan inte anses visa kvalitetsutfallet för vården och omsorgen som helhet, varför studiens resultat inte är tillförlitligt.

Tillsynserfarenheter

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar i sin rapport om tillsynserfarenheter 2015 att det finns många brister i kommunernas vård och omsorg om äldre som är relaterade till kompetensbrister. Bristerna bygger på tillsyn, anmälningar och klagomål som kommit till myndigheten.⁵⁴

IVO slår fast att ”personer som bor på särskilda boenden och personer som får hjälp från hemtjänst och hemsjukvård har många gånger komplexa och omfattande behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser. Detta ställer delvis nya krav på kompetens hos den personal som ger de äldre omvårdnad och omsorg.” När IVO inspekterar dessa verksamheter händer det att personalen själva ger uttryck för att de inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att tillgodose behovet hos de äldre. Många klagomålsärenden som kommit in till IVO handlar om hur insatser och åtgärder har utförts. De klagande kanske inte primärt tänker på att det brustit i kompetens hos personalen men IVO kommer ofta i sina bedömningar fram till att den orsaken är just kompetensbrister.

Även vård- och omsorgsgivarna lyfter fram brist på kompetens som en orsak till missförhållanden och vårdskador inom vården och omsorgen om äldre. I lex Sarah-anmälningarna har huvudmännen identifierat kompetensbrist som orsak i nära hälften av ärendena. När det gäller lex Maria-anmälningar förekom kompetensbrist som orsak i vart femte ärende. Vårdgivarna uttrycker också att de har problem med att rekrytera legitimerad personal. I ett antal ärenden har det framkommit att just sådan personal har saknats för att kunna göra riskbedömningar, planera vården och följa upp vidtagna åtgärder. IVO har också fattat ett antal beslut där det förekommit brister när det gäller kompetens hos vikarier. Tillsynen visar att

⁵⁴ Inspektionen för vård och omsorg. *Tillsynsrapport, 2015*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg, 2016.

brister i personalens kompetens bland annat har lett till användning av tvångsåtgärder såsom inlåsning utan lagligt stöd, brister i handläggning och dokumentation samt brister i planering av vård och omsorg. Det finns också exempel när det har visat sig att hela eller delar av arbetsgrupper har saknat tillräcklig kompetens om vård och omsorg för exempelvis personer med demenssjukdom.

Även inom landstingens hälso- och sjukvård finns betydande kvalitetsbrister som är relaterade till kompetensbrister. ”Den kompetens- och personalrelaterade problematik som IVO identifierat inom hälso- och sjukvården handlar dels om att det kan vara svårt för verksamheterna att hitta rätt kompetens, dels om att många verksamheter är underbemannade.” I rapporten lyfter IVO fram hur personalrelaterade problem får negativa konsekvenser för patienter inom flertalet av hälso- och sjukvårdens områden: ”I akut- och prehospitäl vård har IVO sett hur bristande kompetens lett till felbedömningar. På akutmottagningarna får icke-legitimerade läkare ta för stort ansvar i relation till deras erfarenhet och kompetens. Det finns också exempel på att patienter vid prehospitäl vård felaktigt har blivit lämnade hemma för egenvård.” ”Brist på specialistkompetens och stor personalomsättning inom den psykiatriska specialistsjukvården försvårar arbetet med en enhetlig och sammanhållen vård för patienten. Patienternas sjukdomstillstånd ställer ofta höga krav på kontinuitet som vården i dag inte alltid kan tillgodose. Brister i primärvårdens bemanning leder till en bristande kontinuitet. Detta ökar risken för felbehandlingar då uppföljning av vård och behandling i form av en planerad åtgärd, utredning eller uppföljning av en given ordination lätt missas. Inom den somatiska specialistsjukvården har hög arbetsbelastning resulterat i utebliven eller felaktig diagnostisering och behandling. Problematiken gällande bemanning var särskilt stor under sommarmånaderna.”⁵⁵

⁵⁵ Inspektionen för vård och omsorg. *Tillsynsrapport, 2015*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg, 2016.

Kompetensbeskrivningar och normering av yrkeskompetens

För några icke-legitimerade yrkesgrupper har kompetensbeskrivningar tagits fram och Socialstyrelsen har beslutat om allmänna råd. Det gäller biståndshandläggare och undersköterska.

Biståndshandläggare

Med stöd i en tidigare utarbetad rapport⁵⁶ med en kompetensbeskrivning för biståndshandläggare inom äldreomsorgen, beslutade Socialstyrelsen 2007 om ett allmänt råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer.⁵⁷ I dessa råd ges rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelserna om lämplig utbildning och erfarenhet i 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I råden rekommenderas att den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer bör ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Den som saknar tidigare erfarenhet av arbete inom området bör under minst ett år få planerad introduktion, stöd samt successivt få ta ansvar för ärenden.

För att självständigt arbeta med handläggning och uppföljning bör personalen ha teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter inom följande områden: äldre och åldrande, utredning och beslut, samtal och relationer, samverkan och samordning, regelverk och rättsutveckling, insatser samt uppföljning och utvärdering. Vidare bör personalen ha ett professionellt förhållningssätt, bl.a. för att sätta den äldre personens behov i fokus.

Socialstyrelsen rekommenderar också att personalen får kontinuerligt stöd och tillgång till handledning samt utbildning i syfte att utveckla sin kompetens och följa kunskapsutvecklingen inom området. Genom vidareutbildning på avancerad nivå bör personalen ges möjlighet att fördjupa eller bredda sina kunskaper inom sakområdet.

⁵⁶ Socialstyrelsen. *Socialt arbete med äldre. Förslag till kompetensbeskrivning för handläggare inom äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

⁵⁷ Socialstyrelsen: *Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer*. SOSFS 2007:17 (S) Allmänna råd.

Enhetschefer

Socialstyrelsen har övervägt att även utarbeta ett allmänt råd om enhetscheferns kompetens, men något sådant råd har inte utarbetats.

Undersköterskor

Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer

I rapporten *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer*⁵⁸ redovisade Socialstyrelsen ett arbete, i dialog med berörda intressenter, för att precisera yrkeskraven för undersköterskor. Yrkeskraven delades in i generella förmågor och uppgiftsrelaterade förmågor, varvid den av Världshälsoorganisationen rekommenderade terminologin i Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) användes.

Generella förmågor beskrevs under följande rubriker: yrkesmässig hållning, attityder och ideologier, samarbete, planera och utveckla arbetet, tekniker och produkter, miljöns betydelse samt system och policier. De uppgiftsrelaterade förmågorna beskrevs under dessa rubriker: stöd i personlig vård, stöd i hemliv, stödja brukarens/patientens hälsa och funktionsförmåga stödja brukarens/patientens relationer samt stödja brukarens/patientens delaktighet. Man framhöll även att det är nödvändigt att vård- och omsorgsassistenten⁵⁹ har förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska språket.

I den äldres tjänst – Äldreassistent ett framtidsyrke

Regeringen gav 2007 (dir. 2007:155) en särskild utredare uppdraget att lämna förslag till en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre kvinnor och män. I uppdraget ingick att lämna förslag till utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg

⁵⁸ Socialstyrelsen. *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

⁵⁹ I rapporten föreslogs att yrkesbeteckningen för undersköterskor borde vara vård- och omsorgsassistent.

samt yrkesbenämningar för omsorgspersonal som arbetar inom kommunernas omsorg och vård för äldre.

Utredaren föreslog bl.a. att ett nytt yrke borde skapas, äldreassistent. En lägsta nivå på kompetens för personal som arbetar inom vård och omsorg om äldre borde läggas fast. Med utgångspunkt i äldres behov formulerade utredaren elva nationella yrkeskrav inom följande kompetensområden: värdegrund, förhållnings-sätt och värderingsförmåga, kommunikation, lagar och regler, det friska (normala) åldrandet, åldrandets sjukdomar, funktionsbevarande omsorg, emotionell och social omsorg, kroppsnära omsorg, måltid, kost och näring, omsorg och vård i livets slut samt sjukvård.

Kompetenskraven föreslogs bli reglerade i en ny lag. I denna skulle en bestämmelse finnas om lägsta nivå på kompetens för personal som arbetar inom kommunalt finansierad omsorg och vård om äldre. Den som inte hade sådan kompetens skulle inte få arbeta ensam. Lagen skulle inte omfatta serviceuppgifter.

De som hade kompetens motsvarande yrkeskraven föreslogs få ett kompetensbevis och yrkestiteln äldreassistent. Socialstyrelsen föreslogs precisera yrkeskraven i föreskrift. Utredaren föreslog även att nationella kriterier för specialistkompetens skulle utformas för fyra specialiseringar på eftergymnasial nivå. Socialstyrelsen föreslogs precisera dessa närmare.⁶⁰

Huvuddelen av remissvaren på betänkandet *I den äldres tjänst. Äldreassistent – framtidsyrke* var positiva till att lägga fast en lägsta kompetensnivå för undersköterskor, medan flertalet avstyrkte ytterligare lagreglering. Uppfattningarna om yrkestiteln äldreassistent var splittrad och några förordade i stället omvårdnadsassistent eller omsorgsassistent. Merparten remissinstanser var tveksamma till de föreslagna behörighetskraven och förslaget om att omsorg skulle anses vara dominerande kunskapsbas möttes av blandade reaktioner.

⁶⁰ SOU 2008:126. Utredningen om yrkeskrav i äldreomsorg. *I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke.*

Allmänt råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre

År 2010 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ta fram ett vägledande underlag om vilka kunskaper som kan behövas dels för grundläggande arbete, dels för specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen (S2010/3179/ST). Uppdraget resulterade dels i ett allmänt råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre⁶¹, dels i en vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen.⁶²

I det allmänna rådet beskrivs de grundläggande kunskaper och förmågor som personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL bör ha. Dessa beskrivs under följande rubriker: värdegrund, förhållningsätt och bedömningsförmåga, kommunikation, regelverk, det normala åldrandet, åldrandets sjukdomar, funktionsbevarande omsorg m.m., social omsorg, kroppsnära omsorg, måltid, mat och näring, skötsel av hemmet, omsorg i livets slutskede samt hälso- och sjukvård m.m.

De kunskaper och förmågor som personalen bedöms behöva för att arbeta med stöd och hjälp till äldre personer enligt det allmänna rådet bedöms personerna kunna tillägna sig genom 1 100 poäng i de programgemensamma kurserna samt 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik i vård- och omsorgsprogrammet i gymnasieskolan eller genom motsvarande utbildning, dvs. sammanlagt 1 400 poäng i programgemensamma ämnen. Personalen bör även ha tillräckliga kunskaper i svenska för att uppnå förmågan att förstå, tala, läsa och skriva svenska i enlighet med de redovisade kunskaperna och färdigheterna. Dessa kunskaper bedömdes kunna inhämtas genom godkänd kurs i det gymnasiegemensamma ämnet svenska eller svenska som andraspråk i vård- och omsorgsprogrammet eller genom annan motsvarande utbildning.

⁶¹ Socialstyrelsen. *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre*. SOSFS 2011:12 (S) Allmänna råd.

⁶² Socialstyrelsen. *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

Personalen bör vid behov få fortbildning för att upprätthålla de kunskaper och förmågor som anges i råden, samt att följa kunskapsutvecklingen inom området.

Vägledning om specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen

Socialstyrelsen har även beskrivit vilka kunskaper undersköterskor kan behöva ha för att utföra specialiserade arbetsuppgifter inom områdena:

- omsorg och vård vid livets slut
- demenssjukdom
- psykisk sjukdom
- måltid, mat och näring
- funktionsbevarande omsorg.

De kunskaper och förmågor som beskrivs kan inhämtas på eftergymnasial nivå motsvarande yrkeshögskola eller högskola. Vägledningen avses vara ett stöd till arbetsgivare som planerar beställa eller upphandla vidareutbildningar, men även till utbildningsanordnare. Den innehåller dels gemensamma moment för samtliga specialiseringar, dels specifika delar.

Kravmärkt yrkesroll

Kravmärkt yrkesroll⁶³ har utvecklats av några kommuner i Stockholms län. Där formuleras yrkeskrav som har utarbetats och prövats i praktiskt omsorgsarbete. Yrkeskraven beskriver baskunskaper för att arbeta inom äldreomsorg och bedöms vara en stabil grund för professionalisering av yrkesområdet. För äldreomsorgen beskrivs yrkeskrav under följande områden: kontakt och samspel,

⁶³ Kravmärkt yrkesroll är en medlemsägd ideell organisation där kommunerna Enköping, Haninge, Huddinge, Nynäshamn, Södertälje samt Vårdbolaget Tio Hundra AB i Norrtälje är medlemmar. Kravmärkt yrkesroll utvecklar kunskaper om hur lärande ska byggas upp på arbetsplatser, certifierar och förmedlar certifierade yrkesbedömare som utför validering mot föreningens yrkeskrav samt certifierar kompetenshandledare som bedömer arbetsplatslärandet.

aktivitets- och relationsskapande, servicegivande, hälsofrämjande, planering och administration, aktivt deltagande i utvecklingen av arbetsplatsen.⁶⁴

Evidensbaserad vård och omsorg

Evidensbaserad praktik innebär att den professionelle väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser. Beslut om åtgärder ska grunda sig på ett så bra och tillförlitligt underlag som möjligt. Evidens kommer från vetenskapliga studier om insatsers effekter. Eftersom det inte alltid finns vetenskaplig kunskap om insatser som används i socialt arbete får man i vissa fall stödja sig på andra källor som säger något om nyttan med insatserna. Det viktiga är att vara öppen med vilken kunskap som finns om insatserna och att följa upp resultatet för de enskilda individerna.⁶⁵

I betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18) konstaterades att socialtjänstens arbete i för liten utsträckning baseras på kunskap om effekter av olika insatser, arbetssätt och metoder. Det långsiktiga målet föreslogs vara att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och ett antal förslag till åtgärder lades fram. Som en följd av utredningens förslag har regeringen under en följd av år träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att gemensamt stödja genomförandet.

I sin utvärdering av denna satsning konstaterar Statskontoret bl.a. att:

- överenskommelsen bidragit till verksamhetsutveckling inom socialtjänsten,
- steget fortfarande är långt till en mer systematiserad kunskapsutveckling,
- det krävs ytterligare insatser för att de stödstrukturer för kunskapsutveckling som har byggts upp i länen ska bestå.⁶⁶

⁶⁴ www.kravmarktyrkesroll.se

⁶⁵ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat

⁶⁶ Statskontoret. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport*. Stockholm: Statskontoret, 2014.

Inom det medicinska området sker en snabb kunskapsutveckling. Även inom omvårdnadsområdet har under de senaste decennierna den forskningsbaserade kunskapen ökat. Och så är fallet även inom rehabiliteringsområdet. Inom socialtjänstens område, och särskilt äldreomsorgen, är dock tillgången till handlingsrelevant kunskap till stöd för att utveckla en evidensbaserad praktik inte lika god.

För att uppnå god kvalitet inom vård och omsorg om äldre krävs att vård- och omsorgspersonalen har en sådan kompetens (kunskaper, erfarenheter och motivation) att de är intresserade av nya kunskaper och ges förutsättningar att fortlöpande utveckla sitt arbete.

Under ett och ett halvt år har tre lektorer vid Göteborgs Universitet delat sin tid mellan universitetet och äldreomsorgen inom så kallade kombinationstjänster. Avsikten var att lektorerna tillsammans med yrkesföreträdare inom äldreomsorgen skulle genomföra förändringsarbete med stöd av evidensbaserad kunskap. En utvärdering av satsningen visar att idén om evidensbaserad praktik ska kunna implementeras i äldreomsorgen behöver den först anpassas till verksamhetens förutsättningar och de som arbetar där måste få mer kunskap om vad det innebär. En viktig faktor att ta hänsyn till är att nästan 90 procent av personalen inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden som inte har högskoleutbildning. Samtliga berörda yrkesgrupper visade sig ha dåliga förutsättningar för kunskapsutveckling och det fanns ingen struktur uppbyggd för att arbeta med evidensbaserad praktik. Dessutom saknas det evidensbaserade metoder inom den del av äldreomsorgen som inte utgörs av hälso- och sjukvård. Utvärderarna anser att ”en befogad fråga verkar vara om det inte är dags att skapa en evidensmodell som bättre passar för äldreomsorg?”⁶⁷

Socialstyrelsens s.k. synlighetsundersökningar⁶⁸ visar att bara en minoritet av cheferna inom socialtjänsten ansåg att deras medarbetare hade tillräckliga kunskaper för att kunna bedriva ett evidensbaserat arbete. Endast 12 procent bedömde att personalen hade tillräckliga kunskaper härvidlag. Det område som hade minst

⁶⁷ www.fouvalfard.se/kunskapsstyrning-i-aldreomsorg-implementering-av-och-samarbete-kring-evidensbaserad-praktik

⁶⁸ Socialstyrelsen. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten 2007, 2010 och 2013 – Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

antal medarbetare med tillräckliga kunskaper var omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning.

För att kunna genomföra evidensbaserad praktik krävs tillgång till praktikrelevant kunskap, förmedlande strukturer, en arbetsorganisation som stödjer lärande och utveckling samt personal som inom sitt yrkesområde har dels grundläggande yrkesutbildning, dels förmåga och motivation att hålla sig uppdaterad på kunskapsutvecklingen och vara motiverad att delta i ständigt förbättringsarbete.

Brister i kvalitet relaterat till yrkeskompetens

Stroke är en av våra stora folksjukdomar som kräver insatser från både kommun och landsting. Resultatet som rör insatserna till personer som haft stroke ger en signal om kvaliteten i den sammantagna vården och omsorgen. Socialstyrelsen genomförde 2011 en nationell utvärdering av strokevården med utgångspunkt i gällande nationella riktlinjer.

I en studie av kommunernas insatser⁶⁹ konstaterade myndigheten att flera kommuner inte erbjuder rehabilitering efter stroke, trots att de enligt lag är skyldiga att göra det. Även samverkan mellan kommuner och landsting är otillfredsställande när det gäller rehabilitering efter stroke. Endast 58 procent av de kommuner som besvarat enkäten uppger att de har rutiner för att samordna rehabilitering för personer med stroke tillsammans med landstingen. Detta trots den föreskrift som finns om att de gemensamt ska utforma rutiner för samordning av rehabiliteringen för personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I Öppna jämförelser⁷⁰ redovisas två mått, dels tillgodosedda rehabiliteringsbehov tolv månader efter insjuknandet, dels funktionsförmåga 12 månader efter insjuknande. Uppgifter som avser 2015 visar att 56 procent av de äldre är nöjda med den rehabilitering de fått. Men mellan kommunerna finns stora variationer i

⁶⁹ Socialstyrelsen. *Strokevård. Delrapport kommunernas insatser. Nationell utvärdering 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

⁷⁰ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting: *Öppna jämförelser 2015: vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

denna andel, mellan 30 och 77 procent. Inga påtagliga könsskillnader finns dock. För indikatorn funktionsförmåga 12 månader efter stroke visar indikatorn förbättringar över tid. Andelen som var oberoende av hjälp ökade med sju procentenheter mellan 2013 och 2015. Mellan kommunerna varierade i 2015 års redovisning andelarna som lever självständigt mellan 53 procent och 88 procent.

Som jag redovisat i föregående avsnitt finns det mycket stora variationer mellan landets kommuner i bemanning, bland annat för fysioterapeuter och arbetsterapeuter, samtidigt som flera kommuner inte alls erbjuder rehabilitering och att resultaten mätt som funktionstillstånd för strokedrabbade äldre mellan kommunerna skiljer sig åt avsevärt.⁷¹

Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom visade förbättringar relaterade till personalens kompetens. Förekomsten av demenssteam hade ökat från 2002, då 35 procent av kommunerna hade ett sådant till 45 procent 2008. I tre av fyra kommuner fanns en eller flera demensjuksköterskor. I 17 procent av kommunerna fanns 2008 specialiserad hemtjänstpersonal, som enbart hade i uppdrag att arbeta med personer med demenssjukdom, jämfört med 9 procent 2002. Vidare framkom att drygt hälften av landets demensboenden hade minst en personal med en längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demens. Vid 43 procent av tillfrågade demensboenden hade samtliga i personalgruppen under åren 2012 eller 2013 genomgått webbutbildningen *Demens ABC*, och vid ytterligare 18 procent av enheterna mer än hälften av personalen. Vid vart fjärde demensboende fick personalen regelbunden handledning.

De redovisade resultaten visar att sammanställning av bästa tillgängliga kunskap i nationella riktlinjer och ett omfattande genomförandestöd kan ge positiva effekter för personalens kompetens, arbetsformer och härigenom kvaliteten i verksamheten. Fortsatt förbättringsarbete behövs dock, enligt utvärderingen. Det gäller bl.a.:

⁷¹ Strokedrabbade är en grupp av flera som behöver vård och omsorg både från kommun och landsting. Valet av denna grupp beror på tillgång till data om resultat. Andra grupper kunde också ha valts.

- fortsatt utveckling av personcentrerat arbetssätt,
- återkommande utbildning,
- att fler behöver handledning och att den bör ges oftare,
- fortsatt utveckling av ett teambaserat arbetssätt och samordningsfunktioner,
- samt att behoven hos äldre personer med utländsk bakgrund behöver uppmärksammas.⁷²

Hur är det i grannländerna?

Jag har i föregående avsnitt beskrivit tillgången till sjuksköterskor och undersköterskor i förhållande till personer 65 år och äldre i några OECD-länder. Här redovisar jag ytterligare några uppgifter från europeiska länder.

I Norge och i Danmark är den utbildning som motsvarar vård- och omsorgsprogrammet i Sverige cirka 4 år och i Finland 3 år, som i Sverige. I samtliga tre grannländer leder utbildningen till ett tydligt yrke med skyddad yrkestitel och i Norge och Danmark även legitimation. Det senare gäller även i 18 av 32 länder inom EU/EES, företrädesvis flertalet av de stora västeuropeiska länderna. Detta innebär inte nödvändigtvis en ensamrätt för dessa att utföra vissa vård- och omsorgsuppgifter, däremot knyts en specifik yrkesutbildning till ett yrke där ansvar och befogenheter är reglerade i lag. Det kan även ses som ett uttryck för ett bedömt kompetensbehov för att utföra vård- och omsorgsarbete bland äldre personer i respektive land.

Närgränsande verksamheter

En verksamhet värd att jämföras i bemanningshänseende med äldreomsorgen är förskolan. År 2014 var 43 procent av personalen förskollärare, som är en högskoleutbildning, 22 procent hade barnskötarutbildning, som är en gymnasial utbildning, och 24 procent

⁷² Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

saknade utbildning för arbete med barn. Under senare år har inte andelen förskollärare ökat, medan andelen barnskötare minskat något och andelen som saknar utbildning ökat.⁷³ I ett längre historiskt perspektiv utgjorde dock barnskötarna en större andel av personalen och i samband med att barnomsorgen fördes över från socialtjänsten till utbildningssektorn och fick nationella styrdokument som tydliggjorde verksamhetens mål och innehåll omvandlades en del barnskötartjänster varigenom andelen förskollärare ökade.

Uppgiften om att 43 procent av personalen har högskoleutbildning inom förskolan ska jämföras med 9 procent inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Andelen barnskötare på 22 procent ska jämföras med 55 procent yrkesutbildade undersköterskor och icke yrkesutbildad⁷⁴ personal 24 procent inom förskolan och 36 procent inom vården och omsorgen om äldre.

En sammanfattande bedömning – stolt men inte nöjd!

I mitt uppdrag ingår att bedöma om det för närvarande finns brister i personalens kompetens. Jag har nyss redovisat olika perspektiv och fakta för att bedöma denna frågeställning. Här redovisar jag min bedömning.

Många undersköterskor

Det är svårt att göra rättvisande jämförelser mellan olika länder ifråga om tillgång till yrkeskompetent personal. De försök som gjorts visar ändå att Sverige har förhållandevis många undersköterskor inom vården och omsorgen. Det är dock vanligt i många jämförbara länder att andelen sjuksköterskor i personalen är betydligt högre än i Sverige.⁷⁵ Det finns skäl att vara stolt över att vi har relativt mycket personal, men frågan är om de har tillräcklig yrkeskompetens.

⁷³ Kommunal. *Trygga famnar är inte utbytbara. Ge yrkesutbildade barnskötare fasta jobb i förskolan*. Stockholm: Kommunal, 2015.

⁷⁴ Med icke yrkesutbildad avses här att de inte har samtliga yrkesämnen från vård- och omsorgsprogrammet och dess tidigare motsvarigheter eller examen från vård- och omsorgsprogrammet eller dess föregångare.

⁷⁵ Här bör dock beaktas att sjuksköterskors utbildning och yrkespraktik inte är densamma i jämförda länder. Svenska sjuksköterskor utför vissa uppgifter som i andra länder utförs av läkare. I vissa länder utför sjuksköterskor uppgifter som i Sverige utförs av undersköterskor.

Räcker kompetensen för att uppnå nationella mål?

Den mest centrala frågeställningen är om vi har tillräckligt med yrkeskompetent personal för att erbjuda medborgarna en vård och omsorg som lever upp till nationella mål. Det finns tydligt kunskapsstöd för att både bemanningsnivån (antalet årsarbeten per person som får vård och omsorg) och den yrkeskompetens medarbetarna har (deras yrkesutbildning och yrkeserfarenhet) är relaterad till kvaliteten i tjänsterna (se avsnitt 8.2). För att kunna ge bra kvalitet i vård och omsorg måste alltså verksamheten ha en god bemanning och god yrkeskompetens hos medarbetarna.

Som jag redovisat gör den nationella tillsynsmyndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömningen att det finns påtagliga kvalitetsbrister i den vård och omsorg som kan knytas till brister i personalens yrkeskompetens. Det gäller kommunernas vård och omsorg, men även landstingens vård. Jämförelsen med förskolan är anslående. När den verksamheten bytte sektor från socialtjänst till skola och fick ett mer strukturerat pedagogiskt innehåll förändrades personalens yrkes- och utbildningsammansättning påtagligt. Till detta bidrog sannolikt även att skolsektorn har en tradition av starkare statlig styrning än vad som är fallet inom vård och omsorg. Även inom vården och omsorgen om äldre har verksamhetens förutsättningar och inriktning förändrats, genom Ädelreformen och tillkomsten av nationella riktlinjer och kvalitetsregister men yrkessammansättningen hos personalen har inte förändrats lika påtagligt som inom förskolan.

För att kunna erbjuda en jämlik och likvärdig vård och omsorg för befolkningen oavsett i vilken kommun den enskilda äldre personen bor krävs en god bemanning med tillräckligt yrkeskompetent personal i alla kommuner. De jämförelser som finns om hur många sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som finns i olika kommuners vård och omsorg om äldre är anmärkningsvärda. Det har inte undersökts om de skillnader som Socialstyrelsens utvärderingar visar i resultat inom t.ex. strokevården mellan kommunerna har samband med skillnaderna i tillgång till fysioterapeuter och arbetsterapeuter i kommunerna. Men det finns skäl att misstänka att det finns en koppling mellan dessa förhållanden, även om också andra faktorer som samarbetsförmåga mellan huvudmännen har betydelse för resultaten. På motsvarande sätt

har, enligt min bedömning, de nationella riktlinjerna för vård och omsorg om personer med demenssjukdom och det genomförande-stöd som staten erbjöd till huvudmännen, inte minst webbutbildningen *Demens ABC*, kraftigt bidragit till bättre kvalitet i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Andra faktorer som bidragit är utvecklingen av demenssjuksköterskor i kommunerna och vidareutbildning av undersköterskor inom demensområdet på yrkeshögskolan.

Ett viktigt inslag i den nationella styrningen under senare år har varit att stödja utvecklingen mot en mer kunskapsbaserad verksamhet. Den satsning som genomförts inom socialtjänsten har varit värdefull, men det är uppenbart att mycket återstår att göra. I dag har personalen sällan tillräckligt goda förutsättningar för att kunna arbeta evidensbaserat. Hindren för detta ligger både i bristande yrkeskompetens hos medarbetare, avsaknad av stöd från ledningen, organiseringen av arbetet samt bristfälligt kunskapsstöd och förmedlande strukturer. Förbättringar inom detta område skulle bidra till en bättre kvalitet i verksamheterna, men också till bättre arbetstillfredsställelse bland personalen.

Ökade krav på yrkeskompetens

Vid bedömningen av om dagens personal har tillräcklig kompetens måste även utvecklingen inom verksamheterna beaktas. En växande andel av den samlade vården och omsorgen sker utanför sjukhus och slutenvårdstiderna vid sjukhus har kortats ned. En ökad andel av den specialiserade hälso- och sjukvården sker i öppenvård. Samtidigt har det kommit att krävas allt större hjälpbehov för att komma ifråga för kommunens insatser. Detta tillsammans med ökad överlevnad bland äldre i svåra och komplexa sjukdomar har inneburit att hälsa och funktionstillstånd bland de äldre som personalen arbetar med i kommunernas vård och omsorg har blivit alltmer omfattande och komplexa. En ökad andel har kognitiva ned-sättningar, psykisk ohälsa och har flera sjukdomstillstånd.

Samtidigt som denna förändring skett har en ökad andel av de äldre som får vård och omsorg kommit att bo i ordinärt boende. I hemtjänst och hemsjukvård som ges i ordinärt boende arbetar oftast undersköterskan ensam. Det skapar både ett starkt beroende

från den äldre personens sida av undersköterskans närvaro och hens omsorg. Men också en stark utsatthet för undersköterskan i hens arbete. Arbetet har kommit att bli allt mer kvalificerat och krävande.

Otillräcklig nationell styrning?

Som jag redovisat har Socialstyrelsen utarbetat allmänna råd om vilka förmågor som biståndshandläggare och undersköterskor bör ha. De senare råden har också använts vid utformningen av styrdokumenterna i den senaste revideringen av gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram (GY11).

Ett grundproblem är emellertid att alldeles för få undersköterskor slutför yrkesutbildning motsvarande de yrkeskrav som Socialstyrelsen rekommenderat. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

Antalet sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och biståndshandläggare har ökat kraftigt sedan 2009. Det gäller även antalet årsarbeten som dessa utför. Men även antalet undersköterskor har ökat kraftigt. Det innebär att andelen av personalen som har sådana tjänster där det vanligtvis krävs högskoleutbildning endast har ökat med cirka 1 procentenhet mellan åren 2009 och 2015. Detta trots att denna andel, cirka 10 procent, är mycket låg jämfört med t.ex. förskolan och i än högre grad jämfört med landstingens hälso- och sjukvård.

Till detta kommer att endast cirka 60 procent av anställda undersköterskor har sådan yrkesutbildning som både staten och många kommuner och privata utförare sagt sig eftersträva. Sådana ambitioner har funnits under ett par decennier. Tidigare redovisade nationella uppgifter om denna andel har också varit högre och alltså visat en bättre situation i detta avseende än den jag redovisar.⁷⁶

⁷⁶ Det kan finnas flera skäl till skillnaderna. Ett är att mina beräkningar bygger på officiell statistik, medan tidigare uppgifter byggde på självrapporterade enkäter från huvudmän och privata utförare. Jag har även valt att ta med alla undersköterskor oberoende av anställningsform och sysselsättningsgrad. Ytterligare en skillnad är att mina uppgifter avser andelen av undersköterskorna som har slutfört studier i samtliga programgemensamma ämnen i vård- och omsorgsprogrammet, samt tidigare motsvarande gymnasiala program, medan tidigare uppgifter avsett hur stor andel som studerat 1000 poäng. Jag har valt 1 400 poäng då det överensstämmer med Socialstyrelsens allmänna råd inom området.

Yrkessammansättningen har inte anpassats

År 1985 saknade nästan 40 procent av den svenska befolkningen i arbetsför ålder gymnasieutbildning. År 2010 hade däremot nästan 40 procent i dessa åldrar högskoleutbildning.⁷⁷ Det har alltså skett en utbildningsmässig revolution de senaste decennierna. Det har förstås inneburit att tillgången till högskoleutbildad personal inom vård och omsorg har ökat kraftigt. Detsamma gäller även gymnasialt utbildad arbetskraft, dock inte med vård- och omsorgsinriktning.

Som jag ser det finns det två huvudproblem. Det första är att i den utbildningsexpansion som skett har inte utbildningar som förbereder elever specifikt för arbete inom vård och omsorg om äldre fått tillräcklig omfattning. Orsaken till detta är sammansatt – nationella styrsystem, elevers val och medborgarnas värdering av olika yrken och arbetsplatser samverkar till att vi fått denna effekt.

Det andra problemet är att verksamhetsansvariga och arbetsgivare inte i tillräcklig omfattning förändrat yrkessammansättningen bland medarbetarna och inte i tillräcklig grad anställt yrkesutbildade undersköterskor. Dessa båda problem förstärker varandra. Skälen till detta kan både vara otillräcklig tillgång till personer med undersköterskeutbildning och brister i rekryteringsprocessen.

Ytterligare en faktor som påverkat utvecklingen är att specialiserad vårdpersonal som traditionellt varit knutna till sjukhus, eller andra specialiserade funktioner inom landstingens hälso- och sjukvård, inte i tillräcklig omfattning följt patienterna till öppen vård och omsorg när vården omstrukturerats. Detta har medfört risker för kvalitetsbrister i vård- och omsorgsprocesser som omfattar både öppen och sluten hälso- och sjukvård och socialtjänst.

⁷⁷ SOU 2015:101. Långtidsutredningen. *Demografins regionala utmaningar. Bilaga 7 till Långtidsutredningen 2015.*

Min samlade bedömning

- Det finns kvalitetsbrister i kommunernas vård och omsorg som beror på bristande yrkeskompetens hos personalen.
- Utbildningar på gymnasial- och högskolenivå har inte skapat tillräcklig tillgång till yrkesutbildade personal med inriktning mot vård och omsorg om äldre.
- Kommunernas vård och omsorg om äldre behöver utveckla sin förmåga att bedriva en evidensbaserad praktik.
- Orsakerna till bristerna finns både hos huvudmännen och hos staten.

Det har inte saknats förslag och vissa åtgärder har vidtagits för att förbättra utvecklingen. Men det är uppenbart att de inte varit tillräckligt kraftfulla.

Jag vill slutligen understryka att min bedömning är att vi jämfört med andra länder har en bra vård och omsorg om äldre. Vi har mycket personal och medarbetarna gör ett gott arbete, trots många gånger bristfälliga förutsättningar. Många huvudmän och privata utförare har också gjort insatser för att utveckla sin kompetensförsörjning. Min bedömning är dock att staten, huvudmännen och privata utförare tillsammans behöver lägga fast långsiktiga strategier och vidta åtgärder inom flera områden för att förbättra kompetensförsörjningen. Det är särskilt viktigt med hänsyn till de stora behov av utbyggnad som vården och omsorgen står inför, samt växande krav på god kvalitet i verksamheterna.

8.4 Framtida krav på yrkeskompetens

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över befintliga allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre så att de svarar mot framtida krav på yrkeskompetens och legitimation av undersköterskor.

Mina bedömningar: Inom vuxenutbildning bör samma regler om kvalitetssystem gälla för privata utförare som nu gäller för kommuner.

Kraven på god yrkeskompetens hos personal inom vård och omsorg om äldre personer förväntas öka, när nya grupper äldre personer behöver vård och omsorg.

All personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer bör minst ha yrkesutbildning på gymnasial nivå och en ökad andel bör ha högskoleutbildning. Det behövs också fler yrkesgrupper med andra kompetenser.

All personal inom vård och omsorg – i kommuner och landsting och hos privata utförare – som arbetar med vuxna personer bör i sin yrkesutbildning ha moment av gerontologi och geriatrik.

Dagens utbildningar på gymnasial och eftergymnasial nivå förbereder inte alltid elever och studenter tillräckligt väl för att möta de framtida yrkeskraven och svarar inte tillräckligt väl mot framtida äldre personers behov av vård och omsorg av god kvalitet. Därför behövs förändringar i utbildningarnas innehåll.

Vem och vad avgör yrkeskompetensen?

I föregående avsnitt har jag visat att det finns kompetensbrister hos personalen inom vården och omsorgen om äldre personer, trots att den allmänna utbildningsnivån i samhället höjts påtagligt. Denna situation har uppkommit trots att Sverige under de senaste två decennierna inte haft någon särskilt kraftig ökning av antalet äldre i befolkningen. Mellan åren 1995 och 2015 ökade antalet personer i befolkningen som var 80 år och äldre med knappt 87 000 personer, eller med 21 procent. Därmed har inte heller anspråken på utökad vård och omsorg och personal varit så stora.

De kommande 20 åren står vi inför en helt annan demografisk utveckling. Mellan åren 2015 och 2035 förväntas antalet personer 80 år och äldre öka med nästan 883 000 personer eller 76 procent, dvs. med en ökningstakt som är mellan 3 och 4 gånger så stor som den senaste 20-årsperioden. Om lika stora andelar i olika åldersgrupper ska få kommunal vård och omsorg behöver verksamhetens omfattning, och därmed personalens antal, öka mycket kraftigt.

Innan jag redovisar hur jag ser på behovet av yrkeskompetens hos personalen framöver vill jag ge min syn på varför det blivit som det blivit. Det är en fördel att veta varför man är där man är när man ska orientera sig framåt.

Huvudmännen

Många huvudmän har ambitiösa mål och riktlinjer för sin personalpolitik. Man eftersträvar att endast anställa yrkeskompetent personal. Som regel är rekryteringen av personal decentraliserad till utförande enheter. Vid korttidsfrånvaro används i hög grad timavlönad personal. Rekryteringen sker inte sällan i tidsnöd, informellt genom den befintliga personalens personkontakter. Alltför ofta läggs inte tillräcklig vikt vid personalens, i synnerhet formella, yrkeskompetens i dessa situationer. Genom företrädesreglerna i lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) får personer som arbetat under viss tid företrädesrätt till tillsvidareanställning när sådana möjligheter öppnas. På detta sätt riskerar kommungemensamma mål och policies att åsidosättas. Många små beslut i utförarledet gör sammantaget att vård- och omsorgsgivarna inte når de mål som man själv satt upp.

I sina upphandlingar av privata utförare och de kommuner som använder lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, i sin vård och omsorg om äldre uttrycks ofta krav på personalens antal och yrkeskompetens.

Kommunerna har ansvaret för att ha personal med den utbildning och erfarenhet som krävs för att ge vård och omsorg av god kvalitet. Detta gäller även privata utförare. Kommunerna har även ansvaret för gymnasieskolan och den kommunala vuxenutbildningen. Härigenom har kommunerna ansvar, befogenheter och resurser för att klara sin kompetensförsörjning när det gäller yrkesutbildad personal på gymnasial nivå. Resursbrist kan självfallet begränsa möjligheterna att erbjuda tillräckligt många den utbildning som behövs och efterfrågas.

Antalet sökande elever till vård- och omsorgsprogrammet, samt dess föregångare, har också under lång tid varit alldeles för lågt för att ge ett tillräckligt tillskott av undersköterskor till arbetskraften.

Till detta har också bidragit att en del elever som påbörjat utbildningen inte examineras från programmet.

En del kommuner och privata utförare har egna långsiktiga strategier för sin kompetensförsörjning, men det finns också exempel på att kommuner och privata utförare avvaktar nästa statliga satsning på stimulansbidrag till kompetensutveckling. Ett sådant agerande finns inte anledning att förvåna sig över. Staten har sedan många år återkommande lämnat stöd av olika slag till kommunerna och till privata utförare för utbildningsaktiviteter. Härigenom har staten genom, ofta kortsiktiga, satsningar avlastat dem deras ansvar. Det kan självfallet ha bidragit till anpassningsbeteenden.

Andra skäl till svårigheterna att rekrytera och behålla yrkeskompetent personal kan vara bristfälliga förutsättningar för personer i vuxen ålder att skaffa sig yrkesutbildning, när man sedan tidigare har en gymnasial utbildning. För en del personer kan det också vara svårt eller omöjligt att finansiera sådana studier, utan stöd från Arbetsförmedlingen. Ytterligare ett skäl är svårigheterna att utveckla ett arbetsplatsförlagt lärande. I andra länder som Danmark, Tyskland och Finland finns väl utvecklade sådana former för lärande inom vård och omsorg. Men i Sverige har dessa former hittills haft svårt att utvecklas. De ersättningar som lämnas till utförare inkluderar som regel inte heller tid för läraaktiviteter, vilket torde krävas om dessa ska få det utrymme som krävs.

En allt större andel av personer som arbetar som undersköterska inom vård och omsorg om äldre har utländsk bakgrund. För att personer som är nyanlända ska kunna tillägna sig yrkesutbildning och få den språkkompetens som krävs behöver dessa studieformer förenas och knytas till arbetsplatserna i högre grad än för närvarande. Det finns också statligt stöd inom ramen för yrkesvux för denna form, liksom till lärlingsvux, men dessa former har ännu inte fått tillräcklig omfattning.

När det gäller högskoleutbildad personal är ett problem att alla vård- och omsorgsutbildningar är generalistutbildningar, som inte ger studenterna en sådan specifik kompetens som krävs för arbete inom vården och omsorgen om äldre. Arbetsgivarna måste självfallet svara för introduktion av nyanställda. Men bristande tillgång till högre utbildning i gerontologi och geriatrik är ett problem i kompetensförsörjningen.

Min erfarenhet är också att det är ovanligt att kommunerna gör systematiska analyser av vilka kompetenser hos personalen som krävs för att kunna erbjuda en vård och omsorg av god kvalitet. I stället tycks den befattningsstruktur som funnits historiskt återskapas fortlöpande genom att inrättade tjänster återbesätts.

Staten

Inom ramen för äldrepolitiken har staten preciserat yrkeskrav för några personalgrupper och genom vägledning och öppna jämförelser gett vägledning och stöd till kommunerna. Staten har också avsatt betydande medel för att stimulera yrkesutbildning för undersköterskor.

Inom utbildningspolitikens område har också stora satsningar genomförts för att finansiera yrkesutbildning för bl.a. undersköterskor. Dessa satsningar har ofta varit samordnade med arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Härigenom har grupper som står långt från arbetsmarknaden prioriterats för utbildning och anställningsstöd. Jag har erfarit att en del kommuner bedömt att de personer som genomgått arbetsmarknadsutbildning och som anvisas från arbetsförmedlingen med olika former av anställningsstöd ibland inte bedöms vara anställningsbara. Detta är självfallet olyckligt. Samordningen mellan myndigheter har inte alltid varit tillräckligt väl utvecklad.

Min uppfattning är att vården och omsorgen om äldre ska ta samma ansvar som andra branscher för att erbjuda personer som står långt från arbetsmarknaden möjligheter till praktik och arbete. Däremot är det inte rimligt att vården och omsorgen om äldre ska ta ett större ansvar än andra. Arbete inom vård och omsorg om äldre kräver kvalificerad yrkeskompetens. Genom svårigheter att rekrytera och behålla tillräckligt med personal uppkommer ett beroende av arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Det riskerar att bidra till en ond cirkel av låg status, dåliga arbetsvillkor och att fortsatta rekryteringsproblem upprätthålls.

Vägen framåt

Det är uppenbart att det krävs en sammanhållen och långsiktig nationell strategi för att klara kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre för de kommande decennierna. Den måste grundas i det vi vet, mer eller mindre säkert, om samhällsförändringar framöver, men också i de nationella mål som finns och den inriktning som verksamheten bör ha.

Staten bör agera långsiktigt och samordnat mellan olika politikområden. Kommunerna bör ges förutsättningar att utveckla det ansvar man har enligt gällande regelverk. Det krävs åtgärder från båda parter. En defensiv hållning riskerar att förvärpa och permanenta dagens läge med rekryteringsproblem och kompetensbrister.

Min ambition är att dels lägga fram förslag till vissa förändringar i de statliga åtgärderna, dels att i den nationella handlingsplanen för vård och omsorg om äldre personer ta med kompetensförsörjningen som en viktig del. Genom några centrala indikatorer på måluppfyllelse bör staten fortlöpande följa upp måluppfyllelsen i planen. Det är också angeläget att den tradition av överenskommelser mellan parterna på arbetsmarknaden som finns i landet också används inom detta område för att förverkliga nationella ambitioner.

Med denna allmänna deklaration som bakgrund vill jag beskriva några förhållanden som påverkar behovet av yrkeskompetens hos framtidens personal inom vård och omsorg om äldre. Mina bedömningar bygger på följande tre delar:

- Dagsläget, som jag beskrivit i avsnitt 8.2.
- Förväntade omvärldsförändringar.
- Bedömda kompetensbehov knutna till de utvecklingsbehov som jag bedömer finns i vård och omsorg om äldre.

Förväntade omvärldsförändringar

Personalen och dess kompetens är den kraft som skapar vården och omsorgen. Jag vill redovisa några yttre förhållanden som sannolikt kommer att påverka utvecklingen.

Växande kvalitetskrav

När det materiella välståndet ökar växer befolkningens krav på god kvalitet på varor och tjänster. Långtidsutredningen 2015 gör bedömningen att Sverige i grunden är ett land med goda förutsättningar att möta framtidens utmaningar. Fram till 2060 visar scenarier som utredningen använder att det materiella välståndet i termer av bruttonationalprodukt (BNP) per capita mer än fördubblas.⁷⁸ Med ökat välstånd växer andelen tjänster i ekonomin. De offentligt finansierade välfärdstjänsterna har också historiskt vuxit mer i omfattning än vad som kan förklaras av demografiska förändringar. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP tenderar även att stiga med växande inkomster, i de flesta länder.⁷⁹ Skälen till denna utveckling kan vara flera. Utöver den nämnda ökningen av andelen tjänster i ekonomin är sannolikt växande förväntningar om god kvalitet i offentliga tjänster en orsak. Till detta bidrar bättre tillgång till information och kunskaper i befolkningen. En ökande privat konsumtion kan också förväntas öka befolkningens förväntningar på kvalitet på offentliga tjänster.

Under de kommande decennierna förväntas också andelen bland äldre personer med vård och omsorg som har längre utbildning öka. Den historiska utvecklingen har varit mycket kraftig. Mellan åren 1985 och 2014 ökade andelen bland personer i åldrarna 65 och 74 år i landet som hade eftergymnasial utbildning från 6 procent till 27 procent.⁸⁰ Med en fortsatt ökad andel bland äldre personer i höga åldrar som har lång utbildning förväntas kraven på kvalitet i vård och omsorg att accentueras. Skälen till detta är att dessa har god tillgång till information, har relativt höga förväntningar, är vana att artikulera sina behov samt har goda sociala nätverk.

⁷⁸ SOU 2015:104. Långtidsutredningen. *Långtidsutredningen 2015*.

⁷⁹ *Ibid* s. 272.

⁸⁰ Statistiska Centralbyrån (SCB):

www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__UF__UF0506/Utbildning/?rxid=6459916a-5364-41ad-acdf-3c363be359d1

www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningR1860/table/tableViewLayout1/?rxid=11ff02a3-550a-4b07-8ae2-ad1dae510660 2016

Ökad professionalitet

En förväntad effekt av växande kvalitetskrav på vården och omsorgen från medborgarna är att tjänsterna ska utgå från de förutsättningar, behov och önskemål som varje enskild individ har. De måste vara individuella och allteftersom anpassas till individens växlande behov och önskemål. Växande krav kan också förväntas om att vården och omsorgen ska bygga på bästa tillgängliga kunskap om vad som bör göras och hur hjälpen bör ges. Alternativa sätt att ge hjälpen bör kunna erbjudas och övervägas tillsammans med den äldre personen.

En sådan utveckling förutsätter att personalen har befogenheter och ansvar att tillsammans med den äldre personen fortlöpande anpassa insatserna. Det förutsätter även att yrkesarbetaren har en etisk kod för sitt arbete och har förmåga att följa den. Utvecklingen förväntas också ställa nya krav på arbetsorganisation och ledning. Den måste ge personalen reella förutsättningar att arbeta självständigt utifrån uppställda mål och riktlinjer. Arbetsorganisationen måste också ge utrymme för lärande och utveckling för att medarbetarna ska kunna upprätthålla sin yrkeskompetens och att bedriva en god kunskapsbaserad vård och omsorg. De anställda förväntas också själva vara motiverade och vinnlägga sig om att fortlöpande uppdatera sina yrkeskunskaper.

Ökade krav på inflytande, delaktighet och samordning

Med växande välstånd och en äldre befolkning med hög utbildning och ett arbetsliv bakom sig där många haft hög grad av självbestämmande förväntas också kraven på individuellt självbestämmande, inflytande och delaktighet för äldre personer i vården och omsorgen öka. Det ställer krav på personalens förmåga att så långt möjligt tillgodose dessa önskemål. Ibland kan dessa förväntningar komma i konflikt med anhörigas eller andra personers önskemål. De kan ibland också vara svåra att tillgodose med hänsyn till de generella rekommendationer som finns, grundade i bästa tillgängliga kunskap. Dessa situationer finns förvisso i dag, men kan förväntas bli vanligare.

Medborgarna förväntas också utgå från att vårdens och omsorgens olika aktörer är samordnade, att personalen samverkar bra och

att de har tillgång till den information som krävs för att ge en sammanhållen vård och omsorg. För att leva upp till denna förväntan ställs stora krav på ledning och organisering av den samlade verksamheten. Men det ställer även krav på personalens yrkeskompetens. De måste ha god kommunikativ- och samarbetsförmåga. Personalen behöver ha förmågan att sätta sitt eget yrkeshandlande i förhållande till andra yrkesgruppers, förstå gränserna för sin egen professionalitet och värdet av andra yrkesgruppers kompetens. De behöver även ha en sådan yrkesmässig etik att de förmår att i sitt handlande utgå från den enskilda äldre personens situation. Personalen måste också kunna förstå sina egna behov och drivkrafter så att de kan agera yrkesmässigt i sitt arbete.

Fler äldre personer med utländsk bakgrund

I kapitel 7 har jag beskrivit den förväntade utvecklingen av antalet äldre personer med utländsk bakgrund.

Mellan åren 2015 och 2030 förväntas en viss ökning av andelen bland personer 80 år och äldre i Sverige som har utländsk bakgrund, från 13 procent 2015 till 15 procent 2030. I absoluta tal innebär detta dock en kraftig ökning, från 56 300 till 106 500, dvs. med dryga 80 procent. Det är en mycket heterogen grupp. Ökningen är kraftigast för personer från länder utanför Europa.

Fortsatt ökad andel äldre personer med kognitiva nedsättningar

Även om det finns en viss osäkerhet i bedömningarna om förekomsten av demenssjukdomar i befolkningen finns det skäl att utgå från fortsatt ökad förekomst⁸¹ av kognitiva nedsättningar bland äldre personer som får vård och omsorg. Det ställer särskilda krav på personalens yrkeskunnande, liksom på arbetets organisering – utifrån de nationella riktlinjer som finns.

⁸¹ Här avses antal personer i befolkningen och andel av dem som får vård och omsorg.

Ökad förekomst av personer med sammansatt sjuklighet

Den ökning vi sett under senare år i överlevnad i hjärt-kärlsjuklighet och cancer innebär att fler äldre i höga åldrar drabbas av andra sjukdomar. Med nuvarande kunskapsläge finns det skäl att utgå från att denna utveckling kommer att fortsätta. Allt fler äldre personer kommer att ha flera sjukdomar som ger nedsättningar i funktionstillståndet och som leder till hjälpbehov. För att ge dessa en optimal vård och omsorg krävs medverkan från flera olika specialister från olika yrkesgrupper och en god förmåga att samordna den dagliga vården och omsorgen. God vårdplanering, teamarbete, flexibilitet i insatserna och en personcentrerad vård och omsorg, som följs upp fortlöpande, ställer stora krav på yrkeskompetens. Nya läkemedel och behandlingsmöjligheter kommer att ställa krav på fortlöpande kompetensutveckling.

Allt mer vård utanför sjukhus

Den utveckling mot att en allt större del av vården ges i öppna former kommer sannolikt att fortsätta. Med utvecklad medicinteknisk utrustning, stöd genom e-hälsa och välfärdsteknik samt läkemedel ökar möjligheterna att ge vården och omsorgen i hemmet. Begränsningen ligger snarast i möjligheterna att ge den trygghet och säkerhet som enskilda personer behöver och förväntar sig. Detta innebär att vi kan förvänta oss en utökad hemsjukvård och att denna kommer att bli allt mer avancerad. Avancerad på så sätt att den kommer att bestå av flera yrkeskompetenser, att den måste vara flexibel och tillgänglig dygnet runt.

Sannolikt kommer också en fortsatt ökad andel äldre personer att få vård i livets slut utanför sjukhus. Redan i dag har den palliativa vården ofta högre kvalitet utanför sjukhus, men för att ytterligare förbättra kvaliteten krävs god tillgång till yrkeskompetent personal, samverkan mellan yrkesgrupper och hög flexibilitet.

Ökad teknikanvändning

Samhället utvecklas mot allt fler tillämpningar av digital teknik (se vidare kapitel 12). Det gäller alla samhällsområden: kommunikation, transporter, utbildning, bostäder samt vård och omsorg. Denna utveckling förväntas påverka vården och omsorgen på flera sätt:

- Ökad tillämpning av välfärdsteknik inom verksamheterna innebär att nya kompetenser krävs hos personalen. På ett eller annat sätt berör det sannolikt alla anställda och även nya yrkesgrupper kan behövas.
- Information och kompetensutveckling som personalen behöver för att kunna bedriva sitt arbete kommer att bli allt mer flexibel och tillgänglig. Det kommer att underlätta ett evidensbaserat arbete.
- Tillgången till arbetskraft kommer sannolikt att förbättras genom att andra branscher genomgår tekniskskiften, med minskad efterfrågan på arbetskraft inom vissa yrken. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

Kompetensbehov knutna till behov av verksamhetsutveckling

Ökad uppmärksamhet på psykisk ohälsa och riskbruk

Jag har i kapitel 7 beskrivit förekomsten av psykisk ohälsa bland äldre personer, liksom förekomsten av riskbruk av alkohol. Det är min bedömning att förekomsten av dessa problem kommer att öka och framför allt att nya åtgärder behöver vidtas för att på ett bättre sätt möta de behov som äldre med psykisk ohälsa och riskbruk har. Det ställer nya krav på yrkeskompetens bland flera yrkesgrupper inom olika delar av vården och omsorgen.

Mer rehabilitering och förebyggande arbete

Jag redovisar i kapitel 9 vilka åtgärder som bör genomföras för att utöka det förebyggande arbetet, samt rehabilitering och funktionsbevarande arbete.

Den utökade samverkan med det civila samhället och även med andra förvaltningar inom kommunerna som jag föreslår ställer krav på personalens förmåga att arbeta strukturinriktat och använda ändamålsenliga metoder i sin samverkan med civilsamhällets organisationer.

Olika former av screening, hälsosamtal och uppsökande verksamhet kommer att behöva få större spridning. Det kräver metodkunskaper som inkluderar sociala och pedagogiska delar samt hälso- och sjukvårdskunskaper.

För att ett rehabiliterande och funktionsbevarande förhållningssätt ska kunna tillämpas inom vård och omsorg krävs att det blir en del i alla yrkesgruppers kompetensprofiler, inte minst undersköterskornas. Därtill behövs god tillgång till yrkesgrupper som har specialiserade kunskaper om rehabilitering av äldre personer efter olika akuta sjukdomstillstånd.

Språk- och kulturkompetens

Antalet personer bland dem som får vård och omsorg som har utländsk bakgrund kommer att öka framöver. Under senare år har även andelen av personalen som har utländsk bakgrund ökat. Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta. Det understryker betydelsen av att kvalifikationer bör inkludera språk- och kulturkompetens.

Ofta lyfts behovet av kulturkompetens fram och jämsställs med etnicitet. Begreppet kultur kan ha många innebörder, men kan beskrivas som sammansatt av erfarenheter, tro, moralbegrepp, rättsföreställningar, seder, färdigheter och vanor som en person tillägnat sig som samhällsmedlem.⁸² I alla samhällen finns kulturella skillnader i befolkningen, relaterat till bl.a. socioekonomiska förhållanden och kön.

Inom vård och omsorg om äldre personer är kulturkompetens ofta efterfrågad. I regel menas då kunskaper om andra etniska gruppers vanor, traditioner och språk. Ofta riktas intresset mot mat och högtider. Det omvända lyfts när medarbetare har olika etniska eller språkliga tillhörigheter och deras behov av kulturkom-

⁸² www.ne.se.2016-11-08

petens kring ”svenska” traditioner, vanor och språk. Detta är inte oväsentliga aspekter av kulturkompetens, men riskerar att ge en alltför smal och begränsad syn på vad den är.

En utgångspunkt bör vara att människor i grunden är mer lika än olika. De stora skillnaderna är inte alltid mellan språk och länder utan mellan stad och landsbygd, mellan män och kvinnor samt mellan personer med olika yrkesbakgrund. I vården och omsorgen om äldre personer och där ett personcentrerat arbetssätt med den äldres bästa i centrum är rådande behöver personal ha kompetens om den äldre personens kultur när det gäller vanor, traditioner och föreställningar. För att uppnå det behövs också en kompetens om den egna kulturen. Det ger en ökad uppmärksamhet och förståelse för andras kultur. Språk är en viktig del och ett område där kulturkompetens kommer till uttryck och även ger möjlighet att skapa förståelse.

I en personalgrupp är det viktigt att det gemensamma arbets-språket, svenska, är tryggt. Det behövs för att personal ska känna sig säkra och trygga i sitt arbete och framför allt kunna möta den äldre personens behov utan att riskera missförstånd som i sin förlängning kan leda till allvarliga konsekvenser. Det är också nödvändigt för att personalen ska kunna kommunicera med anhöriga och med varandra inom personalgruppen. Goda kunskaper i svenska språket krävs även för att anställda inom vård och omsorg om äldre personer ska kunna medverka i kvalitetsarbete och för att utveckla sin egen yrkeskompetens.

Motsvarande och omvända behov finns hos den äldre personen som inte har svenska som modersmål eller vars använda språk inte är svenska – t.ex. något av de nationella minoritetsspråken där många kan ha två eller flera modersmål. Teckenspråk och dövkultur är också exempel på behov av språk- och kulturkompetens. Vid en demenssjukdom finns en stor risk att den som har ett annat modersmål än svenska glömmer det senast förvärvade språket.

Framtida yrkessammansättning inom kommunernas vård och omsorg om äldre

Som jag tidigare visat arbetar nästan en kvarts miljon personer inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Undersköterska är den största yrkesgruppen i landet. De utgör cirka 90 procent av personalen i den kommunala vården och omsorgen.

Det är behoven bland äldre personer som ska styra vilken kompetens som behövs hos personalen. Kommunerna och privata utförare har ansvaret att bemanna sin vård och omsorg med personal som har sådan kunskap och erfarenhet att man kan ge god kvalitet i tjänsterna.

Ändrad yrkessammansättning

Inom landstingens hälso- och sjukvård förs för närvarande en diskussion om att skifta kompetenser. Bedömningen är att antalet personer med gymnasial kompetens, främst undersköterskor, begränsats alltför mycket. Det administrativa stödet har också skurits ned för mycket. Effekten av detta har blivit att personal med högre utbildning, främst läkare, i alltför hög utsträckning gör uppgifter som inte kräver deras kompetens.⁸³ Långtidsutredningen 2015 refererar till studier som visar att mellan 20 och 30 procent av arbetskraften i landet bedöms ha ett arbete som de är alltför kvalificerade för.⁸⁴ Även bland undersköterskor inom kommunernas vård och omsorg uttrycks ibland att de inte får använda sin yrkeskompetens i tillräcklig utsträckning i sitt arbete.

Som jag redovisat i föregående avsnitt anser jag att den genomsnittliga kompetensnivån bland personal inom kommunernas vård och omsorg i dag riskerar att leda till kvalitetsbrister. Med de omvärldsförändringar jag beskrivit och de utvecklingsbehov jag lyft fram i detta betänkande kommer behovet av god yrkeskompetens bland personalen att öka ytterligare. Indikationerna på överutbildning gäller således inte kommunernas vård och omsorg om äldre, snarare tvärtom. Skälet till detta är sannolikt en djupt rotad historisk barlast som verksamheten har. Arbetet har inte värderats efter sin verkliga svårighetsgrad, utan förringats som följd av nedvärdering av traditionellt kvinnliga arbetsuppgifter, liksom av åldrandet och äldre personer.

Det finns en tendens att yrkesverksamma personer med högskoleutbildning inom vård och omsorg inte aktivt deltar i den di-

⁸³ SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*.

⁸⁴ SOU 2015:101. Långtidsutredningen. *Demografins regionala utmaningar. Bilaga 7 till Långtidsutredningen 2015*.

rekta vården och omsorgen om äldre i kommunerna. En begränsad andel av biståndsbedömarnas och enhetschefernas tid utgörs av direkt relation till de äldre personerna. Sjuksköterskorna arbetar i många kommuner som s.k. konsultsjuksköterskor, dvs. på distans från det dagliga arbetet. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter handleder undersköterskor, men har inte tillräckliga möjligheter att arbeta i direktkontakt med de enskilda. I stället är det undersköterskorna som svarar för så gott som all vård och omsorg visavi de äldre personerna. Det kan finnas arbetsorganisatoriska skäl till detta och en låg bemanning i förhållande till behoven kan framtvunga detta.

Min bedömning är att det framöver behövs en yrkesmässig omstrukturering inom vården och omsorgen om äldre. Andelen bland yrkesverksamma som har högskoleutbildning behöver utökas. De behöver också i ökad utsträckning delta i vård- och omsorgsarbetet. Det är inte statens uppgift att lägga fast någon kompetensmix för framtidens personal. I stället vill jag redovisa mina bedömningar, som underlag för huvudmännens och privata utförarens bemanningsplanering, samt som underlag för utbildningsplanering.

Sjuksköterskor

Jag har tidigare visat att antalet sjuksköterskor i förhållande till antalet bostäder i särskilt boende varierar kraftigt. Antalet sjuksköterskor med vidareutbildning i äldrevård har ökat under senare år, men från en mycket låg nivå. Min bedömning är att det krävs utökad närvaro i vårdarbetet av sjuksköterskor framöver. Deras deltagande krävs för att utföra specifika omvårdnadsuppgifter, men också för att ge fortlöpande stöd, råd och handledning till undersköterskor i den allmänna omvårdnaden. Sjuksköterskors specifika kompetens i geriatrisk omvårdnad kommer att efterfrågas allt mer, såväl i det särskilda boendet som i en alltmer avancerad hemsjukvård. Därför behövs fler sjuksköterskor med specialistutbildning i äldrevård. De är även viktiga i förbättringsarbete samt i forsknings- och utvecklingsarbete knutet till vården och omsorgen om äldre.

Socionomer

Socionomernas traditionella yrkesroller inom vård och omsorg om äldre i kommunerna är enhetschef och biståndshandläggare. Med ökad verksamhetsvolym framöver kommer fler sådana att behövas. År 2014 hade biståndshandläggare i genomsnitt 134 ärenden, med en variation mellan 290 och 46 mellan den kommun eller kommun-del som hade flest ärenden respektive minst antal ärenden.⁸⁵ Ett stort antal ärenden kan göra det svårt att utreda och följa upp på ett sådant sätt som lagen föreskriver. Under senare år har antalet biståndshandläggare ökat. Det finns skäl att räkna med en fortsatt ökning av de nämnda skälen.

Enhetschefer har genomsnittligt knappt 60 medarbetare. Det finns stora variationer inom och mellan kommuner och privata utförare härvidlag. En strävan att minska antalet medarbetare per chef samt demografiskt betingad ökning i verksamhetsvolymen förväntas leda till behov av fler enhetschefer.

Socionomer har även funktioner som innefattar utredning, utveckling, upphandling, uppföljning och kvalitetsutveckling på verksamhetsnivå. Med växande krav på kvalitetsuppföljning kan även dessa funktioner väntas öka i viss mån. I dessa funktioner finns även andra högskoleutbildade, såsom samhällsvetare, sjuksköterskor och beteendevetare.

I begränsad omfattning finns även socionomer som arbetar som kurator och metodutvecklare, dvs. i utförandet av vården och omsorgen. Dessa delar kan behöva utvecklas i nya former av gerontologiskt socialt arbete.⁸⁶ Det kan handla om psykosocialt stöd och råd till äldre personer för att förbättra deras förmåga att hantera svårigheter i livssituationen. Det kan handla om våld i nära relationer, krishändelser eller sjukdom och förlust. Andra yrkesroller som kan komma att efterfrågas är koordinerande roller inom vården och omsorgen. Ytterligare en annan är olika former av stöd till äldre personer, där även frivilligarbetare finns med som aktörer.⁸⁷

⁸⁵ Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

⁸⁶ Socialstyrelsen. *Socialt arbete bland äldre. Forskning, utbildning, praktik – en pilotstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.

⁸⁷ Jönson, H. och Harnett, T. *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur, 2015.

Fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopeder

Jag har tidigare visat att det finns brister i rehabilitering av äldre personer med stroke. Såvitt känt finns ingen motsvarande utvärdering av rehabilitering efter höftledsfraktur och andra akuta tillstånd. Antalet fysioterapeuter och arbetsterapeuter i förhållande till den äldre befolkningen i kommunerna är väldigt olika. Logopeder förekommer inte alls i kommunernas vård och omsorg om äldre i dag.

Den utökade satsning som jag föreslår på rehabilitering och på funktionsbevarande vård och omsorg, samt den demografiskt betingade ökade verksamhetsvolymen, förutsätter enligt min bedömning fler fysioterapeuter och arbetsterapeuter i kommunerna. De bör ges förutsättningar att i högre grad än i dag arbeta direkt med äldre personer, vid sidan av stöd och utbildning till undersköterskor.

Logopeder arbetar i dag med rehabilitering av äldre patienter inom den specialiserade hälso- och sjukvården. När dessa patienter i ökad utsträckning får hälso- och sjukvård utanför sjukhus uppkommer också ett behov av medverkan från logopeder i kommunernas vård och omsorg av äldre. Logopeder arbetar med personer med kommunikations- och/eller ät- och sväljsvårigheter till följd av neurologisk skada. Sådana skador kan ha uppkommit som en följd av stroke, Parkinsons sjukdom, demens eller sjukdomar som Multipel Skleros (MS) och Amyotrofisk lateralskleros (ALS). Många äldre personer drabbas också av sväljsvårigheter till följd av normalt åldrande. Logopedernas kompetens är viktig såväl i rehabilitering som i funktionsbevarande arbete.

Dietister

Genom statens satsningar på stimulansmedel för att utveckla äldreomsorgen under första decenniet av 2000-talet anställde en hel del kommuner dietister. I ett fåtal kommuner finns nu anställda dietister, medan andra kommuner valde att avsluta sina satsningar inom området med dietister när stimulansmedlen upphörde. I många fall köper kommunerna dietistkompetens av landstingen.

Min bedömning att tillgång till dietistkompetens behövs i alla landets kommuner.

Psykologer, pedagoger, tekniker och kulturvetare m.fl.

I dag finns ett fåtal geropsykologer verksamma i kommunernas vård och omsorg om äldre. Äldrepedagoger, som under en period utbildats vid Malmö Högskola, är verksamma i några kommuner.

Jag har nyss i avsnittet om socionomer beskrivit behov av yrkeskompetens inom det psykosociala området, här kan även psykologer bidra. Det kan gälla handledning, metodutveckling eller utveckling av anhörigstöd, med den inriktning som jag beskriver i kapitel 11.

Vård och omsorg behöver utvecklas mot att ha stödjande och rådgivande inslag. I dessa delar behövs även personal med pedagogisk kompetens. Ökad teknikanvändning kommer också att föra med sig behov av teknisk kompetens.

Sedan länge har kulturarbetare och bibliotekarier medverkat i vården och omsorgen om äldre. Det kan även komma att behövas kulturvetare för att stödja utvecklingen av en kulturmedveten vård och omsorg.

Många yrkesgrupper – kunskaper om åldrande och äldre

Min genomgång av yrkesgrupper med högskoleutbildning som kan behövas för att ge god vård och omsorg i framtiden gör inte på något sätt anspråk på att vara fullständig. Avsikten har varit att väcka tankar om att nya kompetenser kan bidra till att utveckla verksamheten. Men också att framtida kvalitetskrav sannolikt kommer att kräva ökad tillgång till de högskoleutbildade yrkesgrupper som redan i dag finns företrädna i vården och omsorgen.

Min bedömning är att alla yrkesgrupper med högskoleutbildning som kan komma att bli verksamma inom vård och omsorg, behöver ett visst mått av gerontologi och geriatrik i sin grundexamen. Möjligheter till vidareutbildning och specialistutbildning, liksom stöd till livslångt lärande inom dessa kunskapsområden behöver också utvecklas. Jag återkommer längre fram till dessa frågor.

Kompetensförsörjning i samverkan

I många små och medelstora kommuner finns sannolikt inte underlag för egen heltidstjänst för några av de yrkesgrupper och kompetenser som jag nyss beskrivit. Det bör dock inte vara ett hinder för att få tillgång till sådan kompetens. Två vanliga vägar att tillgodose behoven är samverkan med andra kommuner och samverkan eller tjänsteköp mellan kommun och landsting.

Avgörande är att identifiera kompetensbehoven – lösningarna för att tillgodose behoven kan skifta beroende på de lokala förutsättningarna. Jag återkommer längre fram till behovet av kompetensanalyser och utbildningsplanering på läns-/regionnivå.

Undersköterskor med specialistutbildning

Undersköterskor som genomgått en specialistutbildning inom yrkeshögskolan är en viktig yrkeskompetens i framtidens vård och omsorg. De kan bidra med fördjupad yrkeskunskap inom flera områden: demens, palliativ vård och omsorg samt nutrition/kost etc. Det finns flera fördelar med dessa kompetensprofiler. Det finns en stor rekryteringsbas bland befintlig personal i verksamheterna, utbildningen ger utvecklingsmöjligheter för undersköterskor och, inte minst, det ger ett viktigt kompetenstillskott i det löpande vård- och omsorgsarbetet.

Specialistutbildade undersköterskor kan ha uppdrag som handledare, ansvariga för att följa kunskapsutvecklingen, delta i specialiserade team, medverka i utvecklingsarbete och arbeta i specialiserade verksamheter m.m. Min bedömning är att nationella specialiseringar bör läggas fast och att volymen i dessa behöver utökas. Jag återkommer längre fram till denna fråga.

Yrkeskrav för undersköterskor

Även om andelen av personalen inom kommunernas vård och omsorg om äldre som har eftergymnasial utbildning bör och kommer att öka, så kommer merparten av personalen även fortsättningsvis att vara grundutbildade undersköterskor. Jag har i tidigare avsnitt visat att sex av tio undersköterskor i dag har yrkesutbildning för

sitt arbete. Jag har valt att använda undersköterska som en samlingsbeteckning för personal med gymnasial yrkesutbildning. Men skillnaderna i andel som har sådan utbildning är mycket stor mellan de som i yrkesstatistiken förs till kategorin undersköterska, jämfört med dem som räknas till kategorin vårdbiträden. Denna uppdelning har historiska rötter.

Undersköterska och vårdbiträde

Flera decennier tillbaka var undersköterskan en personalgrupp inom hälso- och sjukvården, medan vårdbiträdet var verksam inom socialtjänsten. Under en period fanns gymnasiala yrkesförberedande utbildningar för båda yrkesgrupperna, vårdlinjen och sociala service-linjen. Men när omvårdnadsprogrammet 1996 infördes i gymnasieskolan slogs dessa utbildningar ihop. Det fanns även avkortade utbildningar för vårdbiträden utan föregående yrkeserfarenhet (20 veckor) och med föregående yrkeserfarenhet (10 veckor).

I arbetsorganisationer i kommuner och hos privata utförare har emellertid de båda yrkesbenämningarna på många håll dröjt sig kvar. De finns också fortfarande kvar i den officiella klassifikationen av yrken.⁸⁸ Allteftersom har uppdelningen, i de arbetsorganisationer som tillämpar den, kommit att uttrycka i vilken mån den anställde har adekvat yrkesutbildning för sitt arbete (1 400 poäng i yrkesämnena) (undersköterska) eller inte (vårdbiträde). Flera av de senare kan ändå ha olika former av äldre vårdbiträdesutbildning eller ofullständig undersköterskeutbildning. Men i en del arbetsorganisationer används inte dessa yrkesbeteckningar och denna uppdelning alls. De olika yrkesbeteckningarna och kompetenskraven bidrar i hög grad till oklarheter om vad som krävs för att få arbete inom området. Det bidrar till rekryteringsproblem och skapar hinder för rörlighet inom landet och mellan olika länder.

⁸⁸ Statistiska Centralbyrån. *Standard för svensk yrkesklassificering 2012, SSYK 2012*. 2012.

Tidigare bedömningar av yrkeskrav

Jag har i avsnitt 8.2 beskrivit hur Socialstyrelsen och Yrkeskravsutredningen beskrivit och på olika sätt sökt normera en lägsta nivå för yrkeskompetens för undersköterskor. Även föreningen Kravmärkt yrkesroll har bidragit. Med stöd av Socialstyrelsens allmänna råd reviderades gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram och Omvårdnadslyftet⁸⁹ bidrog med stimulansmedel för att ge fler personer yrkeskompetens upp till den nivå som rekommenderas i det allmänna rådet. Detta har förvisso bidragit till ett bättre kompetensförsörjningsläge än om de inte genomförts. Men jag måste nu konstatera att det inte har räckt till. Fortfarande saknar fyra av tio anställda undersköterskor den yrkeskompetens som det allmänna rådet från Socialstyrelsen ger uttryck för.

Undersköterska – ett kvalificerat yrke

Med utgångspunkt i nationella mål och kvalitetskrav och den förändring av verksamhet och omvärld som jag tecknat är det min bedömning att all personal, som inte har annan yrkesutbildning inom vård och omsorg, bör ha undersköterskekompetens.

Yrkeskravsutredningen föreslog att den nationella regleringen av yrkeskrav borde begränsas till personal som självständigt utför omvårdnadsuppgifter och inte borde avse serviceuppgifter. Jag har övervägt denna uppdelning mellan service- och omvårdnadsuppgifter, men kommit fram till att den inte bör tillämpas. Skälen för detta är följande:

- Andelen äldre som enbart får serviceuppgifter från kommunerna minskar och allt fler behöver både hjälp med dessa uppgifter och personlig omvårdnad.
- De äldre som enbart får hjälp med serviceuppgifter har ofta påtagliga nedsättningar i sitt funktionstillstånd redan när de får insatser och allteftersom försämras deras tillstånd. Personalen bör

⁸⁹ Omvårdnadslyftet är en statlig satsning under perioden 2011–2014, då ett prestationsbaserat statsbidrag lämnades till kommuner i syfte att stimulera kompetenshöjning bland personal inom vården och omsorgen om äldre samt omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

därför ha förmåga att bedöma individens hälso- och funktions-tillstånd och vid behov av förändringar i hjälpen initiera sådan.

- En påtaglig kvalitetsbrist i många kommuners vård och omsorg i dag är att alltför många personer deltar i vården och omsorgen – personkontinuiteten brister. En uppdelning i personal som utför service- och omvårdnadsuppgifter riskerar att försämra personkontinuiteten.

Den andra distinktionen som Yrkeskravsutredningen föreslog var "självständigt arbete". En sådan avgränsning är enligt min bedömning rimlig. Med de stora rekryteringsbehov som finns framöver kommer det att fortsatt vara viktigt att ta emot elever från olika utbildningar – på grundskolenivå (prao) och gymnasial nivå. Det finns goda skäl att i ökad utsträckning bedriva arbetsplatsförlagt lärande och lärlingsutbildning. Detta förutsätter att elever som är under utbildning kommer att finnas på arbetsplatser och utföra vissa uppgifter under handledning. Mot denna bakgrund är det rimligt att de nationella yrkeskrav som ska avse självständigt utförande av vård- och omsorgsuppgifter ska gälla såväl för service- som omvårdnadsuppgifter.

Ger dagens yrkesinriktade utbildningar inom vård och omsorg eleverna rätt yrkeskvalifikationer?

En grundläggande fråga i överväganden om framtidens kompetensförsörjning är om dagens utbildningar på gymnasial- och eftergymnasial nivå ger elever och studenter de yrkeskvalifikationer som krävs för att ge äldre personer en god vård och omsorg. Jag har tidigare förordat att all personal som arbetar med vård och omsorg om äldre bör ha yrkesutbildning för sitt arbete och att andelen i personalen som har eftergymnasial yrkesinriktad utbildning bör öka.

Frågan om vilken yrkeskompetens personer som examineras från dagens utbildningar har är komplex och svår att bedöma. Jag har inom mitt uppdrag inte haft möjlighet att genomföra någon systematisk granskning, som skulle krävas för att besvara frågan. Däremot vill jag redovisa några kvalifikationskrav som jag anser bör gälla för personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som arbetar med äldre personer.

Yrkeskvalifikationer för personal inom hälso- och sjukvård och socialt arbete som vänder sig till personer i alla åldrar

Jag har tidigare i detta betänkande framhållit vikten av att äldre personer ska få del av specialiserad hälso- och sjukvård och socialtjänstens insatser på samma villkor som personer i andra åldrar. Jag har också visat att det inte alltid är så i dag när det gäller den specialiserade psykiatriska vården eller beroende-/missbruksvården. Äldre personer har i ökad utsträckning fått del av specialiserad hälso- och sjukvård, men den är ofta inte fullt ut anpassad till dessa personers förutsättningar. Detsamma gäller primärvården.

Min bedömning är att all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i verksamheter som vänder sig till vuxna personer behöver yrkeskompetens inom geriatrik och gerontologi. Det gäller läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor, dietister, kuratorer, skötare och logopedier. Det gäller personal som är verksamma såväl inom somatisk hälso- och sjukvård – primärvård såväl som specialiserad vård – och inom psykiatrisk vård. Inom flera av dessa verksamheter utgör personer i höga åldrar en betydande andel redan i dag, som t.ex. inom internmedicin, ortopedi och allmän kirurgi. Inom dessa och även där äldre personer ännu inte är så allmänt förekommande, som t.ex. inom den psykiatriska vården, kommer de att öka påtagligt de kommande decennierna.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska självfallet huvudsakligen behandla äldre patienter utifrån sin generella yrkeskompetens. Men härutöver behövs den tilläggskompetens det innebär att kunna beakta de specifika förutsättningar och behov som personer i hög ålder har. Det gäller såväl det normala åldrandet som åldrandets sjukdomar.

Motsvarande behov finns hos personal i kommunerna som arbetar med missbruksvård. Denna har nästan helt förbisetat behoven bland äldre personer. En bidragande orsak till detta kan vara avsaknad av kunskaper om riskbruk och missbruk bland äldre personer och om dessas livsvillkor och sjuklighet. Min bedömning är att även socionomer som arbetar i kommunernas missbruksvård behöver en tilläggskompetens inom gerontologi och geriatrik.

Undersköterskor i kommunal vård och omsorg

I nu gällande allmänt råd från Socialstyrelsen (se avsnitt 8.2) rekommenderas att den som arbetar i vård och omsorg om äldre bör ha läst 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnena samt 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik. Personalen bör även ha tillräckliga kunskaper i svenska för att uppnå förmågan att förstå, tala, läsa och skriva svenska i enlighet med de redovisade kunskaperna och färdigheterna. Dessa kunskaper bedömdes kunna inhämtas genom godkänd kurs i det gymnasiegemensamma ämnet svenska eller svenska som andraspråk i vård- och omsorgsprogrammet eller genom annan motsvarande utbildning.

Om alla yrkesverksamma undersköterskor hade sådan yrkeskompetens skulle mycket vara vunnet. En prioriterad uppgift framöver bör därför vara att skapa drivkrafter och praktiska förutsättningar för att det ska bli så.

Samtidigt finns det anledning att återkommande överväga om befintlig normering och styrmedel inom berörda utbildningar svarar mot dagens och framtidens yrkeskrav. Gymnasieutredningen har nyligen lämnat sitt förslag. Bland deras förslag som har särskild betydelse för vård- och omsorgsprogrammet märks att elever som uppnått gymnasieexamen i stället föreslås ska ha uppnått undersköterskeexamen. Vidare föreslår utredningen att grundupplägget på alla yrkesprogram ska vara att de ger grundläggande högskolebehörighet. Kurser som ger särskild högskolebehörighet ska kunna ges inom ramen för ett utökat program. Elever ska även kunna läsa fler yrkeskurser inom ramen för ett utökat program. Utbildningshuvudmännen föreslås bli skyldiga att erbjuda programfördjupningar, såväl för att uppnå särskild behörighet som i yrkesämnen.⁹⁰ Min bedömning är att dessa förändringar bör kunna bidra till att öka vård- och omsorgsprogrammets attraktivitet. Jag återkommer till frågan om undersköterskeexamen.

Examinerade elevers faktiska yrkeskvalifikationer bestäms dock av en rad andra faktorer än de formella styrdokumentet. En viktig faktor i detta sammanhang är hur väl eleverna är förberedda för och

⁹⁰ SOU 2016:77. Gymnasieutredningen. *En gymnasieutbildning för alla – åtgärder för att alla unga ska påbörja och fullfölja en gymnasieutbildning. Del 1.*

motiverade att genomgå vård- och omsorgsutbildning. En annan är yrkeslärarnas förutsättningar och deras egen yrkeskompetens.

Ytterligare en faktor är hur upphandlingar av vård- och omsorgsutbildning från privata utförare genomförs och följs upp. Skolinspektionen har genomfört en tillsyn av vuxenutbildning som bedrivs av privata utbildningsanordnare som har betygsrätt. Vård- och omsorgsutbildningar utgjorde största delen av utbildningar i studien. För privata utförare av vård- och omsorgsutbildningar finns inga nationella krav på systematiskt kvalitetsarbete till skillnad från för kommunala utförare av sådana utbildningar. Skolinspektionen bedömer att detta medför en hög risk att eleverna inte får den utbildning de har rätt till. Inspektionen kritiserar i tre fall de privata utförarnas arbete med bedömning och betygssättning. Avtalen med kommunerna styr utbildningens utformning på ett sätt som inte alltid är förenligt med nationella regelverk. Bland annat anpassas inte studietakten till elevernas förutsättningar, varför dessa ibland inte ges tillräckligt goda förutsättningar att få bra betyg. Elever som läser vård- och omsorgsprogrammet bedöms inte få de praktiska kunskaper de behöver, då praktiska moment inte bedöms och betygssätts på ett bra sätt.⁹¹ Det finns självfallet mer eller mindre bra utbildning både bland privata utförare och kommunala utförare. Från mina utgångspunkter är det emellertid angeläget att kvaliteten i vård- och omsorgsutbildningen inte är beroende av vilken utförare eleven bedriver sina studier hos. Det nationella regelverket bör vara utformat på samma sätt för kommunala och privata utförare.

Ytterligare en faktor som bidrar till stor variation i yrkeskvalifikationerna bland elever som genomgått grundutbildning inom området är, att den arbetsmarknadsutbildning som Arbetsförmedlingen hittills genomfört, inte alltid motsvarat kompetensnivån i Socialstyrelsens allmänna råd. Detsamma gäller för övrigt den kommunala vuxenutbildningen, som är kursbaserad. Det är eleven själv, eller vid uppdragsutbildning en beställare, som avgör vilka kurser som eleven ska genomgå. Det finns alltså en rad faktorer, både organisations- och kvalitetsrelaterade, som påverkar utfallet i dagens yrkesutbildning.

⁹¹ Skolinspektionen. *Utbildningsanordnare med betygsrätt*. Stockholm: Skolinspektionen, 2016.

I mina överväganden om Socialstyrelsens allmänna råd om kvalifikationer och styrdokumenterna i dagens vård- och omsorgsprogram kan anses motsvara framtida behov av yrkeskompetens bland undersköterskor har jag också beaktat dessa förutsättningar:

- Utrymmet för yrkesämnen inom gymnasieskolan är begränsat till 1 400 poäng⁹² och denna volym bör även vara begränsande i vuxenutbildning och arbetsmarknadsutbildning.
- Specialisering av undersköterskors yrkeskompetens måste ske på eftergymnasial nivå, främst inom yrkeshögskolan.
- Alla yrkesgrupper, inte minst undersköterskor, måste ges förutsättningar för ett livslångt lärande. Det sker dels informellt i det dagliga arbetet, dels formellt lärande genom fortbildning knutet till arbetet.

Längre fram i mitt betänkande lägger jag fram förslag om hur en nationell kvalifikationsnivå för undersköterskor bör utformas. I de fortsatta förberedelserna för att införa en sådan kommer de grundläggande yrkeskraven för undersköterskor att på nytt behöva övervägas. I det perspektivet är det min bedömning att Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre bör ses över.

Som underlag för en sådan översyn vill jag föra fram några områden där jag bedömer att yrkeskraven för undersköterskor behöver utvecklas:

- Munhälsobedömning och åtgärder för att upprätthålla god munhälsa.
- Psykisk ohälsa och riskbruk bland äldre samt arbetssätt och metoder inom detta område.
- Välfärdsteknik – förmåga att praktiskt tillämpa, möjligheter och risker.

I Socialstyrelsens nuvarande allmänna råd beskrivs vilka kunskaper och förmågor personalen bör ha för att kunna utföra vissa upp-

⁹² I de utbildningar som vård- och omsorgscollege certifierat krävs dessutom ytterligare 100 poäng i gymnasiearbete, för att få diplom. Möjligheten till programfördjupningar ger möjligheter att studera ytterligare 300 poäng utöver de 1 400 poängen.

gifter inom yrkesområdet. Min bedömning är att ett utvecklat råd även bör innehålla en del som beskriver förmågan att skapa och upprätthålla relationer. Förmågan att kommunicera, som finns med i nuvarande allmänt råd, är viktig, men undersköterskan behöver också ha förmågan att förstå den äldre personens situation och medvetet använda sin egen personliga förmåga för att uppnå uppställda mål med vården och omsorgen om den äldre personen. Rådet bör alltså kompletteras med vissa relationsorienterade förmågor. Dessa aktualiserar i förlängningen hur elever i utbildningssituationer kan kvalificeras för att svara upp mot dessa krav. De förutsätter ett visst mått av personlig mognad, insikter om egna drivkrafter och beteendemönster. För att uppnå ökad professionell autonomi och självständigt yrkeshandlande, som jag bedömer önskvärt, bör elever i utbildningssituationen och personal i arbetslivet ges förutsättningar för och stöd till att utveckla sin egen person.

Högskoleutbildad personal inom kommunernas vård och omsorg om äldre

De mest förekommande yrkesgrupperna i kommunernas vård och omsorg om äldre är sjuksköterskor, socionomer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Jag har nyss argumenterat för att även personer med andra högskoleutbildningar bör kunna bidra till kvalitetsförbättringar. Det är även angeläget att personal med högskoleutbildning arbetar direkt i vården och omsorgen om äldre.

Min uppfattning är att det bör vara självklart att högskoleutbildningar som utbildar studenter för bl.a. vård och omsorg om äldre utformar grundutbildningarna så att studenterna förbereds väl för den stora och växande arbetsmarknad som kommunernas vård och omsorg om äldre är. Men så är det inte alltid i dag. Alla grundläggande utbildningar på högskolenivå utbildar för en bred arbetsmarknad. Studenterna ges möjligheter att genom val av kurser och examensarbeten profilera sig mot olika områden.

För att kunna utföra kvalificerade vård- och omsorgsuppgifter i kommunernas vård och omsorg om äldre måste alla utbildningsprogram vara utformade så att alla studenter obligatoriskt läser åtminstone en kurs med geriatrisk eller gerontologisk inriktning.

Det krävs också god tillgång till specialist- och vidareutbildning med inriktning mot gerontologi och geriatrik för grundutbildade som finns i arbetskraften, men som vill fördjupa eller bredda sin kompetens.

För att främja en evidensbaserad verksamhet är det också angeläget att personer som varit yrkesverksamma ges praktiska förutsättningar och uppmuntras att genomgå forskarutbildning.

Jag återkommer längre fram till ytterligare bedömningar och förslag i dessa delar.

8.5 Tillgång och efterfrågan på personal

Mina bedömningar: För att möta en växande efterfrågan på undersköterskor krävs en långsiktig och uthållig utökning av vård- och omsorgsutbildningen, samt ökad volym på specialistutbildningen inom yrkeshögskolan.

Fler högskoleutbildade med inriktning mot äldre kommer att efterfrågas.

En ny struktur för utbildningsplanering på regional och nationell nivå behöver etableras för att fortlöpande anpassa utbildningsutbudet till efterfrågan, regionalt såväl som nationellt. Detta krävs för att möta äldres behov av god vård och omsorg i alla delar av landet.

Samhällsekonomi och arbetsmarknad

Det materiella välståndet förväntas öka kraftigt i det svenska samhället de närmsta decennierna. De genomsnittliga inkomsterna bedöms komma att fördubblas fram till 2060. Befolkningen ökar till 13 miljoner och medellivslängden väntas öka med fem år för kvinnor och sex år för män. Den stora utmaningen framöver är inte resursbrist, utan hur fördelningen av ekonomiska resurser ska ske för att motsvara befolkningens önskemål.

År 1985 saknade nästan 40 procent av den svenska befolkningen i arbetsför ålder gymnasieutbildning. År 2010 hade däremot nästan

40 procent i arbetsför ålder en eftergymnasial högskoleutbildning.⁹³ Den svenska arbetskraften har genomgått en snabb förändring av utbildningsnivån på kort tid och har i dag vid en internationell jämförelse en hög formell utbildningsnivå. Arbetstagare byter också jobb allt oftare.

Den genomsnittliga utbildningslängden hos den arbetsföra befolkningen har, enligt Långtidsutredningen 2015, ökat snabbare än jobbets genomsnittliga krav på utbildning. Mellan 20 och 30 procent av arbetskraften bedöms ha ett arbete som de egentligen är för högt kvalificerade för.

Långtidsutredningen 2015 visar att det skett en jobbpolarisering under perioden 2000 till 2011 i Sverige. Innebörden av detta är att andelen av arbetskraften som har såväl högkvalificerade jobb som lågkvalificerade jobb ökat, samtidigt som andelen med medelkvalificerade jobb minskat. För kvinnor i offentlig sektor noterar utredningen en tydlig ökning av högkvalificerade jobb. Den traditionella segregeringen på arbetsmarknaden mellan män och kvinnor verkar brytas upp av den nämnda polariseringen genom att män i ökad utsträckning söker sig till traditionellt kvinnodominerade låglöneyrken. Utredningen gör bedömningen att digitaliseringen framöver kommer att påverka låglöneyrken mer än höglöneyrken. Bedömningarna av digitaliseringens effekter skiljer sig dock kraftigt åt. Tidigare forskning har visat att robotar och artificiell intelligens kan komma att ersätta cirka hälften av alla nuvarande jobb. Mer detaljerade studier visar emellertid att det för Sveriges del sannolikt kommer att handla om sju till åtta procent av arbetskraften.⁹⁴

Arbetskraftens rörlighet och flexibilitet är viktiga faktorer för en väl fungerande arbetsmarknad. För att främja detta krävs ett livslångt lärande men också geografisk rörlighet.

Utredningen identifierar två nyckelgrupper för ökat arbetskraftsdeltagande, personer som är i den senare delen av sitt arbetsliv och utrikes födda personer. Båda grupperna har lägre utbildningsnivå än genomsnittet. En av de stora utmaningarna är att möta den starka immigrationen av personer med svag arbetsmarknadsanknytning.

⁹³ SOU 2015:101. Långtidsutredningen *Demografins regionala utmaningar. Bilaga 7 till Långtidsutredningen 2015*.

⁹⁴ SOU 2016:72. Entreprenörskapsutredningen. *Entreprenörskap i det tjugoförsta århundradet. Del 1*.

Långtidsutredningen 2015 konstaterar att den svenska arbetskraftens utbildningsinriktning inte är anpassad till de sektorer där efterfrågan på arbetskraft är hög eller till de arbetsuppgifter de förväntas utföra, dvs. att arbetskraften ur ett matchningsperspektiv är felutbildad. En bidragande orsak till detta bedöms vara att studie- och yrkesvägledningen fungerar relativt dåligt. Mot denna bakgrund är en väl utbyggd vuxenutbildning en viktig tillgång för att öka omställningskapaciteten hos arbetskraften. Internationellt sett har också Sverige högt deltagande både i formell och i icke formell vuxenutbildning. Däremot är det olyckligt att vuxenutbildningens omfattning är lägre bland äldre (55–64 år), utrikes födda, förgymnasialt utbildade samt personer som står utanför arbetskraften och arbetslösa.⁹⁵

Långtidsutredningen 2015 konstaterar att arbetskraftsbristen beräknas bli stor för personer med minst treårig eftergymnasial utbildning inom vårdområdet, men stora brister förväntas även för personer med kortare vårdutbildning och inom pedagogik. Detta gäller framför allt i arbetsmarknadsregioner med färre än 30 000 invånare. Arbetskraftsbrist inom dessa utbildningsinriktningar väntas bli allmänt förekommande även i större FA-regioner.⁹⁶

Regionala skillnader

Långtidsutredningen 2015 har genomfört analyser av arbetskraftsbehov och kompetensförsörjning fördelat på funktionella analysregioner (FA-regioner) fram till 2040. Dessa utgör lokala arbetsmarknader utifrån pendlingsströmmar över kommungränser. Utredningen visar att befolkningen i åldrarna 20–64 år väntas minska i 60 av 72 FA-regioner fram till 2040. Det innebär att det kan bli svårt att förse såväl offentlig som privat sektor med arbetskraft. Inte minst gäller det vård och omsorg om äldre, då både behoven och andelen äldre ökar samtidigt i dessa regioner.

⁹⁵ Det kan nämnas att vuxenutbildning inom området humaniora och konst under läsåret 2011/12 var det största bland både män och kvinnor med sammanlagt cirka 80 000 helårstudenter, trots att det framtida behovet av arbetskraft inom området väntas vara relativt lågt.

⁹⁶ Med FA-region avses funktionella analysregioner. Det är en geografisk indelning av Sverige som skapades av Nutek (nuvarande Tillväxtverket). En FA-region är en grupp av kommuner som på sikt kan antas vara självförsörjande vad gäller arbetskraft och arbetstillfällen.

Resultaten visar också att de regionala obalanserna är tilltagande ju mindre regionerna är. De största kompetensförsörjningsproblemen väntas i FA-regioner med färre än 30 000 invånare. Överlag är kompetensförsörjningsproblemen störst inom vård och omsorg, framför allt för arbetskraft med minst treårig eftergymnasial utbildning.

Framskrivningen visar att efterfrågan på högre utbildning generellt ökar, men att det främst kommer att vara brist på personer med kortare högskoleutbildning i relation till de yrkeskrav som ställs. Den visar också att en stor grupp av arbetskraften väntas sakna formell gymnasieutbildning. År 2040 förväntas knappt 45 procent av alla arbetstillfällen kräva treårig gymnasieutbildning medan endast 29 procent av den sysselsatta befolkningen väntas ha gymnasieutbildning som högsta utbildning.

Redan i utgångsläget, år 2012, besattes många tjänster som kräver treårig gymnasieutbildning av personer som saknade detta, särskilt i FA-regioner av typen Bengtsfors, Jokkmokk, Övertorneå och Hagfors.

Globaliserad arbetsmarknad

Vård och omsorg om äldre personer är en global utmaning, med betydande jämställdhets-, jämlikhets- och rättviseaspekter:

- kvinnor dominerar bland informella omsorgsgivare⁹⁷
- kvinnor dominerar som vård- och omsorgsmottagare⁹⁸
- kvinnor dominerar kraftigt bland yrkesarbetande inom vård och omsorg om äldre⁹⁹.

Strävan att skapa och upprätthålla god kvalitet i vård och omsorg om äldre har därför nära samband med goda arbetsvillkor för per-

⁹⁷ Det är ungefär lika stor andel män som kvinnor som ger någon form av anhörigomsorg, men kvinnorna ger mer omfattande insatser.

⁹⁸ Socialstyrelsen, officiell statistik

⁹⁹ De bearbetningar vi beställt från Statistiska Centralbyrån visar att 88 procent av de anställda inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre 2015 var kvinnor.

sonal, jämställdhet mellan könen och jämlika livsvillkor i global skala.¹⁰⁰

Flertalet länder genomgår nu en demografisk omvandling som präglas av ökad medellivslängd. Sammansättningen av befolkningen förändras i många länder så att antalet personer i förvärvsaktiva åldrar i förhållande till antalet barn och äldre minskar, dvs. färre förväntas försörja fler. Samtidigt försvagas traditionella familjestrukturer och omsorgsrelationer glesas ut. Detta är även knutet till en stark urbanisering förenad med en relativt god ekonomisk utveckling. En offentligt finansierad äldreomsorg saknas i flertalet länder eller har en mycket blygsam omfattning.

Kvinnor utgör en ökande andel av den globala migrationen. Många av dessa söker sig till arbete inom vård och omsorg. Det gäller såväl yrkesutbildad hälso- och sjukvårdspersonal som personer med begränsad formell utbildning. Migrationen sker både i organiserad form genom avtal mellan länder och genom enskilda initiativ. Denna migration har såväl positiva som negativa effekter för avlämnande och mottagande land.

Merparten av migrationen sker från relativt fattiga länder till OECD-länderna. Eftersom det i flera av dessa länder saknas tillräckliga formella strukturer för att tillhandahålla äldreomsorg arbetar inte sällan migranterna i gränslandet mellan familj och offentlig omsorg med undermåliga arbetsvillkor. Fattiga länders kvinnor exploateras allt för ofta för att ge de rika ländernas, huvudsakligen, kvinnor omsorg. Risken för exploatering ökar när den offentliga finansieringen av tjänsterna sker genom kontantförmaner som lämnas till enskilda eller företag.¹⁰¹

Anlitandet av migrerande arbetskraft har de senaste åren skett i stor skala i Europa, särskilt i sydeuropeiska länder, men även i ökad utsträckning i t.ex. Österrike, Irland och Tyskland. Den högsta andelen migrerad arbetskraft finns dock i Storbritannien, Norge och Sverige. I de sydeuropeiska länderna sker omvandlingen från en familjebaserad omsorg till migrerad arbetskraft från Sydamerika,

¹⁰⁰ Redfoot, Donald L. och Houser, Ari N., *"We Shall Travel On": Quality of Care, Economic Development, and the International Migration of Long-Term Care Workers*. AARP Public Policy Institute. 2005.

¹⁰¹ Redfoot, Donald L., Houser, Ari N., *"We Shall Travel On": Quality of Care, Economic Development, and the International Migration of Long-Term Care Workers*. AARP Public Policy Institute. 2005.

Afrika och Östeuropa och i viss mån Asien. Avsaknaden av en offentligt finansierad äldreomsorg som erbjuder personliga tjänster innebär att familjer anlitar migrerad ”grå eller svart” arbetskraft. I de nordeuropeiska länderna deltar migranterna i högre grad i den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre personer.¹⁰² Migrerande arbetskraft är mer benägen än andra att acceptera dåliga arbetsvillkor, vilket kan förstärka dessa yrkens bristfälliga status och hålla nere löner. Från flera länder rapporteras också att diskriminering, rasism, övergrepp och exploatering är vanligt förekommande.¹⁰³

Dessa frågor har under senare år uppmärksammats allt mer inom internationella organisationer. WHO antog 2010 en uppförandekod för global rekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal.¹⁰⁴ Ett nationellt rapporteringssystem med en databas har etablerats.¹⁰⁵

OECD har redovisat vad medlemsländerna gör för att möta en ökad efterfrågan på personal i vården och omsorgen om äldre:¹⁰⁶

- bättre utbildningsprogram för att utöka den yrkesutbildade arbetskraften,
- bredda rekryteringen, t.ex. bland äldre, arbetslösa, frivilligarbetare och män,
- utökad migration av personer med kortare yrkesutbildning,
- bättre användning av befintlig personal genom förändrade arbetsformer,
- öka produktiviteten genom ökad användning av välfärdsteknik, ökad stöd till egenvård, förebyggande arbete.

¹⁰² Di Rosa, M., Melchiorre, M. G., Lucchetti, M. & Lamura, G., *The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy*. I Lawrence, S, och Torres, S. (eds.) *Older People and Migration. Challenges for social work*. Routledge, London, 2016.

¹⁰³ Iecovich, E. *Migrant homecare workers in elder care. The state of the art*. i Karl, U. Torres, S. (eds.) *Ageing in Contexts of Migration*. Routledge, London, 2016.

¹⁰⁴ World Health Organization. *The WHO CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. 2010.

¹⁰⁵ www.who.int/hrh/migration/code/code-nri/reports/en

¹⁰⁶ Fujisawa, Rie., Colombo, Francesca. *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies of Adapt Supply to a Growing Demand*. OECD Health Working Papers No 44. 2009.

En expertgrupp inom EU analyserade arbetskraft och jämställdhet inom äldreomsorgen i 33 europeiska länder¹⁰⁷ och konstaterade bl.a. att:

- kvinnor dominerar som informella och formella omsorgsgivare,
- lönerna är lägre inom äldreomsorg än genomsnittligt på liknande arbete och arbetsvillkoren ofta bristfälliga,
- det i många länder helt saknas eller i alltför begränsad omfattning finns äldreomsorg, i synnerhet särskilt boende, som är tillgänglig för befolkningen efter behov,
- i flera länder utvecklas yrkesutbildning för undersköterskor, utan att lön och arbetsvillkor förbättras.

Gruppen konstaterar att de största utmaningarna för att möta växande omsorgsbehov i Europa ännu inte adresserats. De menar att det skulle vara en stor förlust för såväl jämställdhet som samhällsekonomi om inte äldreomsorgen ses som den viktiga sysselsättningsmotor den faktiskt är.

Bedömningar av tillgång och efterfrågan på kort sikt

Arbetsförmedlingen redovisar i Yrkeskompassen ettåriga bedömningar av arbetsmarknaden för cirka 200 yrken. De grundas i de lokala arbetsförmedlingskontorens bedömningar. Den senaste bedömningen är från slutet av juni månad 2016.

För följande yrken gör arbetsförmedlingen bedömningen att det finns mycket liten konkurrens om jobben för arbetssökande, vilket innebär stor brist på arbetskraft: biståndshandläggare, sjuksköterska med grundutbildning, sjuksköterska med specialistutbildning till distriktssköterska och inom geriatrik, läkare, psykolog och undersköterska. Liten konkurrens om jobben bedöms finnas för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och skötare. Balans mellan efterfrågan och tillgång bedöms föreligga för dietister och

¹⁰⁷ EU. *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. 2010.

logopedier. Medan efterfrågan på vårdbiträden¹⁰⁸ bedöms vara liten. Arbetsförmedlingen gör inte någon bedömning för enhetschefer inom vård och omsorg eller andra förekommande yrkesgrupper inom verksamhetsområdet.

Långsiktiga analyser

Beräkningar av långsiktig tillgång och efterfrågan på personal kan genomföras från olika perspektiv, avgränsningar med olika metod, tidshorisont och antaganden. Jag redovisar översiktligt resultaten från några sådana beräkningar, som för några yrkesgrupper skiljer sig åt.

Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beräknat hur många rekryteringar som landets kommuner och landsting beräknas behöva genomföra under perioden 2013 till 2022. Man har förutsatt oförändrad bemanning och arbetssätt och tagit hänsyn till demografiska förändringar och personal som av olika skäl lämnar sitt arbete. Beräkningarna visar att kommuner och landsting behöver rekrytera 89 000 personer, eller knappt 9 000 personer per år, till hälso- och sjukvård och 144 000 personer, eller 14 400 personer per år, till vård och omsorg, inklusive individ- och familjeomsorg.¹⁰⁹

Socialdepartementet

Socialdepartementet har i det s.k. LEV-projektet¹¹⁰ simulerat hur 300 000 individer åldras år från år fram till 2050 och vilken roll deras hälsa spelar för deras framtida behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Beräkningarna tar sin utgångspunkt i förhållandena 2010 och sträcker sig 40 år framåt i tiden. Med alternativa anta-

¹⁰⁸ Arbetsförmedlingen använder yrkesbeteckningen undersköterska för dem som har yrkesutbildning och vårdbiträde för dem som saknar sådan. Bristen på undersköterskor ökar möjligheten till arbete för vårdbiträden, enligt Arbetsförmedlingens bedömning.

¹⁰⁹ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

¹¹⁰ LEV-projektet är Socialdepartementets projekt Långsiktig efterfrågan på välfärdstjänster.

ganden om utvecklingen av hälso- och funktionstillståndet bland personer i höga åldrar och uppgifter om kostnader per tjänst och bemanning beräknas behovet av resurstillskott och ytterligare personal. Socialdepartementet har även visat hur efterfrågan på personal och därmed kostnader skulle påverkas av en rad förändringar i äldres hälsa och arbetsätt inom vård och omsorg.

Antalet årsarbeten inom äldreomsorg beräknas behöva öka med mellan 107 200 (67 procent) och 121 600 (76 procent) mellan åren 2010 och 2050, beroende på hur hälsan bland den äldre befolkningen utvecklas. Ökningen i behovet av personal beräknas bli betydligt lägre inom hälso- och sjukvården, 24–28 procent under perioden.

I LEV-projektet har man även satt det ökade behovet av arbetskraft inom äldreomsorg i förhållande till beräknad tillgång till arbetskraft. Man fann då att en brist om 65 000 årsarbetare¹¹¹ kan uppkomma år 2030. Bristen på personal i relation till den arbetsföra befolkningen beräknades bli störst på Gotland, i Norrbotten, Västernorrland och Dalarna.¹¹²

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen redovisar återkommande framtidsutsikterna för omkring 200 yrken. Utbudet av arbetskraft grundas bland annat på pensionsavgångar, yrkesrörlighet och migration. Efterfrågan bedöms med stöd av uppgifter från Statistiska Centralbyrån och parterna på arbetsmarknaden.

I följande yrken väntas *mycket liten konkurrens*, vilket innebär mycket goda möjligheter till arbete: distriktssköterskor, geriatriskjuksköterskor, gymnasielärare i yrkesämnen, tandsköterskor och undersköterskor. *Liten konkurrens* bedöms finnas för: arbetsterapeuter, läkare, biståndshandläggare, kockar, tandläkare, psykologer och sjuksköterskor (grundutbildade). *Balans* mellan tillgång och efterfrågan bedöms uppkomma för fysioterapeuter.

¹¹¹ Årsarbetare är ett volymmått på arbetskraft. Det uttrycker antal personer som arbetar heltid, med de heltidsmått som gäller på arbetsmarknadens olika områden.

¹¹² Regeringskansliet. *Den ljusnande framtiden är vård. Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm, 2010.

Sett från rekryteringsperspektiv innebär dessa bedömningar att en mer eller mindre uttalad brist på arbetskraft bedöms finnas för samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg om äldre personer, förutom fysioterapeuter, om tio år.¹¹³

Statistiska Centralbyråns Trender och Prognoser

Statistiska Centralbyrån (SCB) genomför vart tredje år beräkningar av tillgång och efterfrågan för 57 utbildningsgrupper. Senaste prognosen sträcker sig fram till 2035. Beräkningarna bygger på den utbildningsdimensionering som fanns 2013 och tar hänsyn till förändringar i sysselsättningsutveckling och inom olika näringsgrenar.

Arbetsterapeut

Tillgången på arbetsterapeuter beräknas öka med 15 procent, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med 30 procent, vilket innebär en förväntan om viss brist år 2035.

Läkare

Tillgången till läkare beräknas öka med 35 procent under prognosperioden, förutsatt att nuvarande invandringsöverskott om i genomsnitt 300 läkare, består. Efterfrågan beräknas öka med drygt 40 procent, vilket indikerar balans, förutsatt att invandringsöverskottet består.

Psykolog

Tillgången till psykologer beräknas öka med 60 procent fram till år 2035, samtidigt som efterfrågan bedöms öka med närmare 50 procent. Mot slutet av prognosperioden förväntas därför risk för visst överskott.

¹¹³ Arbetsförmedlingen. *Var finns jobben? Bedömning till och med första halvåret 2017 och en långsiktig utblick*. URA 2016:6. Stockholm: Arbetsförmedlingen, 2016.

Fysioterapeut

Tillgången till fysioterapeuter förväntas öka med närmare 15 procent under prognosperioden, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med cirka 30 procent. Detta förväntas leda till viss brist på fysioterapeuter.

Grundutbildad sjuksköterska

Under förutsättning att nytillskottet av sjuksköterskor huvudsakligen kommer att arbeta i Sverige, beräknas tillgången öka med närmare 40 procent år 2035. Efterfrågan väntas öka i ungefär samma omfattning, varför en relativt balanserad situation förväntas.

Specialistutbildad sjuksköterska

Tillgången till specialistutbildade sjuksköterskor förväntas ligga kvar på oförändrad nivå, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med cirka 30 procent. Dagens brist förväntas bli större. En stor efterfrågan på geriatriksjuksköterskor förväntas.

Socionom

Tillgången till socionomer beräknas öka med drygt 60 procent, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med närmare 35 procent. Detta förväntas leda till överskott under hela prognosperioden.

Tandläkare

Tillgången till tandläkare beräknas vara i stort sett oförändrad, medan efterfrågan beräknas öka med drygt 20 procent. Det innebär risk för brist på tandläkare.

Tandsköterska

Nuvarande utbildningsdimensionering förväntas innebära en minskning av tillgången med 45 procent, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med 40 procent. Prognosen visar därför brist.

Yrkeslärare

Tillgången till yrkeslärare beräknas minska med 25–30 procent, samtidigt som efterfrågan beräknas öka med 10 procent. Det beräknas därför fortsatt finnas brist på yrkeslärare.¹¹⁴

Statistiska Centralbyrån om undersköterskor

I *Trender och Prognoser* beräknades 160 000 undersköterskor saknas år 2035. Det föranledde SCB att genomföra en fördjupad analys av vård- och omsorgsutbildad personal.¹¹⁵

Nästan nio av tio bland personer med vård- och omsorgsutbildning är kvinnor. Hälften av de cirka 200 000 med sådan utbildning som är sysselsatta arbetade i kommunal sektor. De utrikesfödda är varken över- eller underrepresenterade bland vård- och omsorgsutbildade. Däremot är andelen sysselsatta lägre bland utrikes födda med sådan utbildning. Mellan åren 2008 och 2013 minskade antalet inrikes födda kvinnor med vård- och omsorgsutbildning, samtidigt som de utrikesfödda kvinnorna ökade i nästan motsvarande grad.

År 2013 arbetade 73 procent av de vård- och omsorgsutbildade inom vård och omsorg.¹¹⁶ Bland männen var denna andel dock endast 53 procent, jämfört med kvinnornas 76 procent.

Statistiska Centralbyrån har beräknat hur många fler som behöver genomgå yrkesutbildning till undersköterska för att beräknad framtida efterfrågan ska kunna mötas. År 2013 slutförde cirka 4 300 elever vård- och omsorgsutbildning på gymnasieskolan. Där-

¹¹⁴ Statistiska Centralbyrån (SCB). *Trender och Prognoser 2014. befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på år 2035*. Örebro: SCB, 2014.

¹¹⁵ Statistiska Centralbyrån (SCB). *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

¹¹⁶ Branscherna vård och omsorg samt sociala tjänster.

efter har antalet minskat. Samma år examinerades 4 500 elever efter studier i yrkesämnen inom vård och omsorg från komvux.

Den genomsnittliga åldern på de examinerade från komvux med vård- och omsorgsutbildning är 41 år. Men ökningen mellan 2008 och 2013 av examinerade avser framför allt personer i åldrarna 21 till 33 år. En växande andel av de examinerade från komvux har utländsk bakgrund. För kvinnor ökade andelen från 2008 till 2013 med 34 procent till 41 procent och för männen var motsvarande andelar 41 procent och 49 procent. Andelen män bland de examinerade har ökat kontinuerligt (se tabell 8.4).

Tabell 8.4 Examinerade med en vård- och omsorgsutbildning efter kön 2008–2013

Procent och antal

Kön/År	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kvinnor	87	86	85	84	82	83
Män	13	14	15	16	18	17
Summa, procent	100	100	100	100	100	100
Summa, antal	8 339	8 458	9 489	10 070	9 532	9 844

Källa: Databasen STATIV, efter Statistiska Centralbyrån, Vård- och omsorgsutbildade – i dag och i framtiden.

Arbetskraftsdeltagandet bland vård- och omsorgsutbildade är förhållandevis lågt, 73 procent, jämfört med genomsnittet 76 procent för gymnasialt utbildade och 79 procent för eftergymnasialt utbildade.

I ett scenario beräknar SCB effekten av om arbetskraftsdeltagandet ökar till samma nivå som specialistsjuksköterskor, om komvuxutbildningen fördubblas och vård- och omsorgsprogrammet i gymnasieskolan ökar sin volym med 50 procent. Med dessa förändringar skulle den beräknade bristen, med nuvarande utbildningsdimensionering, på 160 000 undersköterskor minska till 40 000 år 2015. En sådan utökning av utbildningsvolymen motsvarar cirka 6 200 examinerade personer per år.¹¹⁷

¹¹⁷ Statistiska Centralbyrån (SCB). *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Tema-rapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen rapportera bedömningar av tillgång och efterfrågan på barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, tandläkare och tandhygienister. Från 2016 års slutsatser märks bland annat följande:

- Tillgången på läkare, framför allt yrkeserfarna läkare och specialläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri, är fortsatt otillräcklig.
- Det finns utrymme för en ökning av utbildningsplatser för sjuksköterskor, men lösningen på den bristande tillgången bör främst beakta vikten av att stimulera fler sjuksköterskor utan specialisering att vidareutbilda sig. För tillgången till sjuksköterskor utan specialisering är det viktigt att se över balansen mellan tillväxten av antal sjuksköterskor i hälso- och sjukvården och tillväxten av andra, främst icke legitimerade, yrkesgrupper.¹¹⁸

En samlad bedömning

Jag har redovisat flera prognoser och bedömningar av framtida tillgång och efterfrågan på yrkesutbildad personal. De är värdefulla som illustration av hur vissa förändringar i samhället, t.ex. befolkningens ålderssammansättning, påverkar behovet av och tillgången till personal. Men de har också uppenbara svagheter. Flera faktorer som påverkar tillgång och efterfrågan är svåra eller omöjliga att långsiktigt förutse. Det gäller t.ex. migrationens omfattning, den samhällsekonomiska utvecklingen, yrkessammansättning i personalen, arbetskraftsdeltagande och sysselsättningsgraden bland yrkesutbildad personal och hur behoven av vård och omsorg kommer att förändras.

Flertalet genomförda analyser avser nationell nivå. Men de regionala skillnaderna är betydande och växande. Som Långtidsutredningen 2015 visat förväntas många län möta betydande utmaningar i sin kompetensförsörjning framöver. Innan jag redo-

¹¹⁸ Socialstyrelsen. *Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

visar min bedömning vill jag beskriva några, av många, osäkerhetsfaktorer som har betydelse både på tillgångs- och efterfrågesidan.

Tillgångsfaktorer

1. Om den genomsnittliga sysselsättningsgraden ökar till 95 procent av heltid bland kommunalt anställda inom vård och omsorg skulle rekryteringsbehovet hos kommunerna fram till 2023 minska med 28 000 personer.
2. Den genomsnittliga pensionsåldern för kommunalt anställda inom välfärden år 2012 var 63,5 år. Uppskjuten pensionering med ett år skulle minska rekryteringsbehoven inom välfärds-tjänsterna med 31 000 personer under perioden 2013–2022.¹¹⁹
3. Ett ökat arbetskraftsdeltagande¹²⁰ bland vård- och omsorgsutbildade (undersköterskor) ger betydande ökning av arbetsutbudet. Om arbetskraftsdeltagandet skulle öka till samma nivå som för specialistsjuksköterskor skulle den beräknade bristen på undersköterskor år 2035 160 000 begränsas till cirka 140 000, dvs. minska med 20 000 personer.¹²¹

Efterfrågefaktorer

1. Införande av välfärdsteknik kan komma att begränsa efterfrågan på personal. Införande av natttillsyn med kamera i Västerås för 140 äldre personer innebär att fyra heltids underskötersketjänster natttid inte behövs.¹²² Om dessa effekter skulle uppkomma även i andra kommuner vid genomförande i samma omfattning skulle cirka 360 heltidstjänster kunna undvaras. Det motsvarar endast 0,2 procent av antalet årsarbeten under-

¹¹⁹ Sveriges Kommuner och Landsting. *Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

¹²⁰ Med arbetskraftsdeltagande avses hur stor andel av de vård- och omsorgsutbildade som deltar i arbetskraften, dvs. som förvärvsarbetar eller står till arbetsmarknadens förfogande (inskrivna på Arbetsförmedlingen).

¹²¹ Statistiska Centralbyrån (SCB). *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

¹²² Personlig uppgift Mats Rundqvist, Västerås stad.

sköterska 2015. Men flera tillämpningar av välfärdsteknik kan sammantaget komma att begränsa efterfrågan på personal.

2. Minskad förekomst av fallolyckor skulle kunna begränsa personalbehovet. Kostnaderna för fallolyckor uppskattades 2006 till 4,8 miljarder och förväntas öka på grund av den demografiska utvecklingen till 8 miljarder kronor år 2050.¹²³ Om fallolyckorna kan halveras innebär det då en minskning av kostnaderna med 4 miljarder kronor. Detta motsvarar ungefär 6 700 undersköterskor.¹²⁴
3. Minskad förekomst av högt blodtryck bland äldre skulle medföra att 6 000 färre personer skulle drabbas av stroke varje år¹²⁵, vilket årligen leder till en minskning av cirka 3 miljarder i vård- och omsorgskostnader.¹²⁶ Det motsvarar cirka 5 000 undersköterskor.
4. Nyinsjuknandet i demenssjukdom har stor inverkan på personalbehovet i vård och omsorg om äldre. Det finns flera studier som visar minskat insjuknande, men ännu är inte dessa uppgifter säkerställda. Spännvidden i prognosen över antalet personer med demenssjukdom år 2030 ligger mellan 170 000 personer och nästan 250 000 personer. Av landets cirka 150 000 demenssjuka år 2012 bodde cirka 66 000 i särskilt boende.¹²⁷ Om en lika stor andel som 2012 förutsätts bo i särskilt boende kommer ökningen av äldre personer med demenssjukdom som bor i särskilt boende att variera, beroende på antaganden om antalet nyinsjuknande mellan 8 800 personer och 44 000 personer. Omvandlat till antal undersköterskor motsvarar detta mellan

¹²³ Statens Folkhälsoinstitut. *Fallolyckor bland äldre*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, 2009.

¹²⁴ Enligt uppgifter från SKL och SCB är genomsnittskostnaden för en undersköterska, inklusive lönekostnadspålägg 437 000 kronor. Av de totala kostnaderna för äldreomsorg utgör personalkostnader 73 procent, enligt uppgift från SKL. Dessa uppgifter har använts för att uttrycka de kostnaderna i antal undersköterskor.

¹²⁵ Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.

¹²⁶ Klevmarken, A. och Lindgren, B. (eds.) *Simulating an Ageing Population. A microsimulation approach applied to Sweden*. Contributions to Economic Analysis 285. Bingley: Emerald, 2008.

¹²⁷ Socialstyrelsen. *Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

9 700 och 48 400¹²⁸ personer, dvs. en spannvid om cirka 35 000 undersköterskor. Framtida förekomst av demenssjukdom och behov av särskilt boende för dessa har därför avgörande betydelse för efterfrågan på personal framöver. Härutöver kan även medicinska genombrott komma att ge utökade möjligheter till läkemedelsbehandling med syftet att motverka insjuknande eller att senarelägga sjukdomsutvecklingen.

5. Det finns stora skillnader mellan landets kommuner ifråga om andel bland äldre personer som får hemtjänst/hemsjukvård och särskilt boende. Det finns även stora skillnader i personalbemanning, dvs. hur mycket personal man har i förhållande till verksamhetens omfattning. Utvecklingen framöver i detta avseende är också en betydande osäkerhetsfaktor.

Det är uppenbart att det finns betydande osäkerhet om såväl utvecklingen av behov och efterfrågan på yrkesutbildad personal som tillgången till sådan personal. En hel del av dessa osäkerhetsfaktorer är möjliga att påverka med en genomtänkt politik. Det gäller både hur den yrkesutbildade arbetskraften tas tillvara och hur vård- och omsorgsbehoven utvecklas och tillgodoses i framtiden. Jag redovisar i kapitel 9 och 12 mina bedömningar och förslag ifråga om rehabilitering och förebyggande arbete respektive välfärdsteknik. Det är också min förhoppning att den handlingsplan jag lägger fram kommer att påverka flera av de faktorer som påverkar både behovet/efterfrågan på yrkesutbildad personal och tillgången till sådan personal. Som jag ser det är det nödvändigt att en handlingsplan är långsiktig, strategisk och uthållig, samtidigt som det krävs beredskap för omställning vid behov.

Högskoleutbildad personal

Det är en relativt begränsad andel av alla yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och socionomer som arbetar inom vård och omsorg som helt och hållet vänder sig

¹²⁸ Vi har här räknat med 1,1 årsarbeten undersköterska per äldre person i särskilt boende med demensinriktning. Källan är Stiftelsens Stockholms läns Äldrecentrum. *Lämplig bemanning – i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom*. Stockholm, 2010.

till äldre personer. Det innebär att överväganden om utbildningsdimensionering måste ske utifrån ett vidare perspektiv än jag har i uppdrag att anlägga. I de prognoser jag nyss redovisat för dessa yrkesgrupper har Statistiska Centralbyrån och Arbetsförmedlingen sökt beakta effekterna av en åldrande befolkning på efterfrågan på respektive yrkesgrupp. Jag har i avsnitt 8.2 visat att andelen bland yrkesverksamma inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre som har befattningar som kräver högskoleutbildning inte påtagligt har förändrats sedan 2009 och att den ligger på en låg nivå i förhållande till jämförbara verksamheter. Jag har också redovisat att det kommer att krävas fler medarbetare med sådan fördjupad yrkeskompetens som eftergymnasiala utbildningar ger. Av dessa skäl gör jag bedömningen att efterfrågan på läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och socionomer kommer att öka mer inom vård och omsorg om äldre framöver än vad de demografiska förändringarna i sig leder till. Detta gäller i synnerhet för personer i dessa yrkesgrupper som har specialistutbildning eller vidareutbildning inriktad mot äldrevård eller äldreomsorg. Jag avser läkare med specialistutbildning inom geriatrik, psykiatri med äldreinriktning, specialistsjuksköterskor i äldrevård samt arbetsterapeuter, fysioterapeuter och socionomer med specialist-/vidareutbildning inom området.

Utöver de nu nämnda yrkesgrupperna är det min bedömning att även andra högskoleutbildade yrkesgrupper kan komma att efterfrågas. Det gäller psykologer, som i dag endast undantagsvis arbetar inom den kommunala vården och omsorgen om äldre. Detsamma gäller logopedier, som inte alls arbetar bland äldre utanför sjukhus i dag. Dietister medverkar i begränsad omfattning i kommunernas vård och omsorg, men behoven av denna yrkesgrupp kommer att öka.

Äldrepedagog är en yrkesgrupp som under en period utbildades på Malmö Högskola, men där utbildningen för närvarande upphört. Socialpedagoger arbetar bl.a. med vuxna som har psykosociala problem. Min bedömning är att efterfrågan på högskoleutbildade personer med examen från olika utbildningar, som i dag inte är företrädare i personalen, i ökad utsträckning kommer att efterfrågas inom vård och omsorg om äldre.

Sammantaget är det min uppfattning att framtida efterfrågan på högskoleutbildad personal inom kommunernas vård och omsorg

om äldre underskattats i befintliga prognoser. En samlad bedömning av tillgång och efterfrågan för dessa grupper bör beakta detta och läggas till grund för överväganden om dimensionering av utbildningarna.

Gymnasialt utbildade – grundutbildning

Undersköterskor är den helt dominerande yrkesgruppen inom kommunernas vård och omsorg om äldre. De svarar för cirka 90 procent av arbetsvolymen. Tillgången till undersköterskor har därför avgörande betydelse för att klara kompetensförsörjningen. De analyser som Statistiska Centralbyrån genomfört och som jag nyss redovisat visar att en betydande brist förväntas uppkomma för undersköterskor åren fram mot 2035. SCBs framskrivningar utgår från basåret 2013. Därefter har antalet examinerade från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram minskat påtagligt. SCB har räknat med att 4 500 personer examinerades i vård- och omsorgsämnen från komvux år 2013. De analyser jag låtit Statens Skolverk genomföra visar dock att det under 2014 och 2015 endast varit knappt 700–800 personer som slutfört vård- och omsorgskurser motsvarande 1 400 poäng per år. Däremot har cirka 7 300 personer slutfört studier i dessa ämnen om totalt 1 000 poäng. Det pågår således en omfattande vuxenutbildning i vård- och omsorgsämnen¹²⁹, men det är relativt få som genomgår samtliga yrkeskurser, motsvarande ungdomsgymnasiets yrkesämnen.

Examinationen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram har minskat under de senaste åren. År 2010/11 examinerades 3 700 elever och år 2014/15 var det 2 500 elever.¹³⁰ Minskningen, som utgör en tredjedel av tidigare utbildningsvolym, skedde från läsåret 2013/14, då elever som påbörjat sina studier inom den nya gymnasieskolan (GY11) för första gången examinerades.

¹²⁹ Det framgår också av Skolverkets redovisning av uppdrag om insatser inom yrkesinriktad gymnasial vuxenutbildning och lärlingsutbildning för vuxna m.m. för 2015 och 2016. Där framkommer att nästan 16 000 elever under 2013 läste *någon* vård- och omsorgskurs inom komvux och att antalet minskade till drygt 10 000 år 2015.

¹³⁰ Statistik från Statens Skolverk.

Under 2014 genomgick cirka 1 000 personer arbetsmarknadsutbildning¹³¹ för att bli undersköterska.¹³² Hur många av dessa som uppnått 1 400 poäng i programgemensamma ämnen är inte möjligt att få uppgifter om.

Min bedömning är att alla undersköterskor framöver behöver ha en kompetensnivå som motsvarar 1 400 poäng i yrkesämnena inom vård- och omsorgsprogrammet¹³³. Med denna utgångspunkt blir utmaningen än större än vad Statistiska Centralbyråns analyser visar. I stället för en årlig utbildningsvolym om cirka 8 800 personer basåret 2013 är denna nivå år 2015 cirka 4 000 personer. Det innebär att den stora brist som SCB prognosticerar kan förväntas bli än större. Samtidigt är det betydligt fler år 2015 som lämnar komvux med studier i yrkesämnena motsvarande 1 000 poäng än som SCB utgått ifrån 2013. Det skapar goda förutsättningar för dessa personer att komplettera sin yrkesutbildning med de kurser som krävs för att nå upp till den nivå som jag förordar.

Med utgångspunkt i de prognoser, osäkerhetsbedömningar och utvecklingen av vård- och omsorgsutbildningen de senaste åren är utan tvekan den största utmaningen för kompetensförsörjningen framöver att öka utbudet av undersköterskor så att det möter den ökade efterfrågan.

Vad bör göras?

Den demografiska omvandling vi står inför, med en växande vård och omsorg om äldre, och växande kvalitetskrav på vård- och omsorgstjänster förutsätter en strategi med två huvuddelar.

1. En långsiktigt och uthålligt utökad omfattning på utbildningen inom vård och omsorg på gymnasial nivå, särskilt som vuxenutbildning, samt ökad volym på specialistutbildning för undersköterskor.

¹³¹ Kommunal. *Rätt utbildning*. Stockholm: Kommunal, 2017.

¹³² Statistiken över arbetsmarknadsutbildningen är bristfällig. Uppgifter saknas om hur många personer som studerat vård- och omsorgsämnena om 1 400 poäng i gymnasieskolan.

¹³³ Denna nivå motsvarar nuvarande Allmänt råd från Socialstyrelsen. I det fortsatta arbetet med att definiera vilka kvalifikationer som bör krävas för legitimation för undersköterskor samt de yrkeskrav som jag beskriver, behöver såväl omfattning som innehåll i denna nivå prövas på nytt.

2. En ny struktur för utbildningsplanering på regional och nationell nivå, grundad i en förbättrad statistik över tillgång och efterfrågan på yrkesutbildad personal.

Jag återkommer längre fram till mina bedömningar och förslag i dessa delar.

8.6 Hur kan balans mellan tillgång och efterfrågan uppnås? – en nationell strategi

Mina bedömningar: Tillräcklig tillgång till yrkeskompetent personal är nödvändigt för att uppnå god kvalitet inom vård och omsorg om äldre personer.

Det är en betydande utmaning att öka tillgången till yrkeskompetent personal så mycket att den möter den demografiskt betingade ökningen av efterfrågan på sådan personal.

Staten och huvudmännen samt privata utförare bör samverka utifrån långsiktigt givna statligt beslutade förutsättningar för att klara kompetensförsörjningen.

Inom ramen för min handlingsplan lägger jag fram flera åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för huvudmännens och privata utförares kompetensförsörjning. Det gäller främst utbildningssystemets utformning, samt statens samverkan med huvudmännen i kompetensförsörjningen. Huvudmännens och privata utförares arbete bör också följas upp med ett antal indikatorer, som visar utvecklingen inom väsentliga områden för kompetensförsörjningen.

I detta avsnitt redovisar jag mina bedömningar om vad som behöver göras för att uppnå balans mellan tillgång och efterfrågan på yrkesutbildad personal inom vården och omsorgen om äldre personer. Ansvar för kompetensförsörjningen ligger på kommuner och landsting samt på privata utförare. Statens ansvar är att, inom olika politikområden, skapa goda förutsättningar för huvudmän och utförare.

Det finns möjligheter att till viss del påverka efterfrågan på yrkeskompetent arbetskraft och i högre grad att påverka tillgången till sådan. För att lyckas med detta behövs ett långsiktigt och ut hålligt arbete där flera aktörer vidtar åtgärder – det gäller parterna

på arbetsmarknaden och staten. Jag lägger därför dels fram ett antal förslag till förändringar i statliga åtgärder, dels förslag till förändringar inom verksamheterna som fortlöpande bör följas upp. Dessa båda komponenter ingår i den handlingsplan som jag nu lägger fram.

Efterfrågepåverkande faktorer

Äldres behov av vård och omsorg

Som jag visat i avsnitt 8.4 skulle en minskad förekomst av demenssjukdom bland äldre personer framöver, som det finns vissa indikationer på, kunna avsevärt minska behovet av personal.

Även i övrigt kan förekomsten av sjukdom och funktionsnedsättning i den äldre befolkningen komma att förändras på grund av livsstilsförändringar och förändringar i den fysiska miljön. Det kan innebära begränsningar i det demografiskt relaterade ökade vård- och omsorgsbehovet, men det finns även risk för det motsatta.

En ökad satsning på förebyggande av ohälsa och funktionsnedsättning som jag föreslår i min plan kommer förhoppningsvis på sikt att begränsa behovet av vård och omsorg.

Som jag redovisat i kapitel 11 har anhörigas insatser ökat. Många går ner i sysselsättningsgrad eller slutar helt att förvärvsarbeta. Andelen personer i höga åldrar som bor i särskilt boende har minskat kraftigt och hemtjänst/hemsjukvård har inte byggts ut tillräckligt för att kompensera neddragningen i särskilt boende. Personalvolymen inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer har sedan 2009 ökat relativt kraftigt och mer än antalet personer i höga åldrar gjort.

Med hänsyn till dessa förhållanden är det min bedömning att det för närvarande inte är rimligt att räkna med minskade behov per person i höga åldrar framöver. Utgångspunkten bör i stället vara att de åldersstandardiserade¹³⁴ behoven i den äldre befolkningen av offentligt finansierad vård och omsorg framöver kommer att vara i stort oförändrade. Det innebär kraftigt ökade behov av vård och omsorg åren framöver, eftersom antalet personer i höga åldrar ökar kraftigt.

¹³⁴ Med åldersstandardiserat avses andelen i varje åldersklass som har behov av vård och omsorg.

Utformningen av vård och omsorg

Framtida efterfrågan på personal är också beroende av på vilket sätt ett givet behov av insatser tillgodoses. Inom detta område finns stora skillnader mellan landets kommuner i flera avseenden. Det gäller:

- hur mycket särskilt boende respektive hemtjänst/hemsjukvård man erbjuder sett i förhållande till den äldre befolkningen,
- hur mycket personal man har för att bedriva en viss verksamhet givet ett visst behov, t.ex. per äldre person i särskilt boende,
- hur personalen är sammansatt, dvs. andelarna av personalen med olika yrkeskompetenser.

Dessa skillnader innebär att ett givet behov i dag tillgodoses med olika mycket personal och med personal med olika yrkeskompetens. Jag har tidigare redovisat att det finns kunskapsstöd för att både antalet personal och deras yrkeskompetens har betydelse för kvaliteten i verksamheten. Däremot saknas svenska studier som belyser detta samband.

En ökad satsning på rehabilitering, som jag föreslår, bör på sikt kunna begränsa behovet av hjälp med personlig omvårdnad och service, samtidigt som det kommer att behövas ytterligare personal med rehabiliteringskompetens.

Ökad användning av hjälpmedel, välfärdsteknik och e-hälsolösningar bör också kunna begränsa personalbehovet framöver. De uppföljningar som hittills genomförts av natttillsyn med kamera, som jag redovisat i avsnitt 8.4, visar dock små effekter på personalbehovet. I ett längre tidsperspektiv där också nya tekniker väljs av äldre personer med vård- och omsorgsbehov kommer sannolikt personalbehovet att begränsas i större omfattning.

Sammantaget är det min bedömning att dagens bemanning och yrkessammansättningen på personalen inte är självklar. De stora skillnaderna mellan kommunerna visar att behoven kan tillgodoses på olika sätt. Ökade krav på god kvalitet i vård och omsorg om äldre personer innebär dock att den genomsnittliga personalbemanningen i förhållande till antalet äldre personer inte kan begränsas. Däremot behöver sammansättningen av yrkeskompetenser bland personalen förändras, vilket jag återkommer till.

Ökad sysselsättningsgrad och minskad sjukfrånvaro

Den ökade genomsnittliga sysselsättningsgraden för undersköterskor under senare år har bidragit till att ett i stort sett oförändrat antal anställda har kunnat utföra mer vård- och omsorgsarbete bland äldre personer. Mellan åren 2009 och 2013 ökade antalet anställda med cirka 2 000, samtidigt som antalet utförda årsarbeten ökade med drygt 12 000. Denna utveckling visar tydligt att om fler undersköterskor kan erbjudas heltid eller högre sysselsättningsgrad än för närvarande kommer efterfrågan på undersköterskor att begränsas påtagligt.

Sjukfrånvaron är relativt hög inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer. Den har också över tid varierat i hög grad. Under de allra senaste åren har den ökat. En minskad sjukfrånvaro begränsar efterfrågan på personal, inte minst visstidsanställda och timavlönade.

Ålder vid pensionering

Vid vilken ålder personal väljer att lämna arbetskraften har betydelse för framtida efterfrågan på arbetskraft. Sedan årtionden ligger den genomsnittliga åldern då ålderspension tas ut ganska konstant kring 65 års ålder. Men andelen som tar ut sin allmänna pension före 65 års ålder har mer än fördubblats på kort tid.

En studie visar att undersköterskor, vid det senaste sekelskiftet, genomsnittligt lämnade arbetskraften vid cirka 60 års ålder.¹³⁵ I en analys av faktorer som kunde påverka personalbehoven som genomfördes 2003 beräknades att om undersköterskor genomsnittligt skulle arbeta ytterligare ett år så skulle det minska efterfrågan med 9 300 personer eller 2,6 procent av personalvolymen. Ett års senareläggning av pensionsåldern hade då efter omfattande och fleråriga ansträngningar uppnåtts i Finland.¹³⁶

¹³⁵ I denna studie ingick endast personal som var 40 år eller äldre. Avgång innebär inte att man tar ut ålderspension, utan det kan vara fråga om att personens inkomster i stället är sjukpenning, arbetslöshetsersättning, tjänstepensionsförmåner eller andra förmåner. Senare studier av dessa förhållanden saknas.

¹³⁶ Socialstyrelsen. *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Del II – Faktagrund och beräkningar*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.

Andelen sysselsatta i åldern 55–64 år, generellt sett på svensk arbetsmarknad, har stigit från 62 procent 1987 till 71 procent 2012. Utträdesåldern har ökat med cirka 1,3 år från 1994 till 2012. Senareläggningen av utträdesåldern har dock inte följt ökningen av medellivslängden i befolkningen.¹³⁷

Uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om den genomsnittliga ålder då månadsanställd personal 60 år och äldre avslutar sin anställning visar att den för undersköterskor och vårdbiträden är drygt 63 år och inte ändrats nämnvärt mellan åren 2009 och 2015. I denna beräkning förutsätts att flertalet av de som slutar sin anställning i dessa åldrar avslutar sitt arbetsliv.¹³⁸

Pensionsålderskommittén föreslog att arbetstagarna måste arbeta längre, annars blir pensionsnivåerna för låga, försörjningsbördan orimlig och välfärdsfinansieringen hotas. Utredningen föreslog därför ett antal åtgärder för att förbättra arbetsmiljön, stärka de den äldre arbetskraftens möjligheter att bevara och utveckla sin kompetens, öka informationen, förstärka de ekonomiska incitamenten och motverka åldersdiskriminering. Ett av de mer framträdande förslagen var att det skulle införas en riktålder för när man ska gå i pension och att denna ska följa utvecklingen av medellivslängden.¹³⁹

Min bedömning är att det är angeläget att personalen inom vård och omsorg ges goda förutsättningar att fortsätta sitt yrkesarbete inom vården och omsorgen om äldre så långt möjligt. Det finns flera förhållanden som har betydelse i detta sammanhang.

- Många anställda har arbetat deltid under delar eller hela sitt arbetsliv och kommer till följd av detta att få en relativt låg pension.
- Den genomsnittliga lönen för undersköterskor inom vård och omsorg är relativt låg, vilket ger en låg pension.
- Förekomsten av arbetsrelaterade skador och sjukskrivningar till följd av dessa är relativt hög inom området.

¹³⁷ SOU 2013:25. Pensionsåldersutredningen. *Åtgärder för ett längre arbetsliv.*

¹³⁸ Personliga uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting.

¹³⁹ SOU 2013:25. Pensionsåldersutredningen. *Åtgärder för ett längre arbetsliv.*

Det finns således förhållanden både som motverkar och som underlättar för undersköterskor att senarelägga sitt utträde ur arbetskraften. En möjlighet som inte använts fullt ut är att ge möjligheter för undersköterskor att skifta arbetsuppgifter i slutfasen av sitt arbetsliv. Det finns vissa möjligheter till detta i dag och genom en ökad differentiering av uppgifterna i arbetsorganisationerna bör dessa möjligheter förbättras. Till detta kan också bidra ökade möjligheter till specialistutbildning inom yrkeshögskolan. Genom utveckling i yrket kan dels motivationen att fortsätta arbetet öka, dels ge möjligheter att få uppgifter som är bättre anpassade till de förutsättningar och önskemål den enskilda arbetstagaren har. Det kan handla om uppgifter som handledare, ombud/resursperson för att följa kunskapsutvecklingen inom ett visst område, att medverka i specialiserad verksamhet av olika slag etc.

Tillgångspåverkande faktorer

Ökat arbetskraftsdeltagande

Bland personer som har undersköterskeutbildning är arbetskraftsdeltagandet relativt lågt. Av de 320 000 personer som hade sådan utbildning, i åldrarna 19–74 år, år 2013 tillhörde 230 000 eller 73 procent arbetskraften. Jämfört med andra gymnasialt utbildade, och framför allt personer med eftergymnasial utbildning, är denna andel lägre.¹⁴⁰

Om en ökad andel av de som har undersköterskeutbildning också skulle delta i arbetskraften skulle tillgången till sådan personal öka påtagligt.

Undersköterskeutbildades yrkesval

År 2013 arbetade 73 procent av undersköterskorna inom vård och omsorg samt sociala tjänster. Bland kvinnorna var denna andel 76 procent, medan den bland männen endast var 53 procent. Den ökning av andelen män, i huvudsak med män med utländsk bakgrund,

¹⁴⁰ Statistiska Centralbyrån. *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

som slutfört undersköterskeutbildning under senare år ger härigenom inte det tillskott till arbetskraften som kan förväntas. Nästan hälften väljer att arbeta i någon annan bransch.¹⁴¹

För kvinnor är träffsäkerheten god mellan undersköterskeutbildning och arbete inom vård och omsorg. Genom att öka den växande andelen män som slutför sådan utbildning som arbetar i branschen skulle tillgången till yrkesutbildad personal öka.

Migrationens nationella betydelse

Migrationen har stor betydelse för möjligheterna att klara kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Genom ökad nettomigration bland personer i förvärvsaktiv ålder – dvs. större immigration än emigration – ökar dels arbetskraften och därmed potentialen för tillväxt och därmed växande skatteunderlag, dels rekryteringsbasen för vård och omsorg. En förutsättning för dessa effekter är självfallet att personer med utländsk bakgrund rustas för att bli delaktiga i arbetskraften.

För närvarande är förvärvsfrekvensen bland personer födda utanför Sverige avsevärt lägre än bland personer födda i Sverige. Under åren 1997–2012 var den genomsnittliga förvärvsfrekvensen i landet för personer födda utanför EU/EFTA-området knappt 50 procent, jämfört med nästan 80 procent för personer födda i Sverige.¹⁴² Långtidsutredningen 2015 har i sina analyser visat att om den genomsnittliga sysselsättningsnivån bland invandrare från länder med medelhögt eller lågt HDI (Human Development Index¹⁴³) ökar med i genomsnitt 10 procentenheter under perioden fram till 2060 kommer utrikes födda att bidra till att minska det negativa offentligfinansiella sparandet, som i huvudsak är ett resultat av Sveriges åldrande inrikes födda befolkning.¹⁴⁴ Detta illustrerar den avgörande betydelse som nivån på migrationen samt syssel-

¹⁴¹ Statistiska Centralbyrån. *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

¹⁴² SOU 2015:101. Långtidsutredningen. *Demografins regionala utmaningar. bilaga 7*.

¹⁴³ HDI är ett index som används av FN:s utvecklingsprogram för att jämföra välståndet i olika länder. Bland länder med lågt och medelhögt HDI ingår bl.a. Irak, Syrien, Somalia, Afghanistan och Eritrea.

¹⁴⁴ SOU 2015:101. *Långtidsutredningen: Migration, en åldrande befolkning och offentliga finanser bilaga 6*.

sättningsnivån bland utrikes födda har, såväl för att finansiera som att bemanna framtidens vård och omsorg.¹⁴⁵

Det finns skäl att nämna att Långtidsutredningens analyser har genomförts med utgångspunkt i Statistiska Centralbyråns befolkningsprognoser från 2015. Den stora ökningen av flyktinginvandringen under detta år har därför inte beaktats. Eftersom framtida invandring är omöjlig att förutsäga får beräkningarna ses som exempel på sambandet mellan demografiska förändringar, offentliga sektorns finansiering och arbetsmarknadens utveckling.

Andelen av anställd personal inom vård och omsorg som har utländsk bakgrund har ökat påtagligt de senaste åren. Mellan åren 2009 och 2014 ökade andelen bland kommunanställda från 11 till 16 procent och bland landstingsanställda från 12 till 17 procent. Men det finns stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. Bland läkare har andelen som har utländsk bakgrund ökat från 29 procent till 35 procent och bland sjuksköterskor i kommunerna från 11 till 13 procent.¹⁴⁶ Bland undersköterskor som arbetar minst 20 timmar per månad i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre ökade andelen med utländsk bakgrund från 19 procent år 2008 till 23 procent 2013. En fortsatt ökning skedde fram till 2015 då 27 procent av denna grupp hade utländsk bakgrund.¹⁴⁷ Nästan var tredje undersköterska som år 2015 arbetade mindre än 20 timmar per månad hade utländsk bakgrund. Uppgifterna visar en kraftig ökning av antalet anställda med utländsk bakgrund inom vård och omsorg, särskilt för undersköterskor.

Breddad yrkessammansättning

Som jag tidigare redovisat är det min bedömning att fler yrkesgrupper kan behövas för att erbjuda äldre personer en god vård och omsorg. Det gäller i huvudsak yrkesgrupper som har högskole-

¹⁴⁵ Det grundläggande skälet till detta förhållande är att invandring innebär en föryngring av befolkningen. Av de som invandrat de senaste åren är enbart 12 procent äldre än 45 år och hela 50 procent är mellan 15 och 34 år gamla. Motsvarande andelar för de inrikes födda är 45 respektive 25 procent, enligt Långtidsutredningens bilaga 6.

¹⁴⁶ Opublicerade uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting. Personalstatistik för åren 2009 och 2013.

¹⁴⁷ Uppgifterna kommer från en bearbetning av yrkesregistret som Statistiska Centralbyrån gjort på utredningens uppdrag. Mellan åren 2013 och 2015 genomfördes en förändring av yrkeskoderna, vilket gör att uppgifterna för åren för 2013 och 2015 inte är jämförbara.

utbildning inom vård och omsorg. För flera av dessa bedömer Statistiska Centralbyrån att brist kommer att uppkomma de närmsta 10–15 åren (jfr avsnitt 8.3.6). Bland dessa yrkesgrupper arbetar i dag oftast en relativt liten andel i den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Generellt är söktrycket på vård- och omsorgsutbildningar på högskolenivå högre än på gymnasial nivå.

Förutsatt att den högre utbildningen ges en utökad volym bör det finnas relativt goda möjligheter att bredda yrkeskompetensen bland personalen inom kommunernas vård och omsorg. Det är en utveckling som skett under senare år och som bör kunna förstärkas framöver. En sådan utveckling förutsätter emellertid att det dels finns kunskapsmoment i grundutbildningar inom vård och omsorg på högskolenivå, dels tillgång till vidare- och specialistutbildning inom gerontologi och geriatrik för personer som vill söka sig till arbete inom vård och omsorg om äldre.

Kraftigt ökad utbildningsvolym för undersköterskor

För att öka tillgången till undersköterskor så att den motsvarar den förväntade efterfrågeökningen krävs en kraftigt ökad utbildningsvolym. I föregående avsnitt redovisade jag att antalet personer som 2015 slutförde studier inom vård- och omsorgsprogrammet yrkesämnen motsvarande nivån 1 400 poäng beräknades vara cirka 4 000 personer.¹⁴⁸ Statistiska Centralbyråns efterfrågebedömning¹⁴⁹ ligger för de närmsta cirka 10 åren på cirka 16 000 utbildade per år. Åren därefter behöver volymen öka ytterligare för att svara mot förväntad efterfrågan.

Min bedömning är att en kraftig utökning av undersköterskeutbildningen behöver genomföras snarast möjligt och att målet bör vara att öka antalet personer som årligen slutför utbildning i yrkesämnen upp till nivån 1 400 poäng från dagens cirka 4 000 personer till cirka 16 000 personer, dvs. en ökning med 12 000 personer per år.

¹⁴⁸ Det finns en osäkerhet om hur stor del av de som genomgår arbetsmarknadsutbildning som når denna kompetensnivå. Här har jag räknat att hälften av de 1 000 personer som slutförde arbetsmarknadsutbildning uppnådde denna nivå.

¹⁴⁹ Statistiska Centralbyrån. *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden*. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad. Stockholm: SCB, 2015.

Min bedömning är att samtliga nuvarande former av yrkesförberedande utbildning till undersköterska behöver ges utökad volym, dvs. gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram, kommunal vuxenutbildning och arbetsmarknadsutbildning. De bästa förutsättningarna för att utöka utbildningsvolymen finns dock inom den kommunala vuxenutbildningen. Min bedömning är att inriktningen bör vara att kraftfullt utöka omfattningen av denna.

Rekryteringsbasen för undersköterskor

För att utforma ändamålsenliga åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen vill jag redovisa min bedömning av inom vilka grupper en ökad rekrytering till yrkesutbildning och arbete som undersköterska främst bör kunna ske.

1. Unga vuxna personer som provat på olika yrken, studier och aktiviteter och som vill ha ett meningsfullt arbete nära där de bor. Ofta har dessa en gymnasial utbildning, men saknar inte sällan yrkesutbildning till undersköterska.
2. Medelålders personer som vill byta yrke, antingen för att de bedömer undersköterskeyrket som attraktivt, eller att de på grund av omställning i arbetslivet tvingas söka sig ett nytt yrke, med goda framtidsutsikter. Även dessa har oftast någon form av gymnasial utbildning som behöver kompletteras.
3. Personer med utländsk bakgrund som i närtid anlant till Sverige och som söker ett yrke där man har kompetens från tidigare hemland eller vill skaffa sig yrkesutbildning för att få den kompetens som krävs för arbete som undersköterska. Utbildningsbakgrunden bland dessa är mycket varierande. Behovet av att knyta samman språkutbildning med yrkesutbildning är uttalat.
4. Personer som sedan tidigare helt eller delvis har yrkesutbildning som undersköterska men som inte arbetar inom området för närvarande. På arbetsmarknaden finns relativt många inom denna grupp, med tidigare erfarenhet av vård- och omsorgsarbete och viss yrkesutbildning, som bör kunna intresseras att återkomma till verksamhetsområdet.

5. Män som har vård- och omsorgsutbildning eller som på grund av omställning i arbetslivet måste söka sig till nytt arbete eller som tidigare provat på arbete inom branschen, men tidigare lämnat det. Hittills har inte de ansträngningar som gjorts inom detta område varit särskilt framgångsrika. I vart fall har de inte fått tillräckligt genomslag utöver enskilda projekt som genomförts.
6. Personer i andra EU/EES-länder som genom riktade åtgärder för rekrytering och yrkesutbildning kan intresseras för arbete som undersköterska i Sverige. Sådana åtgärder har genomförts för bl.a. läkare, tandläkare och sjuksköterskor. De former som finns för att bedriva vård och omsorg om äldre personer i Sverige bör kunna attrahera personer från andra länder.
7. Unga personer som står i begrepp att välja gymnasieprogram. Förutsättningarna för att öka attraktiviteten för vård- och omsorgsprogrammet bör öka om Gymnasieutredningens förslag om att eleverna får rätt att välja kurser för särskild behörighet och får en undersköterskeexamen. Mitt förslag om att detta också ska bli ett reglerat yrke med legitimation (se avsnitt 8.9) bör också öka attraktiviteten bland unga. Flertalet av dessa kommer sannolikt initialt inte att arbeta inom vård och omsorg om äldre personer, utan inom andra delar av vården och omsorgen. Men det skapar en framtida tillgång på yrkesutbildad personal som senare i livet kan intresseras för arbete inom vården och omsorgen om äldre.

God personkontinuitet förutsätter goda arbetsvillkor

Personkontinuiteten kan förbättras

God personkontinuitet är en central kvalitetsegenskap inom vården och omsorgen om äldre. I en stor studie fann man att äldre personer som hade mer än 40 timmars insatser under en två veckors-period i genomsnitt hade 14 personer som gav hjälpen. Personkontinuiteten var bättre för äldre personer med hemtjänst än för de som bodde i särskilt boende. I studien jämfördes också äldreomsorgen med LSS-boenden. Det visade sig att personer med samma omfattning av hjälp genomsnittligt hade dubbelt så bra

personkontinuitet i LSS-boenden, dvs. färre personer som gav hjälpen, jämfört med särskilt boende för äldre.¹⁵⁰

Det finns stora variationer mellan kommuner ifråga om personkontinuitet inom hemtjänsten. Andelen bland dem som fick besök av hemtjänsten minst två gånger per dag och som mött fler än 20 personal under 14 dagar varierade år 2015 mellan 0 och 76 procent mellan den kommun som hade lägst respektive högst värde på denna indikator.¹⁵¹

Dessa uppgifter visar att det är möjligt att förbättra personkontinuiteten för de äldre som har stora hjälpbehov. Brister inom detta område kan vara uttryck för bristfällig organisering av verksamheten, men kan även vara orsakad av hög personalomsättning bland personalen och att många arbetar med låg sysselsättningsgrad.

Hög personalomsättning

Det finns olika definitioner av personalomsättning och olika sätt att beräkna den. Jag har låtit Statistiska Centralbyrån¹⁵² beräkna hur stor andel av den personal som arbetade i kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (särskilt boende samt hemtjänst/hem-sjukvård) den 1 november månad 2014 som även arbetade inom denna verksamhet och i samma yrke den 1 november 2015. Bland undersköterskor fanns 82 procent kvar, dvs. 18 procent fanns inte i tjänst vid uppföljningstidpunkten, den 1 november 2015 (se vidare bilaga 5 om material och metod).¹⁵³ Motsvarande för yrkeskategorin vårdbiträden var att 61 procent fanns kvar och 39 procent hade slutat. För sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter var andelen som inte fanns i tjänst 25, 26 respektive 22 procent. Dessa andelar uttrycker den andel som lämnat tjänst-

¹⁵⁰ Socialstyrelsen. *Tid för vård och omsorg. Hur använder personal inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid?* Stockholm: Socialstyrelsen, 2005. Dessa uppgifter är drygt 10 år gamla och det är oklart hur läget ser ut i dag, då jämförbara uppgifter saknas.

¹⁵¹ www.kolada.se

¹⁵² Uppgifterna bygger på lönestatistiken.

¹⁵³ För att räknas med krävs att en person är anställd och har en beslutad arbetstid om minst 5 procent av heltid. För timavlönade beräknas antalet faktiskt arbetade timmar dividerat med 165 för att få fram motsvarande nivå. Personer som är helt föräldralediga, helt sjukskrivna eller tjänstlediga för utbildning räknas inte med, de jämställs alltså med dem som slutat sin anställning.

göring inom det specifika yrket inom verksamhetsområdet i landets kommuner. Vårdbiträden som mellan de aktuella åren blivit undersköterskor betraktas därför som att de slutat. Även visstidsanställda vårdbiträden som fått anställning inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning redovisas med denna metod som om de slutat. Personal som slutar anställning i någon kommun och börjar arbeta inom något landsting/region eller hos privat utförare betraktas också som att de slutat.

Å andra sidan ingår inte personal som byter mellan olika enheter eller distrikt inom en kommun och inte heller de som byter arbete till en annan kommun.

Vanligtvis redovisar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) endast personalomsättningen för månadsanställd personal och man inkluderar endast dem som avslutar sin anställning inom kommunerna i landet. Från ett kommunalt kompetensförsörjningsperspektiv kan detta vara ändamålsenligt. I bilaga 7 redovisar jag uppgifter om personalomsättning för månadsanställda undersköterskor och vårdbiträden.

Men mitt syfte är att försöka beskriva personalomsättningen från de äldres perspektiv. Den metod som jag använt är då bättre än den SKL tillämpar. Men jag tvingas konstatera att det inte är möjligt att med officiell statistik på ett tillfredsställande sätt beskriva personalomsättning. För detta krävs uppenbarligen specialstudier.

Om personalomsättningen över flera års tid är på den nivå som jag redovisat, eller högre på kommun- och enhetsnivå, är personalomsättningen mycket hög inom området. Att nästan 4 av 10 vårdbiträden slutar på ett år kan förstås utifrån att en stor andel av dessa är visstidsanställda och att en del övergår till anställning som undersköterska.

Många har visstidsanställning

En allmän visstidsanställning är en form av tidsbegränsad anställning som regleras i 5 § lagen (1982:80) om anställningsskydd, LAS, och som infördes 2007. År 2014 hade drygt 60 000 personer i yrkeskategorierna vårdbiträde och undersköterska allmän visstidsanställning inom vård och omsorg om äldre, vilket motsvarar

31 procent av samtliga anställda inom dessa yrkeskategorier. Bland vårdbiträden hade 61 procent allmän visstidsanställning och bland undersköterskor 17 procent. Det är vanligast med tidsbegränsade anställningar inom kvinnodominerade arbetaryrken. Andelen med tidsbegränsad anställning har ökat kraftigt sedan de nya bestämmelserna infördes 2007. Merparten av denna ökning inom vård och omsorg är personer som arbetar per timme eller kallas in vid behov.¹⁵⁴ Inom vård och omsorg om äldre är andelen tidsbegränsat anställda sex procentenheter högre inom privat utförd verksamhet, jämfört med kommunalt utförd verksamhet.¹⁵⁵

Män inom vård och omsorg har oftare tidsbegränsad anställning än kvinnor. Personer födda i något utomnordiskt land har också i högre grad sådan anställning. Förekomsten av tidsbegränsat anställda är högst bland personer i åldrarna 19–30 år, men bland kommunalt anställda var medelåldern bland visstidsanställda 37 år. Andelen timanställda är också hög bland personer 65 år och äldre.¹⁵⁶ Av de anställda inom vård och omsorg i kommunerna arbetar var femte på timmar och av de arbetade timmarna motsvarar deras arbete 13 procent av samtliga arbetade timmar.¹⁵⁷

Tidsbegränsade anställningar begränsar anställdas möjligheter att planera sina liv, få en tryggad försörjning och det påverkar hälsa, familjeliv och socialt liv mycket negativt. Det riskerar också att skapa splittring mellan personalen på arbetsplatser.¹⁵⁸ En tidsbegränsad anställning kan dock vara en ingång till en tillsvidareanställning. Det kan vara en möjlighet att pröva på ett yrke. Enligt en studie av Statistiska Centralbyrån är en tidsbegränsad anställning den vanligaste vägen till arbete både för den som varit arbetslös och för dem som tidigare inte sökt eller kunnat ta ett arbete.¹⁵⁹

Från äldre personers perspektiv bidrar den höga andelen visstidsanställda till att försämla förutsättningarna för god personkontinuitet.

¹⁵⁴ Kommunal. *Flexibilitetens pris*. Stockholm: Kommunal, 2016. 84 procent av ökningen av tidsbegränsat anställda de senaste sex åren är anställda som arbetade per timme eller vid behov.

¹⁵⁵ Kommunal. *Så mycket bättre?* Stockholm: Kommunal, 2014.

¹⁵⁶ <https://skl.se/download/18.2e2d06c6152865ec155ae778/1455622197375/Fakta-PM+tidsbegr%C3%A4nsade+anst%C3%A4llningar.pdf>

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Kommunal. *Status: Prekärr. En rapport om tidsbegränsat anställda*. Stockholm: Kommunal, 2016.

¹⁵⁹ Statistiska Centralbyrån: *Välfärd 2/2015*.

Ökad andel timavlönade

En allt större andel av det arbete som utförs av anställda i yrkeskategorierna undersköterska och vårdbiträde utförs av timavlönade. Jag har från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beställt en bearbetning av organisationens personalstatistik för åren 2008–2015. Uppgifterna visar hur stor andel av samtliga årsarbeten i kommunerna för respektive år och yrkeskategori som utförs av timavlönad personal, fördelat på olika kommuntyper.

Andelen av arbetet som utförs av timavlönade var 2015 tre till fyra gånger högre bland vårdbiträden än bland undersköterskor. Högst andel bland undersköterskor fanns detta år i förortskommuner, 8,1 procent. För vårdbiträden var samma år andelen timavlönade högst i glesbygdskommuner, 28,6 procent. I samtliga kommungrupper¹⁶⁰ har andelen av arbetet som utförts av anställda i de båda yrkeskategorierna av timavlönad personal ökat mellan åren 2008 och 2015. Den kraftigaste ökningen har skett för vårdbiträden i glesbygdskommuner. (Se vidare bilaga 7).

Oförändrade sysselsättningsgrader

Under senare år har frågan om rätt till heltid för undersköterskor uppmärksamats och många kommuner har fattat beslut om att ge alla denna möjlighet, samtidigt som sysselsättningsgraden kan sättas ned under viss period efter den anställdas önskemål. Men dessa förändringar har inte genomförts i alla kommuner och det finns uppgifter som visar att privata utförare genomsnittligt har lägre sysselsättningsgrad bland undersköterskor än kommunerna.¹⁶¹

Ett sätt att beskriva utvecklingen de senaste åren är att räkna samman allt arbete som utförs, uttryckt som årsarbeten, och dela det med antalet anställda. Detta mått beskriver den genomsnittliga sysselsättningsgraden för alla undersköterskor i kommunernas vård och omsorg om äldre, oberoende av anställningstitel, anställnings-

¹⁶⁰ I analysen har följande kommungrupper använts: storstäder, förortskommuner till storstäder, större städer, glesbygdskommuner samt övriga kommuner.

¹⁶¹ Kommunal. *Flexibilitetens pris*. Stockholm: Kommunal, 2016. En rapport om anställningstrygghet i privat och offentlig vård och omsorg 1987–2015. Den faktiska tjänstgöringsgraden inom kommunal vård och omsorg var 2015 87 procent, jämfört med 82 procent för privat utförd vård och omsorg.

form och löneform. De uppgifter jag redovisar bygger på de uppgifter jag tidigare redovisat i tabell 8.1 och tabell 8.3 över antal anställda och antal årsarbeten. De är hämtade från kommunernas lönestatistik den 1 november respektive år.

Mina beräkningar visar att den genomsnittliga sysselsättningsgraden för undersköterskor varit i stort sett oförändrad mellan åren 2011 och 2015, cirka 80 procent. För de som har anställningstiteln undersköterska har den genomsnittliga sysselsättningsgraden ökat med två procentenheter från 79 procent till 81 procent. För dem som har anställningstiteln vårdbiträde och övrig vård- och omsorgspersonal har den genomsnittliga sysselsättningsgraden varit i stort sett oförändrad mellan åren 2011 och 2015. Utvecklingen framgår av tabell 8.5.

Tabell 8.5 Genomsnittlig sysselsättningsgrad för undersköterskor, vårdbiträden och övrig- vård och omsorgspersonal i kommunernas vård och omsorg om äldre, åren 2011, 2013 och 2015

Procent

Yrkesgrupp/År	2011	2013	2015
Undersköterskor	79	80	81
Vårdbiträden	64	65	62
Övrig vård- och omsorgspersonal	69	70	70
Totalt	72	74	73

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beskrivit utvecklingen av sysselsättningsgraden i kommunerna mellan åren 2008 och 2014 och funnit att andelen som är anställda på heltid ökat från 70 procent till 75 procent. Under samma period har andelen som faktiskt arbetar heltid ökat från 59 procent till 64 procent.¹⁶² Dessa uppgifter avser all kommunal personal, vilket kan förklara skillnaderna mellan mina beräkningar och SKL:s.

I de redovisade uppgifterna ingår inte privata utförare. En bearbetning av data från Arbetskraftsundersökningen (AKU) för åren 2008 till 2013 visar att andelen deltidsanställda i yrkesgrupperna undersköterskor och vårdbiträden minskat något bland kommunala

¹⁶² Sveriges Kommuner och Landsting. *Om fler jobbar mer. Heltidsfrågan i välfärden*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

utförare, samtidigt som andelen ökat bland privata utförare. De senare låg 2013 sex procentenheter högre än kommunala utförare. Andelen var 63 procent för kommunalt anställda och 69 procent för privata utförare. En betydande andel av dessa uppger att de skulle vilja arbeta heltid om de hade möjlighet till det. År 2013 var denna andel 34 procent bland kommunalt anställda undersköterskor och vårdbiträden och 45 procent bland privata utförare.¹⁶³

Hög sjukfrånvaro

Den långa trenden är att sjuktalen minskade kraftigt från en topp 2003 till en botten 2010 för att därefter öka på nytt. Beräkningar för perioden 2002 till 2010 för kvinnor i vård- och omsorgsyrken visar att den ersatta sjukfrånvaron minskade med 64 procent, från 27 sjukskrivningsdagar till 10 dagar.¹⁶⁴ Under 2014 svarade personer i vård- och omsorgsyrken¹⁶⁵ för 90 000 sjukfall¹⁶⁶, vilket är en femtedel av alla sjukfall i landet. De har 171 sjukfall per 1 000 anställda, jämfört med genomsnittet 103. Sjukfallen ökade med 10 procent från 2012 till 2014.¹⁶⁷ Andelen sjukskrivna medarbetare (mellan 15 och 89 dagar) av totala antalet medarbetare 2014 i landets äldreomsorg var något högre hos kommuner, 13,4 procent, jämfört med privata utförare, 11,6 procent.¹⁶⁸ Dessa stora svängningar i sjuktalen påverkar självfallet i hög grad det faktiska antalet arbetade timmar för sysselsatta undersköterskor och även för andra yrkesgrupper inom vård och omsorg. Det förklaras åtminstone delvis också av bristande balans mellan personalens förutsättningar och de krav som arbetet ställer.

¹⁶³ Kommunal. *Så mycket bättre? En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*. Stockholm: Kommunal, 2014.

¹⁶⁴ Försäkringskassan. *Sjukskrivningar i olika yrken under 2000-talet. Antal ersatta sjukskrivningsdagar per anställd 2002-2010*. Socialförsäkringsrapport 2012:14. Stockholm: Försäkringskassan, 2012.

¹⁶⁵ Här avses barnskötare, undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare och vårdare.

¹⁶⁶ Med sjukfall avses en individ som är sjukskriven längre än 14 dagar och får sjukpenning från Försäkringskassan.

¹⁶⁷ Försäkringskassan. *Vård och omsorg har flest nya sjukfall i Sverige*. Korta analyser 2015:1. Stockholm: Försäkringskassan, 2015.

¹⁶⁸ Vårdföretagarna. *Privat vårdfakta 2016. Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*. Stockholm: Vårdföretagarna, 2016.

Strategi för balans

En nationell strategi för att uppnå balans mellan tillgång och efterfrågan på yrkesutbildad arbetskraft inom vård och omsorg om äldre personer behöver utformas så att den påverkar bl.a. de faktorer på tillgångs- och efterfrågesidan som jag beskrivit.

Bättre arbetsvillkor och arbetsförhållanden

För att fler personer ska välja att skaffa sig yrkesutbildning inom vård och omsorg behöver branschens attraktionskraft förbättras. Arbetsgivare behöver kunna rekrytera och behålla tillräckligt många personer med rätt kompetens. Det finns inga genvägar för att uppnå detta. God samhällsinformation, väl fungerande studie- och yrkesvägledning och utökad praktik inom området kan bidra. Men om inte arbetsvillkor och arbetsförhållanden förbättras kan inte en långsiktigt god kompetensförsörjning uppnås. De mest centrala förbättringsområdena är dessa:

- Normen bör vara att undersköterskor ges rätt till anställning på heltid tills vidare. Nedsättning av sysselsättningsgraden efter önskemål över livsrytmen bör kunna ges. Visstidsanställningar bör begränsas kraftigt, liksom antalet timavlönade. Tryggare anställningsformer och ökad sysselsättningsgrad är bra såväl för personalen som för de äldre personerna.
- Arbetsmiljön för personalen behöver förbättras så att fler orkar och vill arbeta med högre sysselsättningsgrad, så att sjukfrånvaron minskar och att pensionsavgångarna senareläggs. Dessa frågor behandlas inom andra sammanhang och statliga åtgärder vidtas för att stödja utvecklingen i denna riktning. Min bedömning är att åtgärder inom detta område bör ges högsta prioritet både för att öka attraktiviteten för verksamhetsområdet och för att öka arbetsutbudet och kvaliteten i tjänsterna.
- För att leda en personal- och kunskapsintensiv verksamhet är det nödvändigt att cheferna har rimliga arbetsvillkor. För närvarande har enhetscheferna ofta alltför många medarbetare för

att kunna fullgöra sin ledningsuppgift på ett tillfredsställande sätt. Därför behöver antalet medarbetare per chef begränsas.

- Andelen män i personalen är låg och någon tydlig trend mot ökad andel kan inte skönjas. Detta förhållande är olyckligt från jämställdhetssynpunkt, men också i ett kompetensförsörjningsperspektiv. Som jag beskrivit tidigare finns det bedömningar som visar att det finns en rekryteringspotential bland män på framtidens arbetsmarknad. Den ökning av män som genomgår vård- och omsorgsutbildning har emellertid inte ännu lett till någon tydlig ökning av männen inom vården och omsorgen. Alltför många söker sig till andra yrkesområden efter sådan utbildning. Undersköterskan behöver också få ett större handlingsutrymme i sitt arbete. Befogenheter och ansvar behöver tydliggöras i ett nationellt regelverk. Undersköterskor bör tillsammans med andra yrkesgrupper delta i ständigt förbättringsarbete för att verksamheten ska grundas i bästa tillgängliga kunskap. Viktiga inslag i detta arbete är att undersköterskor ges handledning och får stöd i övrigt att reflektera över sitt yrkeshandlande. Flertalet undersköterskor värderar sitt arbete högt då det i hög grad är meningsfullt. Men för att förbättra attraktiviteten i yrket behöver undersköterskor ges ett större mått av eget handlingsutrymme och eget ansvar, tillsammans med den äldre personen.

De ovan nämnda förändringarna bedöms ge positiva effekter i flera avseenden:

- De skapar bättre förutsättningar för god personkontinuitet i verksamheten.
- Om färre personer jobbar mer under längre tid minskar kostnader som är knutna till personalomsättning.
- Arbetsutbudet bland befintlig personal ökar.
- Antalet arbetade timmar utförda av yrkesutbildad personal ökar, varigenom utbildningskostnader kan begränsas.
- Möjligheterna att rekrytera och behålla personal förbättras.

- Personalen ges bättre trygghet, säkerhet och trivsel i arbetet, vilket skapar goda förutsättningar för att kunna ge äldre personer god vård och omsorg.

Statliga åtgärder

Staten har inom olika politikområden medel som påverkar förutsättningarna för kompetensförsörjningen. Min bedömning är att åtgärder bör vidtas inom främst följande områden.

- På nationell nivå behöver åtgärder vidtas för att öka tydligheten om vilken yrkeskompetens som krävs för att bli undersköterska inom vård och omsorg om äldre personer.
- Ökade möjligheter bör ges till specialistutbildning för undersköterskor, på eftergymnasial nivå.
- Högre utbildningar behöver bättre förbereda studenter för arbete inom området genom att öka inslagen av gerontologi och geriatrik i utbildningarna.
- Dimensioneringen av vuxenutbildning i yrkesämnen inom vård och omsorg behöver utökas kraftigt och göras mer tillgänglig, samt en likvärdig validering etableras.
- Dimensioneringen av den högre utbildningen inom vård och omsorg behöver fortlöpande övervägas med stöd av regionala behovsanalyser och en utvecklad nationell samverkan och samordning mellan berörda parter.
- Enhetscheferna inom kommunernas vård och omsorg om äldre personer bör få del av en nationell ledarskapsutbildning och ha färre medarbetare.
- En strävan bör vara att skapa långsiktigt hållbara förutsättningar för huvudmännen och privata utförare att klara sin kompetensförsörjning, med stöd av de reguljära åtgärdssystemen som staten förfogar över. Kortsiktiga satsningar bör så långt möjligt undvikas.

Indikatorer för uppföljning

Huvudansvaret för kompetensförsörjningen ligger hos huvudmän och privata utförare. Staten kan och ska bidra till att skapa bästa möjliga förutsättningar för dessa att klara sin uppgift. Längre fram lägger jag fram mina bedömningar och förslag när det gäller statens åtgärder.

För att stimulera utvecklingen av och följa upp utvecklingen ifråga om arbetsvillkor och arbetsförhållanden föreslår jag att några indikatorer etableras och följs upp fortlöpande i den kvalitetsplan som jag lägger fram. Dessa bör vara följande.

- 1. Andel undersköterskor som har yrkesutbildning för sitt arbete.*
Här avses alla undersköterskor oberoende av anställningsform och sysselsättningsgrad. Med yrkesutbildning avses den nivå som Socialstyrelsen rekommenderat i allmänna råd, 1 400 poäng i programgemensamma ämnen i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram, samt kunskaper i svenska språket motsvarande godkänd kurs i det gymnasiegemensamma ämnet svenska eller svenska som andraspråk i vård- och omsorgsprogrammet eller annan motsvarande utbildning.
- 2. Sysselsättningsgraden för undersköterskor*
Det totala antalet årsarbeten oberoende av vilken anställningsform personalen har i förhållande till antalet personer som var anställda under mätperioden. Måttet beskriver den genomsnittliga sysselsättningsgraden.
- 3. Andel visstidsanställda undersköterskor*
Det totala antalet visstidsanställda undersköterskor i förhållande till antalet anställda undersköterskor.
- 4. Sjuktalet för undersköterskor*
Även här bör samtliga undersköterskor oberoende av anställningsform och sysselsättningsgrad tas med.
- 5. Andelen män bland anställda inom samtliga yrkesgrupper.*
Här bör antalet män i förhållande till antalet kvinnor bland anställda, oberoende av anställningsform, för samtliga yrkesgrupper redovisas.

6. *Andelen av personalen som har eftergymnasial utbildning.*
All personal, oberoende av anställningsform sätts i förhållande till andelen bland dessa som har eftergymnasial utbildning. Till eftergymnasial utbildning räknas vård- och omsorgsutbildning inom yrkeshögskolan samt universitet och högskolor.
7. *Antal medarbetare per enhetschef.*
Med medarbetare avses personal oberoende av yrke, anställningsform eller sysselsättningsgrad. Med enhetschef avses en person som har ansvaret för verksamhet, personal och ekonomi vid en enhet. Jag återkommer till denna fråga längre fram.

8.7 Utökat vuxenlärande

Mitt förslag: Regeringen föreslås tillsätta en utredning för att överväga att ge vuxna rätt till studier i yrkesämnena på gymnasial nivå, se över finansieringen av denna och kopplingen mellan arbetsmarknads- och utbildningsåtgärder.

Mina bedömningar:

Antalet personer som årligen slutför studier till undersköterska behöver öka kraftigt, från cirka 4 000 år 2015 till en långsiktigt uthållig nivå på cirka 16 000 per år.

Inom ramen för regeringens kunskapslyft utökas de kommande åren resurserna för vuxenutbildning kraftigt. Förutsatt att de beräknade medlen används optimalt bör den beräknade ökningen av vuxenutbildningsresurserna kunna motsvara förväntad ökad efterfrågan på undersköterskor.

Resurserna för studier i yrkesämnena inom den kommunala vuxenutbildningen bör dimensioneras så att även personer som tidigare har en gymnasieexamen ges möjlighet att studera yrkesämnena.

Den nivå på resurserna för yrkeslärande inom kommunal vuxenutbildning som beräknats i budgetpropositionen för 2017 måste bibehållas långsiktigt.

Långsiktigt behövs en ny struktur för livslångt lärande och stöd i omställning för yrkesverksamma personer. En kompetensförsäkring bör kunna finansiera yrkeslärande för vuxna vid sådan omställning.

Jag har nyss beskrivit att ökad tillgång till undersköterskor måste ges hög prioritet och att rekryteringsbasen till yrket i huvudsak kommer att finnas bland vuxna män och kvinnor. Dessa har yrkeserfarenhet och oftast gymnasial utbildning, men inte tillräckligt många har den yrkesutbildning som krävs för arbete inom vård och omsorg om äldre personer. Attraktiva och långsiktigt hållbara vägar in i yrket måste skapas och dimensioneras så att en växande efterfrågan på undersköterskor kan tillgodoses.

Riksdagen har, enligt regeringens förslag (prop. 2016/17:1), beslutat att inom ramen för kunskapslyftet utöka statens bidrag till kommunerna för yrkesvux samt genomföra en satsning på utbildning av tidsbegränsat anställda inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Om denna utökning av yrkesutbildningen kommer till stånd bör den på ett par års sikt, under gynnsamma omständigheter, kunna motsvara den växande efterfrågan på undersköterskor. Jag anser emellertid också att en rätt till yrkesinriktad vuxenutbildning bör utredas. Långsiktigt bör en kompetensförsäkring införas för att underlätta omställning för yrkesverksamma.

Yrkesinriktad gymnasial utbildning

Det är ett kommunalt ansvar att erbjuda gymnasial vuxenutbildning som motsvarar medborgarnas behov och efterfrågan. Staten lämnar bidrag till kommunerna till olika utbildningsformer och ställer upp kriterier för att medlen ska utgå.

Ansvar, skyldigheter och rättigheter

Även om det är ett kommunalt ansvar att erbjuda vuxenutbildning så är det ingen skyldighet för kommunerna att erbjuda yrkesinriktad vuxenutbildning på gymnasial nivå.¹⁶⁹ Riksdagen har på regeringens förslag (prop. 2016/17:5) beslutat att i skollagen (2010:800) införa en bestämmelse om att en vuxen person ska ges rätt att delta i utbildning på gymnasial nivå i syfte att uppnå särskild behörighet till högskoleutbildning och yrkeshögskoleutbild-

¹⁶⁹ SOU 2015:97. Yrkesprogramutredningen. *Välja yrke*.

ning, förutsatt att hen har allmän behörighet.¹⁷⁰ En sådan bestämmelse kan i vissa fall ge en person rätt till att studera yrkesämnen vid kommunal vuxenutbildning. Det kan t.ex. gälla då behörighetskrav till viss utbildning inom Yrkeshögskolan innefattar en kurs på gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram. Denna förändring trädde i kraft den 1 januari 2017.

Yrkesämnen inom t.ex. vård och omsorg kan studeras inom ramen för den kommunala vuxenutbildning som kommunerna själva finansierar, utan statsbidrag.¹⁷¹ Det finns stora variationer mellan kommunerna i detta avseende och i de fall det förekommer – omfattningen av sådana kurser. Skolverket har i en undersökning som avser 2014 visat att efterfrågan på yrkeskurser är större än vad kommunerna kan tillgodose. Tre fjärdedelar av kommunerna uppger att de behövt använda sig av den urvalsregel som innebär att personer med kort tidigare utbildning och som har en svag ställning på arbetsmarknaden ska prioriteras.

Yrkesvux

Yrkesvux är en flexibel utbildningsform där vuxna elever kan studera gymnasieskolans yrkesämnen. Kommunerna får sedan 2009 statsbidrag för att bedriva sådan utbildning. Syftet med satsningen är dels att motverka brist på arbetskraft med yrkesutbildning, dels att nå de grupper som saknar gymnasieutbildning eller har en gymnasial yrkesutbildning som behöver kompletteras. Statsbidraget fördelas av Skolverket utifrån antal arbetslösa i respektive kommun och uppgår till 50 000 kronor per årsstudieplats.

Följande villkor gäller för att statsbidrag ska lämnas:

- utbildning planeras i samråd med Arbetsförmedlingen och med företag, organisationer eller andra sammanslutningar som är verksamma inom de branscher som utbildningen är avsedd för,
- kommunen kan visa på ett behov av utbildningen,

¹⁷⁰ Ds 2015:60: *Rätt till behörighetsgivande utbildning inom komvux.*

¹⁷¹ Europeiska Socialfonden (ESF) delfinansierar viss yrkesutbildning i vissa kommuner i landet under en begränsad tidsperiod. Fonden bidrar även med projektmedel till utvecklingsarbete som rör yrkesutbildning inom bl.a. vård och omsorg.

- kommunen erbjuder en möjlighet till strukturerad bedömning, värdering och dokumentation av en deltagares tidigare förvärvade kunskaper och kompetens,
- kommunen erbjuder studie- och yrkesvägledning,
- urvalsregeln i 3 § förordningen om statsbidrag till yrkesinriktad utbildning (2009:439) tillämpas på utbildningen, vilket innebär att företrädare ska ges till den som har kort tidigare utbildning och en svag ställning på arbetsmarknaden.

Personer som har svag ställning på arbetsmarknaden och kort tidigare utbildning ska alltså prioriteras vid studier i yrkesämnena. De som redan tidigare har examinerats från ett gymnasialt program har däremot inte i alla kommuner möjlighet att studera yrkesämnena inom yrkesvux.

Från och med 2017 gäller delvis nya villkor för statens bidrag. Statsbidrag lämnas till regionalt yrkesvux, orienteringskurser och kurser i svenska, svenska som andraspråk, engelska, matematik eller samhällskunskap under vissa villkor. I regionalt yrkesvux ska de samverkande kommunerna erbjuda kombinationer av nationella kurser som är relevanta för ett yrkesområde (sammanhållna yrkesutbildningar).¹⁷²

Lärlingsvux

Lärlingsvux är yrkesutbildning som till minst 70 procent genomförs på en arbetsplats. Syftet är att ge eleven en grundläggande yrkesutbildning, ökad arbetslivserfarenhet och en möjlighet att under en handledares ledning på en arbetsplats få kunskaper inom yrkesområdet. Utbildningen ska planeras i samråd med Arbetsförmedlingen och med företag, organisationer eller andra sammanslutningar som är verksamma inom de branscher som utbildningen är avsedd för. Den kan anordnas på deltid och kombineras med övrig utbildning inom vuxenutbildningens skolformer.

Om antalet sökande till lärlingsvux överstiger tillgängliga platser ska företrädare ges till personer med kort tidigare utbildning och

¹⁷² 2016:937 Förordning om statsbidrag för regional yrkesinriktad vuxenutbildning.

som vill fullfölja studier enligt en upprättad individuell plan, behöver utbildningen för att komplettera ett reducerat program eller annan behörighetskomplettering. Ytterligare en prioriteringsgrund är att personen behöver utbildningen för pågående yrkesverksamhet eller planerat yrkesval, även i detta fall förutsätts tidigare kort utbildning.

Statsbidrag utgår med högst 50 000 kronor för en helårsplats. Bidrag utgår även för ersättning till arbetsplats, högst 40 000 per helårsplats, samt till handledare högst 3 500 per årsplats.¹⁷³

Utbildningssatsning på tidsbegränsat anställda

Riksdagen har, på regeringens förslag i budgetpropositionen 2016/17:1, beslutat anslå 0,5 miljarder kronor under åren 2017–2020 till en utbildningssatsning för tidsbegränsat anställda inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. Satsningen ska ge möjlighet till kompetensutveckling och förbättrad kompetensförsörjning och stärka de tidsbegränsat anställdas långsiktiga anknytning till arbetsmarknaden.¹⁷⁴

Regeringen har genom ändring i förordningen (2015:504) om statsbidrag för utbildning som kombineras med traineejobb, med ikraftträdande 27 januari 2017, beslutat närmare om villkoren för denna utbildningssatsning.

Traineejobb

År 2015 aviserade regeringen en satsning på traineejobb och utbildningskontrakt som vägar in på arbetsmarknaden för arbetslösa ungdomar mellan 20 och 24 år. År 2016 beslöt riksdagen att trainee även ska kunna ges till personer som är över 24 år som varit arbetslösa minst ett år samt till nyanlända personer. Syftet med traineejobben är att minska arbetslösheten och underlätta generationsväxling inom välfärden.

Traineejobb innebär att en person arbetar halvtid hos en arbetsgivare (utbildningskontrakt) och samtidigt bedriver studier för

¹⁷³ Förordning (2010:2016) om statsbidrag för lärlingsutbildning för vuxna.

¹⁷⁴ Prop. 2016/17:1 Budgetpropositionen, utgiftsområde 16.

yrket på gymnasial nivå på minst 25 procent av heltid. Lön utgår enligt kollektivavtal. Inom välfärdsområdet kan traineejobb gälla under högst två år, om det behövs för att fullgöra studierna.

För anställning av en person inom ett bristyrke får arbetsgivaren 50 procent av lönekostnaderna, högst 300 kronor per arbetad dag, samt ett bidrag på 100 kronor per arbetad dag för handledning under det första traineeåret.

Staten lämnar statsbidrag till kommunerna om 47 500 kronor per årsstudieplats, förutsatt att utbildningen ges till personer i ovan angivna åldrar, bedrivs som deltidstudier och kombineras med ett traineejobb och syftar till att ge deltagaren kompetens för anställning inom aktuellt yrkesområde. Traineejobben ger möjlighet att få del av yrkesämnen även om en person tidigare fullföljt ett gymnasieprogram.

Gymnasial förutbildning på yrkeshögskolan

Eftersom alltför få elever väljer att studera vid gymnasieskolans yrkesprogram, bland annat vård- och omsorgsprogrammet, minskar rekryteringsbasen för yrkeshögskolans utbildningar. Även sökande till yrkeshögskolan som genomgått relevant yrkesprogram kan sakna behörighet till en viss yrkeshögskoleutbildning. Regeringen föreslår därför i prop. 2015/16:198 att det i lagen om yrkeshögskolan införs en upplysning om att regeringen kan meddela föreskrifter om att en utbildning inom yrkeshögskolan får bedrivas som behörighetsgivande förutbildning på gymnasial nivå.

Förutbildning föreslås få anordnas om det finns brist på behöriga sökande till en viss yrkeshögskoleutbildning, med en längd om högst fem veckor.

Dimensionering av yrkesutbildning inom komvux

Statsbidraget till yrkesvux har varierat mycket över tid. År 2010 fanns cirka 25 000 årsstudieplatser och år 2016 drygt 19 000. Inom ramen för regeringens kunskapslyft har ökade resurser avsatts för åren fram till 2019, då antalet årsstudieplatser planeras bli 27 750.

En effekt av statsbidraget till yrkesvux har varit att kommunernas egen finansiering minskat. Skälet till detta har varit ökade kost-

nader för vuxenutbildning som den enskilde har rätt till, såsom svenska för invandrare och vuxenutbildning på grundläggande nivå.¹⁷⁵ Regeringen har för perioden 2017–2019 utlovat att staten kommer att ställa som villkor i förhållande till kommunerna för att få del av statsbidraget till yrkesvux, att de finansierar minst motsvarande antal utbildningsplatser som de får statsbidrag för.¹⁷⁶

Av årsstudieplatserna inom yrkesvux 2015 avsåg cirka 45 procent kurser inom vård och omsorg.¹⁷⁷ Förutsatt att andelen var ungefär densamma 2016 skulle cirka 8 500 årsstudieplatser ha avsett vård- och omsorgskurser.

Under 2016 utgick statsbidrag till 1 670 årsstudieplatser inom lärlingsvux.¹⁷⁸ Cirka hälften av dessa platser bedöms vara studier inom vård och omsorg. Trainee hade 2016 en volym om 3 550 årsstudieplatser.¹⁷⁹ Det är alltså en relativt stor omfattning av studier i yrkesämnen inom vård och omsorg med stöd av statliga bidrag till vuxenutbildning i olika former.

Ett annat sätt att beskriva vuxenutbildningens omfattning är antalet personer som ett visst år slutför studier i programgemensamma ämnen inom vård och omsorg om 1 400 poäng. År 2013 var det drygt 4 500 personer som gjorde det. Medelåldern bland dessa var 41 år. Sedan år 2008 har detta antal ökat med cirka 500 personer. Ökningen är störst bland personer i åldrarna 21–33 år. En växande andel var utrikes födda. Bland männen var hälften utrikes födda och bland kvinnorna var det drygt 4 av 10 som genomgått samtliga yrkeskurser i vård- och omsorgsprogrammet.¹⁸⁰ Som jag redovisat i avsnitt 8.4 har antalet personer som uppnått 1 400 poäng i vuxenutbildning åren 2014 och 2015 legat på 700–800 personer, dvs. en minskning sedan 2013. Däremot är det cirka 7 300 personer som slutför studier på 1 000 poäng eller mer. Det stora flertalet elever i vuxenutbildning läser alltså inte kurser upp till den nivå som Socialstyrelsen rekommenderar.¹⁸¹

¹⁷⁵ SOU 2015:97. Yrkesprogramutredningen *Välja yrke*.

¹⁷⁶ Proposition. 2016/17:1. *Budgetpropositionen, utgiftsområde 16*.

¹⁷⁷ Landell, Elin. *Underlagsrapport till analysgruppen Arbetet i framtiden*. Uppdrag: Framtid.

¹⁷⁸ Skolverket. Beslut 2016-06-22.

¹⁷⁹ Proposition. 2016/17:1. *Budgetpropositionen, utgiftsområde 16*.

¹⁸⁰ Statistiska Centralbyrån (SCB). *Vård- och omsorgsutbildade – idag och i framtiden. Temarapport 2015:4. Arbetsmarknad*. Stockholm:SCB 2015.

¹⁸¹ Socialstyrelsen: *Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. SOSFS 2011:12 (S). Allmänna råd*

Kraftigt ökning av studier inom vård och omsorg

Jag har tidigare redovisat att antalet personer som behöver slutföra studier i yrkesämnena inom vård och omsorg på gymnasial nivå behöver öka med cirka 12 000 personer per år, från nivån 4 000 personer år 2015. Min bedömning är att merparten av denna ökning bör ske inom kommunal vuxenutbildning.

Tillskottet av yrkesutbildade undersköterskor bör komma från personer som är anställda inom vård och omsorg, men som inte fullt ut har de yrkeskvalifikationer som krävs. Andra som behöver studera yrkesämnena är de som av olika skäl vill byta yrke i vuxen ålder. De har inte sällan annan gymnasial utbildning, men behöver studera yrkesämnena inom vård och omsorg. Detta gäller även personer med utländsk bakgrund med varierande utbildningsbakgrund som under senare år utgjort en växande grupp inom vuxenutbildningen. Med hänsyn till den stora flyktinginvandringen under 2015 förväntas personer med denna bakgrund bli än större åren framöver.

God kvalitet förutsätter högsta prioritet åt vuxenlärandet

Utan god tillgång till yrkesutbildade undersköterskor kan inte god kvalitet i vård och omsorg om äldre personer uppnås. Min bedömning är att denna fråga måste ges högsta prioritet. Den har avgörande betydelse i den kvalitetsplan som jag lägger fram.

Den utbyggnad av framför allt yrkesvux, inom ramen för kunskapslyftet, som regeringen lagt fram¹⁸² innebär ett betydande tillskott av utbildningsresurser. För att svara mot förväntad efterfrågan på undersköterskor framöver måste emellertid satsningen sträcka sig längre än till 2019. Kommunerna måste också svara upp med en lika stor ökning av resurserna för studier av yrkesämnena inom vuxenutbildningen som det statliga tillskottet motsvarar.¹⁸³

Flera aktörer berörs av en så stor ökning av vuxenutbildningen – arbetsplatser inom vård och omsorg, ledningar i kommuner och företag, ledningar för vuxenutbildningen och lärare i yrkesämnena.

¹⁸² Proposition. 2016/17:1. *Budgetpropositionen. Utgiftsområde 16.*

¹⁸³ Detta är också ett krav från staten, se proposition. 2016/17:1. *Budgetpropositionen Utgiftsområde 16.*

Följande krav bör ställas på vuxenutbildning i yrkesämnena:

- Utbildningen bör ges inom det officiella utbildningssystemet så att eleverna får betyg på varje avslutad kurs. Härigenom blir det tydligt vilka formella meriter en person har i förhållande till de krav som bör ställas för att få den legitimation för undersköterska som jag också föreslår ska införas. Normen bör vara att elever läser samtliga yrkesämnena inom vård- och omsorgsprogrammet, 1 400 poäng.
- Inriktningen bör vara att på sikt frikoppla yrkeslärandet från arbetsmarknadspolitiken och de villkor om arbetslöshet, att stå långt från arbetsmarknaden respektive vara korttidsutbildad för att få del av utbildning, som gäller i dag för att få del av statligt stöd. I stället bör denna form av vuxenlärande bli ett reguljärt stöd till omställning för vuxna som har arbete och vill byta till annat yrke, i synnerhet till ett bristyrke.
- Utbildningen måste kunna ges på många platser i landet. Vård och omsorg är en mycket decentraliserad och spridd verksamhet. Många vuxna elever är lokalt bundna genom bostad och familj.
- Yrkeslärande måste ges i flexibla former. Goda möjligheter till strukturerad bedömning, värdering och dokumentation av elevernas tidigare förvärvade kunskaper och kompetens (validering) måste finnas. Studiegången behöver individualiseras.
- Studier i yrkesämnena behöver kunna förenas med studier i gymnasiegemensamma ämnen såsom svenska, svenska för invandrare, engelska, matematik och samhällskunskap.
- Yrkeslärandet behöver i ökad utsträckning knytas till arbetsplatser. En strävan bör vara att yrkeslärandet och förbättringsarbetet på arbetsplatserna relateras till – och förstärker varandra. Det finns goda erfarenheter av arbetsplatsförlagt lärande, men det krävs tydliga uppdrag, medvetet ledarskap, ersättning till utförarna som täcker kostnaderna för lärandet, handledare och tid för eleven för studier. Yrkeslärarna behöver också aktivt medverka i det arbetsplatsförlagda lärandet.¹⁸⁴

¹⁸⁴ SOU 2007:88. Utredningen Kompetensstegen. *Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre.*

- Det krävs en för berörda parter långsiktigt hållbar finansiering av studierna. De senaste decennierna har präglats av tidsbegränsade utbildningssatsningar inom ramen för äldreomsorgen, samt olika former av arbetsmarknadspolitiska åtgärder (arbetsmarknadsutbildning och olika lönesubventioner). Kommuner och företag har också anordnat uppdragsutbildningar. Det har skapat ett kortsiktigt och svårbegripligt system med en rad olika utbildningsformer och en mångfald regler från olika myndigheter som inte alltid är fullt ut samordnade. Detta har negativa effekter för både elever/medarbetare, verksamhetsansvariga/arbetsgivare och för utbildningsansvariga.
- För arbetstagare/elever behöver också finansieringen av studier förbättras. I dag krävs minst halvtidsstudier för att få del av studiemedel. För att få del av arbetsförmedlingens olika stöd krävs arbetslöshet och de kvalifikationstider som gäller för arbetslöshetsersättning kan försvåra för deltidsarbetande som behöver finansiering av studierna på andra halvan.
- Yrkeslärande behöver utformas så att även personer som tidigare arbetat inom vård och omsorg men som lämnat yrket ges möjligheter att aktualisera sin yrkesutbildning för att på nytt söka sig till yrkesområdet.

Reformering i tre steg

Mitt förslag är att den utökade dimensioneringen av vuxenlärandet i yrkesämnen inom vård och omsorg sker i tre steg med olika sikt-längd. Med hänsyn till att utbildningsvolymen behöver utökas snarast finner jag det lämpligt att det första steget är att utöka volymen i befintliga utbildningsformer.

Steg 1

Det första steget är den satsning som riksdagen nyligen ställt sig bakom, dvs. utökat statsbidraget till yrkesvux och lärlingsvux samt till utbildningssatsningen på tidsbegränsat anställda inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård. I de två förstnämnda utbildningsformerna ska personer med kort utbildning och som står långt från

arbetsmarknaden prioriteras. Effekten av detta är att personer som i gymnasieskolan valt ett annat program än vård- och omsorgsprogrammet och som senare i livet söker sig till vården och omsorgen om äldre inte, i flertalet av landets kommuner, ges möjlighet att studera yrkesämnena. Det är olyckligt. En ökad volym på statsbidraget bör dock kunna ge kommunerna bättre förutsättningar att erbjuda utbildning i yrkesämnena för att möta även denna efterfrågan.

Traineejobben svarar mot flera av de önskemål som jag anser att framtidens yrkeslärande bör präglas av. De förenar arbete och deltidstudier och även personer som genomgått ett gymnasieprogram tidigare har möjlighet att få del av denna utbildningsform. Traineejobb är en relativt ny form. Den har ännu inte fått det genomslag som den förtjänar. Den utökning av personkretsen som genomfördes 2016 bör kunna bidra till större efterfrågan.

Även lärlingsvux har relativt liten omfattning. Min bedömning är att det skulle vara betydelsefullt om lärlingsvux kunde få större genomslag. Det finns goda erfarenheter av arbetsplatsförlagt lärande, men det ställer stora krav på arbetslivets aktörer.

Utbildningssatsningen på visstidsanställda är angelägen men bör allt eftersom ges större omfattning. Av de årsarbeten som utfördes av personer i yrkeskategorin undersköterskor inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning 2014 utfördes 17 procent av visstidsanställda undersköterskor, vilket är 17 600 årsarbeten. Motsvarande andel för yrkeskategorin vårdbiträden var 61 procent, eller 24 000 årsarbeten.¹⁸⁵ Jag har tidigare visat att cirka 40 procent av samtliga anställda saknar yrkesutbildning, definierad som 1 400 poäng i programgemensamma ämnen. Sannolikt överlappar dessa kategorier varandra, dvs. att många visstidsanställda saknar tillräcklig yrkesutbildning. Det finns alltså många anställda som behöver studera yrkesämnena. Den nu beslutade satsningen motsvarar genomsnittligt per år att 1 300 personer kan slutföra studier i yrkesämnena motsvarande 1 400 poäng, förutsatt att dessa behöver studera samtliga kurser. I förhållande till behoven är det alltså fråga om en relativt blygsam satsning.

¹⁸⁵ Uppgifterna är hämtade från bearbetning av arbetskraftsundersökningen (AKU) för 2014, personlig uppgift från Kommunal.

Jag har beräknat tillskottet i yrkesutbildningsvolym inom vård och omsorg med de volymer för 2019 som regeringen redovisat i årets budgetproposition. Mina slutsatser är att denna volym under gynnsamma omständigheter bör kunna motsvara den utökade efterfrågan som jag tidigare redovisat (se vidare bilaga 5). Förutsättning för detta är dock att:

- de volymer på statsbidraget som angivits också kommer att användas,
- kommunerna ökar volymen på vuxenutbildningen i yrkesämnen lika mycket som statens bidrag ökar¹⁸⁶,
- vård- och omsorgsämnenas andel av vuxenutbildningen i yrkesämnen består,
- personer som tidigare studerat vård- och omsorgsämnen kompletterar sin utbildning upp till 1 400 poäng,
- att kurser i svenska förenas med studierna i yrkesämnen för dem som behöver det,
- volymökningen innebär att kommunerna även kan ge personer som sedan tidigare har gymnasieexamen möjligheter att studera yrkesämnena inom vård- och omsorgsprogrammet, samt att
- validering av yrkeskompetens blir vanligare.

Steg 2

Som jag nämnt tidigare har riksdagens beslutat om nya bestämmelser, från 1 januari 2017, som ger vuxna personer rätt till utbildning på gymnasial nivå för att uppnå särskild behörighet till eftergymnasiala studier. Detta ökar möjligheterna för personer bl.a. inom vård och omsorg att studera vidare och fördjupa sin yrkeskompetens på eftergymnasial nivå. För att skapa utvecklingsmöjligheter för personal är denna reform angelägen. Men jag anser att ytterligare mått och steg bör tas.

¹⁸⁶ Detta är ett i budgetpropositionen uttryckt krav som ska ställas upp för att statsbidrag till yrkesvux ska lämnas.

Nuvarande system med statsbidrag till olika former av vuxenutbildning, ofta med kort framförhållning, har negativa effekter. Det försvårar uppbyggnad av långsiktigt hållbara strukturer och skapar osäkerhet hos berörda aktörer. Även om jag ser positivt på den förstärkning av de befintliga statsbidragen som riksdagen nyligen beslutat om anser jag att en utredning bör tillsättas för att se över vissa delar av nuvarande yrkesinriktade vuxenutbildning. Följande frågor bör ingå i en sådan översyn.

- På samma sätt som vuxna inom kort förväntas få en rätt till viss vuxenutbildning på gymnasial nivå för att uppnå särskild behörighet för eftergymnasiala studier bör övervägas att införa motsvarande rätt att studera vid yrkesämnen inom kommunal vuxenutbildning som ger kvalifikationer för bristyrken, alternativt en generell sådan rättighet. Detta för att ge goda förutsättningar till omställning för personer som tidigare har annan gymnasial utbildning.
- Ökad rätt till kommunal vuxenutbildning medför ytterligare kostnader för sådan utbildning. Yrkesprogramutredningen visar i sitt slutbetänkande att nuvarande system för statsbidrag har negativa konsekvenser. Inriktningen bör i stället vara att skapa en tydlig och långsiktigt hållbar fördelning av kostnadsansvaret mellan staten och kommunsektorn.
- Det finns goda skäl att samordna utbildnings- och arbetsmarknadspolitiken och att parterna på arbetsmarknaden har ett betydande inflytande. En rätt till vuxenutbildning innebär dock att samordningen mellan dessa sektorer får nya förutsättningar. Vuxenutbildningens roll som stöd i omställning och livslångt lärande tydliggörs. En utredning bör överväga vilka effekter en sådan förändring kan komma att få.

Mitt förslag är att en utredning med denna inriktning tillsätts skyndsamt med sikte på att få till stånd förändringar under första halvan av 2020-talet.

Steg 3

I ett något längre perspektiv finns skäl att genomföra mer långtgående förändringar. Tilltagande globalisering, digitalisering och automation ger många möjligheter men också utmaningar för svensk ekonomi och arbetsmarknad. Förändringstrycket kommer att vara starkt. Vissa jobb försvinner och andra tillkommer. Tjänstesektorn förväntas fortsatt expandera – inte minst utbildning samt vård och omsorg.

För att få en dynamisk arbetsmarknad med bättre matchning och fortsatt hög sysselsättning behövs bättre möjligheter till kontinuerlig kompetensutveckling och lärande genom hela arbetslivet. Under senare år har fokus i hög grad legat på inträdet på arbetsmarknaden för unga och nyanlända. Åtgärder för att höja sysselsättningsgraden bland nyanlända kommer förvisso att ha stor betydelse framöver. Men åtgärder för att stödja rörlighet och omställning för personer som är anställda behöver ges ökad uppmärksamhet. Mellan åren 1988 och 2012 bytte i genomsnitt drygt 10 procent av de förvärvsarbetande jobb varje år.¹⁸⁷ Med ökat förändringstryck kan denna andel förväntas öka. Bland dessa finns rekryteringsmöjligheter till undersköterskeyrket.

God kompetensförsörjning inom vård och omsorg förutsätter att det finns smidiga former för omställning under yrkeslivet. Regeringens Uppdrag: Framtid gör bedömningen att en reform för livslångt lärande riktad till de som har ett arbete är en av de viktigaste framtidsreformerna för hög sysselsättning, låg arbetslöshet och minskade klyftor. Gruppen lämnar förslag på åtgärder för att:

- utbildningarnas dimensionering även ska beakta yrkesverkssammans behov av utbildning,
- utbudet ska vara relevant för yrkesverksamma vad gäller inriktning och utformning
- yrkesverksamma ska ha reella möjligheter att få del av utbildningarna.

¹⁸⁷ Förslag från analysgruppen *Arbetet i framtiden. Livslångt lärande för framtidens arbetsmarknad. Uppdrag: Framtid*. Stockholm, 2016.

Analysgruppen föreslår att information och upplysning samt individuell vägledning om möjligheter till kompetensutveckling och utvecklingsmöjligheter förbättras. Gruppen förordar också att en kompetensförsäkring¹⁸⁸ som ger ekonomiska förutsättningar för den enskilde att mitt i arbetslivet delta i kompetensutveckling skapas. För att få till stånd en struktur för livslångt lärande behöver även roll- och ansvarsfördelningen mellan staten och arbetsmarknadens parter samt mellan olika aktörer inom den offentliga sektorn ses över.¹⁸⁹

Mitt uppdrag är begränsat till kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. Med hänsyn till den storlek som vården och omsorgen har på arbetsmarknaden och den volymökning som behöver ske de kommande åren måste åtgärder för att klara kompetensförsörjningen inom detta område ses i ett brett samhällsperspektiv. Min bedömning är att de förslag som analysgruppen lagt fram är mycket intressanta och bör långsiktigt kunna ge betydligt bättre förutsättningar för god kompetensförsörjning inom vård och omsorg än dagens system. De förändringar jag förordar under steg 2 ovan kan ses som ett steg på vägen mot den mer långtgående reform som analysgruppen presenterat. Eftersom dessa frågor är komplexa, inte minst frågan om kompetensförsäkring, finns skäl att utreda och bereda den här frågan i ett något längre perspektiv.

¹⁸⁸ Med kompetensförsäkring avses här en allmän och obligatorisk försäkring som ger ersättning för inkomstbortfall som uppstår för anställda som mitt i livet väljer att studera för att stärka sina möjligheter att få ett annat arbete. Den bör vara ett komplement till nuvarande studiemedelssystem, som inte ger tillräcklig inkomsttrygghet. En skiss till en sådan försäkring har presenterats i underlagsrapport till analysgruppen *Arbete i framtiden*, inom regeringskansliet. Skissen behöver utvecklas vidare i samverkan mellan parterna på arbetsmarknaden och staten.

¹⁸⁹ Förslag från analysgruppen *Arbetet i framtiden. Livslångt lärande för framtidens arbetsmarknad. Uppdrag: Framtid*. Stockholm, 2016

8.8 Utvecklad yrkeshögskola

Mitt förslag: Myndigheten för yrkeshögskolan bör föreskriva om ett antal nationella inriktningar för specialisering för undersköterskor inom vård och omsorg om äldre, för att skapa bättre möjligheter att ge vård och omsorg av god kvalitet till äldre personer.

Mina bedömningar: Myndigheten för yrkeshögskolan samt utbildningsanordnare föreslås verka för att fler specialiserade yrkeshögskoleutbildningar för undersköterskor, inom ramen för regeringens kunskapslyft, kommer till stånd på fler orter i landet.

Huvudmän och privata utförare bör förbättra utvecklingsmöjligheterna för undersköterskor genom att inrätta fler tjänster för undersköterskor med specialistutbildning.

Undersköterskans yrkesroll blir allt mer kvalificerad. För att möta behov av specialiserad kompetens inom vård och omsorg om äldre bör ökade möjligheter skapas för undersköterskor att få del av specialiserad utbildning inom yrkeshögskolan. Pågående arbete, inom Vård- och omsorgscollege, för att få till stånd nationella specialistutbildningar för undersköterskor inom yrkeshögskolan är angeläget. Min bedömning är att de bör kunna bidra till att öka tillgången till yrkeskompetent personal, men också skapa utvecklingsmöjligheter för undersköterskor.

Inriktning

Yrkeshögskolans uppdrag regleras i lagen (2009:128) om yrkeshögskolan och dess övergripande uppdrag är att säkerställa att eftergymnasiala yrkesutbildningar som svarar mot arbetslivets behov kommer till stånd. Utbildningen ska ge sådana teoretiska, praktiska och erfarenhetsbaserade kunskaper som krävs för att självständigt och i arbetslag kunna utföra kvalificerade uppgifter i arbetslivet. Yrkeshögskoleutbildningen ska ha en stark arbetslivsanknytning men också teoretisk förankring och bedrivs i samverkan mellan

arbetsliv och utbildningsanordnare. Den ska även bidra till att bryta traditionella könsbundna yrkes- och utbildningsval.¹⁹⁰

Regelverket för yrkeshögskolan möjliggör flexibilitet för eftergymnasiala yrkesutbildningar. Avsikten är också att regelverket ska skapa tydlighet och transparens för studerande och för andra intressenter.¹⁹¹ Utbildningen inom yrkeshögskolan ska väsentligen bygga på de kunskaper som eleverna får på nationella program i gymnasieskolan och motsvarande kunskaper.¹⁹² Yrkeshögskolan ska bidra till att bredda, fördjupa eller specialisera den studerandes kunskaper inom områden som efterfrågas i arbetslivet.¹⁹³

Riksdagen anslår årligen medel till yrkeshögskolan. Myndigheten för yrkeshögskolan beslutar efter ansökan om att en viss utbildning ska ingå i yrkeshögskolan. I beslutet anges under vilken tid utbildningen får bedrivas, högsta antalet årsplatser, utbildningens lokalisering samt om studerandeavgift får tas ut.¹⁹⁴

Omfattning

Antalet studerande inom yrkeshögskolan har ökat år från år. År 2014 var det 44 700 personer som studerade inom utbildningsformen under hela eller någon del av året. Antalet platser omräknat till årsplatser ökade med nio procent under perioden 2011–2014.¹⁹⁵ Mellan åren 2014 och 2015 ökade antalet årsstudieplatser med 1 700 till drygt 27 000.¹⁹⁶

År 2014 var medelåldern för antagna elever drygt 30 år och minst hälften av de antagna har gått yrkesförberedande gymnasieprogram tidigare. Av de studerande var cirka 70 procent förvärvsarbetande året innan de påbörjade studierna. Ett år efter studiernas slut hade 80 procent av de studerande, som var anställda redan innan utbildningen, bytt arbetsgivare. Medianinkomsten för dessa

¹⁹⁰ 6 § lagen (2009:128) om yrkeshögskolan.

¹⁹¹ Proposition 2008/09:68. *Yrkeshögskolan*. s. 18–19.

¹⁹² 5 § lagen (2009:128) om yrkeshögskolan.

¹⁹³ Proposition 2008/09:68. *Yrkeshögskolan*.

¹⁹⁴ *Förordning (2011:1162) med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan*.

¹⁹⁵ Myndigheten för yrkeshögskolan. *Årsrapport 2015*. Västerås, 2015.

¹⁹⁶ Proposition 2016/17:1. *Budgetpropositionen Utgiftsområde 16*.

ökade med 100 000 kronor per år jämfört med den lön de hade innan utbildningen.¹⁹⁷

Inom området hälso- och sjukvård och socialt arbete bedrevs år 2015 yrkeshögskoleutbildning motsvarande drygt 3 000 årsstudieplatser, vilket motsvarar 11 procent av samtliga årsplatser.¹⁹⁸ Denna andel gäller även för de elever som för närvarande utbildas och kommer att examineras mellan åren 2016 och 2021.¹⁹⁹ Andelen bland de examinerade inom hälso- och sjukvård och socialt arbete som har arbete efter avslutad utbildning är högst bland samtliga områden.²⁰⁰

Inom området hälso- och sjukvård och socialt arbete har tandköterskeutbildningen störst omfattning och därefter specialistutbildning för undersköterskor. För närvarande ger yrkeshögskolan specialistutbildningar för undersköterskor som motsvarar 1 700 personer per år. Den största delen har demensinriktning, men det finns även utbildningar med inriktning mot äldrepsykiatri, multisjuklighet bland äldre och välfärdsteknologi. Det finns även inriktningar mot akutsjukvård, ambulanssjukvård och psykiatri.²⁰¹

Ansökningar från utbildningsanordnare om att få bedriva yrkeshögskoleutbildning överstiger avsevärt den medelsram som riksdagen anslagit. För närvarande beviljar Myndigheten för yrkeshögskolan cirka 25 procent av inkomna ansökningar. Under senare år har cirka 30 ansökningar inkommit per år om att få bedriva specialistutbildning för undersköterskor. I myndighetens prioriteringar av vilka ansökningar som ska beviljas är en viktig faktor i vilken mån arbetslivet i utbildningsortens närområde har inrättat tjänster för undersköterskor som har specialiserad kompetens. Skälet till detta är att en avsikt med yrkeshögskolan är att utbildningen ska leda till en specifik yrkesroll och inte ersätta arbetsgivarnas ansvar för att svara för fortbildning av sina anställda. En konsekvens av detta är emellertid att specialistutbildningar för undersköterskor är ojämnt fördelade i landet.

¹⁹⁷ IFAU 2015. *Yrkeshögskolan - vem söker, vem tar examen och hur går det sedan?* Uppsala: IFAU, 2015.

¹⁹⁸ Myndigheten för yrkeshögskolan. *Årsrapport 2015*. Västerås: Myndigheten för yrkeshögskolan, 2015.

¹⁹⁹ Personliga uppgifter från Myndigheten för yrkeshögskolan.

²⁰⁰ Proposition 2016/17:1. *Budgetpropositionen Utgiftsområde 16*.

²⁰¹ www.yrkeshogskolan.se/utbildningar/Sok/

Kvalificerade yrkesroller och utvecklingsvägar

Det är relativt vanligt att det inom vård och omsorg om äldre finns undersköterskor som har mer kvalificerade arbetsuppgifter än andra undersköterskor. Men verksamhetscheferna ser inte formell eftergymnasial utbildning som ett krav för att få dessa uppgifter, utan lämpliga personliga egenskaper bedöms som viktigast. Detta framkommer av en enkätundersökning riktad till verksamhetschefer inom vård och omsorg i kommuner och landsting som Myndigheten för yrkeshögskolan genomfört tillsammans med Vård- och omsorgscollege.

Verksamhetscheferna gör olika bedömningar om betydelsen av formell eftergymnasial utbildning för olika yrkesgrupper. För stödpedagoger uppger cirka 70 procent av verksamhetscheferna, som besvarat enkäten, att formell eftergymnasial utbildning är en viktig faktor vid anställning. Motsvarande andel för skötare, behandlingspedagoger/assistenter är 50 procent och för undersköterskor 22 procent.²⁰²

Undersökningen indikerar att kopplingen mellan formell utbildning och kvalifikationskrav vid anställning eller befordran till kvalificerade undersköterskeuppgifter inom vården och omsorgen om äldre inte är lika utvecklad som inom andra områden inom vård och omsorg.

Utbyggnad inom ramen för kunskapslyftet

Regeringen genomför för närvarande ett kunskapslyft, där yrkeshögskolan är en del. Det omfattade under 2016 totalt cirka 44 000 statligt finansierade utbildningsplatser inom kommunal vuxenutbildning, yrkeshögskolan, folkhögskolan samt inom universitet och högskolor. Efter regeringens förslag i budgetpropositionen för 2017 har riksdagen beslutat att kunskapslyftet byggs ut till drygt 68 000 platser fram t.o.m. 2019. I denna utbyggnad ligger en kraftig utbyggnad av yrkeshögskolan, från 2 500 årsplatser 2016 till 6 000 årsplatser under åren 2017–2019.²⁰³

²⁰² Personlig uppgift från Myndigheten för Yrkeshögskolan. Enkät vård- och omsorg. Standardrapport. Genomförd i samverkan med Vård- och Omsorgscollege.

²⁰³ Proposition 2016/17:1. *Budgetpropositionen Utgiftsområde 16.*

Kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett vägledande underlag i vilket det preciserades vilka kunskaper som behövs för specialiserade uppgifter inom äldreomsorgen (S2010/3179/ST). Socialstyrelsen lämnade 2012 sitt förslag till regeringen.²⁰⁴ Förslagen utarbetades i samarbete med olika yrkesgrupper, forskare och arbetsgivar- och arbetstagarföreträdare samt pensionärsorganisationer. Myndigheten identifierade fem områden där specialisering för undersköterskor behövs. Dessa var:

- omsorg och vård vid livets slut
- demenssjukdom
- psykisk sjukdom
- måltider, mat och näring, samt
- funktionsbevarande omsorg.

I alla fem områdena ingår gemensamma delar som omfattar ledarskap, juridiska frågor och handledning.

Myndigheten för yrkeshögskolan kan utfärda föreskrift om vilka kunskaper, färdigheter och kompetenser som studerande ska ha uppnått vid utbildningens slut för inriktning som kräver nationellt likvärdigt innehåll. Villkoren för att föreskriva om nationellt likvärdig inriktning är att det ställs vissa krav i lag eller förordning, att kompetensen krävs för legitimation eller certifiering, att den leder till yrke som har en samhällsviktig funktion eller att utbildningen av säkerhetsskäl måste ha likvärdigt innehåll. Myndigheten kan dock föreskriva om nationellt likvärdigt innehåll i utbildningar även av andra skäl.²⁰⁵

²⁰⁴ Socialstyrelsen. *Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

²⁰⁵ Förordningen (2009:130) om yrkeshögskolan. 8 §.

Vård- och omsorgscollege arbetar för nationellt likvärdig yrkeshögskoleutbildning

Vård- och omsorgscollege är en ideell förening som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Kommunal, Vård-företagarna, Arbetsgivarföreningen KFO och Pacta. De har inom ramen för sitt nationella kompetensråd utarbetat ett förslag till nationellt likvärdig yrkeshögskoleutbildning inom funktionshinderområdet. Kvalifikationer för befattningen stödpedagog har lagts fast och en yrkeshögskoleutbildning som svarar mot dessa kvalifikationer har utformats. Vård- och omsorgscollege har 2016 i en skrivelse till yrkeshögskolan förordat att en nationell utbildning till stödpedagog inrättas.

För närvarande pågår ett arbete inom Vård- och omsorgscollege för att identifiera vilka nationella utbildningsinriktningar inom yrkeshögskolan som bör etableras för specialistutbildade undersköterskor inom vård och omsorg om äldre.

Utveckling av yrkeshögskolan för undersköterskor

Min bedömning är att omfattningen av specialistutbildningar inom yrkeshögskolan för undersköterskor kommer att efterfrågas i ökad omfattning. Skälen till detta är tre. För det första är många uppgifter för undersköterskor kvalificerade och kräver fördjupad yrkeskompetens, utöver den grundläggande nivå som ges inom gymnasieskolan. För det andra för att volymen på vården och omsorgen kommer att öka framöver och för det tredje för att det är angeläget att skapa bättre utvecklingsmöjligheter för undersköterskor.

För närvarande har utbildning inom hälso- och sjukvård och socialt arbete relativt liten omfattning inom yrkeshögskolan, i förhållande till områdets storlek på arbetsmarknaden. De elever som genomgår utbildning inom området har i hög utsträckning arbete efter genomförd utbildning. Generellt sett ger också sådan utbildning god löneutveckling. Jag har emellertid erfarit att genomförd specialistutbildning för undersköterskor inom yrkeshögskolan inte alltid innebär förändrade arbetsuppgifter för undersköterskor. Det är angeläget dels att differentiera tjänsterna inom vård och omsorg om äldre, dels att tydliggöra vilka kvalifikationer en person bör ha för att få en specialisttjänst. Det är ett ansvar för arbetsgivarna

inom vård och omsorg att i samspel med de fackliga organisationerna att bedriva ett sådant förändringsarbete.

För närvarande finns flera olika yrkeshögskoleutbildningar med liknande, men inte identiskt, innehåll, t.ex. inom demensområdet. För att öka tydligheten om olika kvalifikationer, för alla aktörer på arbetsmarknaden, är det angeläget att få till stånd ett antal nationella inriktningar inom yrkeshögskolan, som svarar mot behoven inom verksamheterna. Socialstyrelsen har tagit fram ett underlag för detta och Vård- och omsorgscollege har ett pågående arbete för att identifiera lämpliga nationella profiler för undersköterskor inom yrkeshögskolan. Genom att parterna på arbetsmarknaden står bakom Vård- och omsorgscollege ökar också förutsättningarna för att dessa profiler ska motsvaras av utvecklingsvägar för undersköterskor inom vården och omsorgen.

Min bedömning är att omfattningen av yrkeshögskoleutbildningar för undersköterskor, inom ramen för regeringens kunskapslyft, behöver utökas. Dessa utbildningar behöver ges en jämnare spridning över landet för att öka tillgängligheten till dem. Genom att lägga fast ett antal nationella inriktningar för specialisering inom vård och omsorg om äldre skapas ökad tydlighet och attraktivitet för sådan utbildning. Det bidrar också till ökad medvetenhet bland aktörerna inom området om betydelsen av formella kvalifikationer på eftergymnasial nivå för kvalificerade undersköterskeuppgifter. Samtidigt ökar det möjligheterna för undersköterskor att söka kvalificerade undersköterskejobb hos olika arbetsgivare på olika platser i landet, och även i andra länder inom EU/EES-området.

8.9 Nationellt system för validering

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Arbetsförmedlingen i uppdrag att öka omfattningen av validering för vård- och omsorgsarbete, i synnerhet i samband med omställning på arbetsmarknaden.

Mina bedömningar: För att validering ska genomföras mot samma nationellt fastställda kompetenskrav och samma kriterier oavsett om den genomförs inom vuxenutbildning eller som en arbetsmarknadspolitisk åtgärd bör regeringen, tillsammans med parterna på arbetsmarknaden, verka för detta.

Jag ställer mig bakom de förslag som redovisas i departementspromemorian Validering med mervärde (Ds 2016:24), med syftet att etablera ett nationellt system för validering.

Validering innebär att synliggöra, värdera, dokumentera och ge erkännande och värde åt en individs tidigare lärande och kunskaper. Min bedömning är att flertalet undersköterskor som utbildas och rekryteras framöver kommer att ha yrkeserfarenhet och viss formell utbildning som behöver värderas och erkännas som ett led i att hen ska uppnå den nationellt fastlagda kvalifikationsnivå som jag anser bör gälla inom vård och omsorg om äldre personer. En väl fungerande validering förutsätter ett nationellt system som har acceptans hos arbetsmarknadens parter och som är tillförlitligt.

Vad är validering?

För att främja utvecklingen av system för validering i medlemsstaterna beslutade Europeiska unionens råd 2012 om en rekommendation²⁰⁶, där validering definieras på följande sätt. Validering är en process där ett behörigt organ bekräftar att en person har uppnått läranderesultat som mätts mot en relevant standard och som består av fyra etapper:

²⁰⁶ Europeiska unionens råd. *Rådets rekommendation av den 20 december 2012 om validering av icke-formellt och informellt lärande*. 2012/C 398/01.

- identifiering, under ett samtal, av individens särskilda erfarenheter,
- dokumentation för att synliggöra individens erfarenheter,
- formell bedömning av dessa erfarenheter, samt
- certifiering av resultaten av bedömningen som kan leda till en full eller partiell kvalifikation.

Med utgångspunkt i rekommendationen aviserade regeringen i budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1) att ett sammanhållet, nationellt och permanent system för validering ska införas.²⁰⁷ Som ett led i detta arbete har inom Regeringskansliet utarbetats ett förslag till nytt system för validering, som för närvarande bereds inom Regeringskansliet.²⁰⁸

Värdet av validering

Validering har störst värde för personer som har relativt god kompetens inom områden som har en vedertagen kompetensstandard, men som saknar den formella kvalifikation som krävs för att få jobb eller för att kunna gå vidare till en utbildning. Det samhälls-ekonomiska värdet av validering är betydande.²⁰⁹

Förekomst

Tillgången till validering varierar i dag i hög grad mellan regioner, yrkesområden och kvalifikationsnivåer. Inom komvux och yrkesvux är validering mest förekommande inom vård och omsorg. År 2013/2014 genomförde 95 procent av kommunerna som genomfört validering detta inom vård- och omsorgsområdet.²¹⁰ Uppskatt-

²⁰⁷ Proposition 2014/15:1. *Budgetpropositionen. Utgiftsområde 16.*

²⁰⁸ Ds 2016:24 *Validering med mervärde*. Stockholm, 2016.

²⁰⁹ Ds 2016:24 *Validering med mervärde*. Stockholm, 2016.

²¹⁰ Enkäten besvarades (enskilt eller i samverkan) av 229 kommuner, med cirka 93 procent av landets befolkning. Officiell statistik över förekomsten av validering är mycket begränsad. Även kommunerna som tillfrågats i enkätundersökningen har många gånger haft svårt att svara på förekomsten av validering. En bidragande orsak till detta är att 42 procent av de som studerar i komvux gör det hos en privat anordnare och kommunerna följer inte upp i vilken utsträckning de validerar eleverna.

ningsvis fick 6 400 individer sin kompetens validerad i någon form det aktuella läsåret, då totalt nära 200 000 individer deltog i komvuxstudier. Kvinnor var underrepresenterade bland de som blev validerade, totalt sett. Inom vård och omsorg var dock könsfördelningen bland dem som validerats, i förhållande till de som studerade inom vård och omsorg, jämnare. Av de 6 400 som validerats var 45 procent kvinnor, samtidigt som nästan två tredjedelar av eleverna var kvinnor. I cirka hälften av fallen avsåg valideringen endast en översiktlig kompetenskartläggning inför nivåplacering. Av de elever som genomförde validering i form av fördjupad kartläggning och bedömning fick knappt 2 900 individer förkortad studietid på grund av denna.

Även inom den validering som Arbetsförmedlingen genomför har vård och omsorg störst omfattning. Under åren 2011–2014 genomfördes 1 561 valideringar inom detta område. Majoriteten av dem som valideras stod långt från arbetsmarknaden och resultaten i form av andel som fick arbete inom 3 månader efter avslutad insats var svaga.²¹¹

Under 2014 har Arbetsförmedlingen haft ett särskilt uppdrag att öka valideringen bland nyanlända som omfattas av etableringsuppdraget. Det resulterade i att valideringen ökade från knappt 100 personer 2013 till knappt 300 personer år 2014. År 2015 fick 519 arbetssökande möjlighet till validering för vård och omsorg genom Arbetsförmedlingen. Under 2014 deltog i genomsnitt 36 600 personer i etableringsuppdraget, vilket innebär att mindre än en procent av de nyanlända fick sin yrkeskompetens validerad. Bristande språkkunskaper och svårigheter att använda valideringsmodellerna för bedömning av kompetens förvärvat i andra länder anges som skäl till detta.

Sammantaget har validering relativt liten omfattning, men den förekommer i högst utsträckning inom vård och omsorg.

²¹¹ Ds 2016:24 *Validering med mervärde*. Stockholm, 2016.

Valideringsdelegationen

Regeringen har tillsatt en valideringsdelegation, som under åren 2015–2019 har i uppdrag att följa, stödja och driva på ett samordnat utvecklingsarbete inom valideringsområdet. I delegationen finns representanter för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt berörda myndigheter.²¹²

Vilka är utmaningarna?

Dagens validering är svår att överblicka både för individer som behöver den och aktörer som ska bistå med vägledning till jobb och utbildning. Systemet är i hög grad decentraliserat. Regionala eller lokala modeller har dock kommit att ersättas allt mer av nationella branschmodeller. Inom vård och omsorg saknas branschmodell liknande de som parterna kommit överens om på en rad andra områden. Dock finns branschsamverkan inom Vård- och omsorgscollege, som antagit riktlinjer för validering. I dessa riktlinjer har parterna kommit överens om att validering ska ske mot vissa specificerade kurser inom komvux.

Arbetsförmedlingen har hittills främst riktat valideringen mot personer som står långt från arbetsmarknaden och få personer i omställning har fått sin kompetens validerad genom Arbetsförmedlingen.

Kunskaperna om kartläggning och validering behöver öka bland studie- och yrkesvägledare och arbetsförmedlare. För att valideringens resultat ska uppfattas som tillförlitligt och legitimt krävs att genomförandet utmärks av hög kvalitet. Kommunerna efterfrågar tydligare riktlinjer och mer handfast metodstöd från Skolverket för att utveckla valideringen inom vuxenutbildningen. För validering som Arbetsförmedlingen upphandlar finns problem med bristande dokumentation och återkoppling av resultaten från valideringen. Kompetensen bland de som utför valideringen varierar också. Därför behövs mer stöd och kompetensutveckling.

²¹² www.valideringsdelegation.se/om-delegationen

Ett utvecklat system för nationell validering

Jag vill kortfattat redovisa de förslag till förändringar som redovisades i departementspromemorian *Validering med mervärde*.²¹³

- Det svenska valideringsarbetet bör utgå från den definition av begreppet validering som finns i Europeiska unionens råds rekommendation.
- Statens Skolverk, Universitets- och högskolerådet och Arbetsförmedlingen bör få i uppdrag att inom sina respektive områden främja och samordna användningen och utvecklingen av validering. Myndigheterna bör även samverka med berörda myndigheter i övrigt för att tillsammans skapa ett nationellt sammanhängande valideringssystem.
- Myndigheten för yrkeshögskolans ansvar för validering bör tydligas i ett uppdrag.
- Myndigheter med eget eller övergripande ansvar för valideringsåtgärder eller behörighetsbedömningar bör få i uppdrag att se till att det på deras publika webbplatser finns lättfunnen och lättåtkomlig information om validering som rör den egna sektorn samt länkar till information hos övriga berörda myndigheter.
- Skolverket bör ges i uppdrag att lämna förslag på hur information om valideringar inom vuxenutbildningen kan redovisas. Myndigheten för yrkeshögskolans befintliga uppdrag att redovisa uppgifter om sökande som har bedömts vara behöriga respektive har antagits till en utbildning på grund av reell kompetens bör fortsätta att gälla. Arbetsförmedlingen bör ges i uppdrag att genomföra en utvärdering av validering inom ramen för de arbetsmarknadspolitiska programmen.
- Definitionen av begreppet validering i skollagens kapitel om kommunal vuxenutbildning respektive särskild utbildning för vuxna ska ändras så att det blir tydligt att kartläggning är ett delmoment av valideringsprocessen. Det ska av skollagen även framgå att validering har skett först då samtliga delmoment i valideringsprocessen är avslutade. Den kartläggning som ingår i valideringsprocessen ska vara en fördjupad kartläggning.

²¹³ Ds 2016:24 *Validering med mervärde*. Stockholm, 2016.

- Vid en validering inom vuxenutbildningen ska intyg eller betyg kunna utfärdas, men inte någon annan dokumentation.
- Det ska framgå av skollagens bestämmelser om kommunal vuxenutbildning att, om det vid valideringen bedöms att eleven når upp till kunskapskraven i en kurs, valideringsprocessen på elevens begäran ska kunna avslutas med en prövning för betyg.
- Bestämmelserna i skollagen om att en elev inom vuxenutbildningen kan få sina kunskaper validerade ska ändras så att huvudmannen är skyldig att erbjuda eleven validering.
- Behörighetskraven till yrkeshögskolan ska förtydligas så att det framgår att en sökande kan förklaras behörig genom att den sökande bedöms ha förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen, dvs. besitter reell kompetens.
- Det ska i förordningen om yrkeshögskolan förtydligas att den ansvariga utbildningsanordnaren är skyldig att på begäran av en studerande pröva om han eller hon har sådana kunskaper, färdigheter och kompetenser som har förvärvats i utbildning, yrkesverksamhet eller på annat sätt, som kan godtas för tillgodoräknande vid studier på en yrkeshögskoleutbildning.

Vård- och omsorgscollege

Vård- och omsorgscollege har utarbetat riktlinjer för validering som gäller för de Vård- och omsorgscollege som är certifierade av organisationen. Riktlinjerna är utarbetade i samråd med bl.a. Skolverket. Avsikten är att bidra till en mer likvärdig bedömning av yrkeskompetenser.²¹⁴ Under 2016 har föreningen Vård- och omsorgscollege påbörjat en revidering av de nationella riktlinjerna för validering. Föreningen avser också att ta fram en gemensam processbeskrivning med stödmaterial för öka kvalitet och likvärdighet i bedömningen.

År 2015 gick 68 procent av eleverna i landets vård- och omsorgsprogram i skolor som var certifierade och därmed anslutna till vård- och omsorgscollege.²¹⁵ Motsvarande uppgifter för vuxenutbildningar saknas.

²¹⁴ www.vo-college.se/nyhet/2014/09/28/gemensamma-riktlinjer-validring

²¹⁵ Personlig uppgift från Vård- och omsorgscollege.

Utvecklad validering inom vård och omsorg

Stora rekryteringsbehov

Jag har i avsnitt 8.5 beskrivit inom vilka grupper jag bedömer att tillskottet till arbetskraften av yrkesutbildade undersköterskor i framtiden förväntas finnas. Gemensamt för dessa grupper är att de har livserfarenhet, erfarenhet från yrkesverksamhet inom andra yrken och att de ofta har någon form av gymnasial utbildning. En del av dessa individer har tillägnat sig sina kunskaper, kompetenser och erfarenheter från ett annat land, inte sällan ett land utanför EU/EES.

Det finns också ett betydande antal personer som har slutfört studier i yrkesämnena inom vård och omsorg, men inte i samtliga ämnen som krävs för att uppnå den kvalifikation som jag föreslår ska gälla framöver. Många av dessa är yrkesverksamma eller har varit yrkesverksamma inom vård och omsorg. Andra arbetar inom andra branscher eller står inte till arbetsmarknadens förfogande.

En huvudfråga i kompetensförsörjningen blir därför att skapa attraktiva vägar till undersköterskeyrket för personer med varierande yrkes- och erfarenhetsbakgrund. Såväl från den enskildes perspektiv som från samhällets är det angeläget att hushålla med yrkesutbildningsresurserna. Ingen ska behöva genomgå en kompletterande yrkesutbildning om hen redan har de kunskaper, färdigheter och kompetenser som kurser inom utbildningen avser att ge.

Med denna utgångspunkt är det angeläget att utveckla ett nationellt valideringssystem som har förankring hos parterna på arbetsmarknaden, har god kvalitet och tillräcklig omfattning.

Krav på ett nationellt system

Utvecklingen av validering inom vård och omsorg bör underlättas av mitt förslag om att nationella kompetenskrav som motsvarar en fastställd kvalifikation för undersköterskor bör läggas fast och att undersköterska bör bli ett legitimationsyrke. Kortsiktigt bör de kompetenskrav som lagts fast i Socialstyrelsens allmänna råd gälla som nationell kvalifikation. I det fortsatta utrednings- och beredningsarbetet för att få till stånd en legitimationsordning för under-

sköterskor behöver dock omfattningen av kompetenskraven för denna kvalifikation övervägas på nytt.

En viktig förutsättning är att individer som vill få sin kompetens bedömd och erkänd bör kunna få likvärdig validering såväl inom vuxenutbildningen som inom Arbetsförmedlingens eller andra aktörers stöd till arbetssökande. Denna likvärdighet bör också gälla oberoende var i landet den enskilde befinner sig. Den bör också utformas så att den är förenlig med den Europeiska unionens rekommendationer.

De riktlinjer som Vård- och omsorgscollege utarbetat för validering är bra, men en begränsning är att inte alla landets kommuner är anslutna till vård- och omsorgscollege. Andelen utbildningsanordnare som är anslutna är också lägre inom den kommunala vuxenutbildningen än inom gymnasieskolan. Så länge som det är så kan inte riktlinjerna fullt ut tjäna som riktmärke för vilka kompetenskrav en nationellt likvärdig validering inom vård och omsorg bör omfatta.

Omfattningen av validering inom vård och omsorg behöver öka avsevärt. Som jag beskrivit dominerar validering för vård- och omsorgsyrken inom såväl vuxenutbildning som Arbetsförmedlingen. Sett i förhållande till rekryteringsbehoven av undersköterskor framöver behöver dock valideringens omfattning utökas väsentligt, både inom vuxenutbildning och inom Arbetsförmedlingen. Arbetsgivarna bör också ta aktiv del och erbjuda anställda som saknar formell utbildning möjlighet att validera sin kompetens för att fastställa hur omfattande kompletterande utbildning som individen kan behöva genomgå för att uppnå en full kvalifikation.

Min bedömning är att formerna för validering av nyanlända behöver utvecklas för att svara mot dessa individers varierande förutsättningar, bl.a. när det gäller kunskaper i svenska språket. Men Arbetsförmedlingen behöver även, tillsammans med parterna i deras omställningsavtal och omställningsförsäkringar, i ökad utsträckning använda validering vid omställning av personal.

8.10 Legitimation av undersköterskor

Mitt förslag: För att förbättra trygghet och säkerhet för äldre personer som får vård och omsorg, samt för att öka attraktiviteten i undersköterskeyrket anser jag att undersköterska ska bli ett yrke för vilket det krävs legitimation, senast år 2025. Regeringen föreslås skyndsamt tillsätta en utredning för att ytterligare överväga utformning, genomförande och ekonomiska konsekvenser av införande av legitimation för undersköterskor, samt lämna ett förslag till förändringar i berörda regelverk.

För att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer, inte minst patientsäkerheten, bör legitimation för undersköterskor införas. En sådan tydliggör för elever, personal, utbildningsansvariga och arbetsmarknadens parter vilka kvalifikationer som krävs av en person för att hen självständigt ska få utföra vård- och omsorgsuppgifter. En sådan tydlighet bör även bidra till att öka attraktiviteten i undersköterskeyrket. Alla nu anställda undersköterskor har inte den yrkesutbildning för sitt arbete som bör krävas för att bli legitimerad. Det kommer också att finnas stora behov av rekrytering av undersköterskor under de kommande åren. Mot denna bakgrund gör jag bedömningen att en långsiktig process bör läggas fast för att senast 2025 införa ett regelverk för legitimation för undersköterskor och volymen på yrkesutbildningen under denna period utökas avsevärt.

Undersköterska är den största yrkesgruppen i landet. De utgör 90 procent av de anställda inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Härigenom har de avgörande betydelse för den vård och omsorg som äldre personer får. Undersköterskor arbetar även i landstingens hälso- och sjukvård samt inom den av kommunerna finansierade omsorgen om personer med funktionsnedsättning.

En kort bakgrund

Investera nu!

Regeringen lämnade 2002 ett uppdrag till berörda myndigheter att utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjningen inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. År 2004 lämnade tio myndigheter till regeringen ett förslag till en handlingsplan, *Investera nu!*²¹⁶ Myndigheterna föreslog bl.a. att all personal minst ska ha grundläggande yrkeskompetens för det arbete som de utför samt bättre utvecklingsmöjligheter. För att uppnå detta förordades att:

- en grundläggande kompetensnivå ska läggas fast
- det behövs tydliga legala förutsättningar där personalen ges självständighet och ansvar
- omvårdnadspersonalen i ökad utsträckning självständigt ska kunna utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter
- kompetensnivån bör ges någon form av nationellt erkännande
- befattningsbenämningar och yrkestitlar i högre grad bör motsvara arbetets innehåll, ett modernt språkbruk samt bli könsneutrala.

Vidare förordade myndigheterna att det dåvarande omvårdnadsprogrammet skulle utvecklas och att vuxenlärandet skulle stärkas genom ett omsorgslyft.

Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer

Som ett led i att förverkliga *Investera nu!* utarbetade Socialstyrelsen i dialog med berörda myndigheter och organisationer (brukar-/patientorganisationer, fackliga-/yrkesorganisationer och arbetsgivarorganisationer) en beskrivning av de yrkesrelaterade förmågor som undersköterskor på grundläggande nivå borde ha. Myndigheten föreslog att yrkestiteln vård- och omsorgsassistent borde

²¹⁶ Socialstyrelsen. *Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004.

användas för att beteckna yrket, som ansågs bestå av en kombination av kunskaper och färdigheter inom socialt arbete, omvårdnad och socialpedagogik. Rapporten vände sig till dem som planerar och utvecklar det formella utbildningssystemet och till personalansvariga i kommuner och privata utförare.²¹⁷

I den äldres tjänst

Regeringen tillsatte 2007 en särskild utredare för att lämna förslag till en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre. Utredaren lämnade 2008 sitt betänkande, *I den äldres tjänst* (SOU 2008:126).²¹⁸

Utredaren föreslog att:

- en nationellt likvärdig lägsta kompetensnivå för äldreassistenter (undersköterskor) läggs fast,
- socialtjänstlagens 3 kap. 3 § kompletteras och en ny lag kompetens hos personal som arbetar med vård och omsorg om äldre införs,
- regleringen ska avse omvårdnadsuppgifter (inte serviceuppgifter), med innebörden att en person som inte har lägsta kompetensnivå inte får arbeta ensam med denna typ av biståndsbedömda insatser,
- de personer som motsvarar de nationella yrkeskraven ska få ett kompetensbevis och yrkestiteln äldreassistent,
- omsorg är äldreassistentens huvudsakliga arbetsuppgifter, kompletterat med viss vård, samt att
- Socialstyrelsen får i uppdrag att precisera framlagda yrkeskrav i föreskrift.

²¹⁷ Socialstyrelsen. *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer Grundläggande nivå.*

²¹⁸ SOU 2008:126. Utredningen om yrkeskrav i äldreomsorg. *I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke.*

Socialstyrelsens allmänna råd

År 2011 publicerade Socialstyrelsen ett allmänt råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, grundade i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Råden omfattar personal som arbetar med att genomföra biståndsbedömda individuellt beslutade insatser enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL. Råden gäller dock inte för praktikanter, frivilligarbetare eller personal som täcker tillfällig brist på ordinarie personal. De gäller inte heller för personal som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke i hälso- och sjukvården.

I råden redovisar myndigheten vilka grundläggande kunskaper och förmågor som personalen bör ha. En person kan uppnå de redovisade kunskaperna och förmågorna genom godkända kurser om 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnena och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik på vård- och omsorgsprogrammet, eller genom motsvarande utbildning.

Råden utarbetades samordnat med införandet av det nya vård- och omsorgsprogrammet (GY11). För att stärka både den grundläggande kompetensen bland undersköterskor och kompetens som krävs för specialiserade uppgifter avsatte regeringen under åren 2011–2014 sammanlagt 995 miljoner kronor i Omvårdnadslyftet.

Nuvarande regelverk

Nationell nivå

Undersköterskors arbete utförs enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, samt övrigt regelverk inom hälso- och sjukvården och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL ska det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Socialstyrelsen har beslutat om allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre med stöd av bestämmelsen.

Enligt 1 kap. 4 § punkt 2 patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, avses med hälso- och sjukvårdspersonal, förutom legitimerade

yrkesutövare, även den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare. Av 4 kap. 1 § PSL framgår att de som har en angiven yrkestitel och utbildning efter ansökan kan få legitimation för yrket. Regeringen får meddela föreskrifter om att även andra utbildningar än dem som anges i paragrafens tabell ska ge rätt till legitimation. Beteckningen legitimerad får användas endast av den som fått legitimation (2 §) och en yrkestitel som är knuten till legitimation får endast användas av den som legitimerats (skyddad yrkestitel) (5 §). Av 4 § PSL framgår att behörighet att utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare endast är den som har legitimation för yrket eller som särskilt förordnats att utöva det.

I 6 kap. PSL regleras hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Arbetet ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård och ges i samråd med patienten (1 §). Hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur hen utför sina arbetsuppgifter (2 §) samt att delegering av uppgifter endast får ske när det är förenligt med kravet på en god och säker vård (3 §). Av 6 § LSS framgår att det ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Alla kommunerna har hälso- och sjukvårdsansvar i särskilda boendeformer för äldre och i dagverksamheter samt ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende i samtliga län utom Stockholms län. Inom dessa verksamheter utför undersköterskor hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation från legitimerad yrkesutövare. Undersköterskor kan också biträda sådan yrkesutövare i hälso- och sjukvårdsuppgifter, utan delegering. Även i Stockholms län utför undersköterskor som arbetar i hemtjänst vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, efter delegation från legitimerad yrkesutövare inom landstingets hälso- och sjukvård.

Europeiska Unionen och Nordiska konventionen

I Europaparlamentets och Rådets direktiv 2005/36/EG finns bestämmelser om erkännande av yrkeskvalifikationer. Ett ändringsdirektiv (2013/55/EU) trädde i kraft 2014 och ska vara genomfört i medlemsstaterna senast 18 januari 2014. För att genomföra dessa

förändringar i svensk rätt tillsatte regeringen en utredning, som 2014 lämnade sitt betänkande, Yrkeskvalifikationsdirektivet ett samlat genomförande (SOU 2014:19).

Syftet med yrkeskvalifikationsdirektivet är att säkerställa att egenföretagare och anställda i EU kan utnyttja de rättigheter som fördraget ger dem att såväl etablera sig, tillfälligt erbjuda sina tjänster som att söka anställning i ett annat medlemsland, utan att behöva mötas av nationella yrkesregleringar som förbiser sådan erfarenhet och kompetens som förvärvats i annat land.

Utredningen föreslog att en ny lag om erkännande av yrkeskvalifikationer införs. Den skulle gälla hela arbetsmarknaden och reglera hur yrkesverksamma med kvalifikationer från annat land än Sverige ska ges möjlighet att bedriva yrkesverksamhet i landet. Lagen har antagits av riksdagen (prop. 2015/16:44, bet. 2015:16:UbU6) och gäller från den 1 april 2016.

Undersköterskans motsvarighet i respektive land är ett reglerat yrke i 18 av 32 EU/EES länder. Det gäller i synnerhet i västeuropeiska länder som Tyskland, Storbritannien, Frankrike och Schweiz samt i sydeuropeiska länder som Spanien och Italien, medan det inte är lika vanligt i de östeuropeiska länderna. Yrket är även reglerat i Danmark, Finland och Norge.

De nordiska länderna, Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige, har vid flera tillfällen träffat överenskommelser om en gemensam nordisk arbetsmarknad för verksamhet inom hälso- och sjukvård och veterinärverksamhet. En utgångspunkt är att de olika staternas offentligt reglerade utbildningar inom dessa områden i de flesta fall är likvärdiga. Senaste ändring i överenskommelsen skedde 1998. Enligt artikel 2 ska den som i någon av de fördragsslutande staterna vunnit rättsligt godkännande som yrkesutövare under stadgade förutsättningar ha rätt att vinna sådant godkännande även i övriga stater där bestämmelser om godkännande gäller. I artikel 12 finns stadganden om vilka yrkesutbildningar i övriga nordiska länder som jämföras med undersköterska i Sverige.

Legitimation i tre nordiska grannländer

Med hänsyn till den fria rörligheten inom EU/EES området och i synnerhet mellan de nordiska länderna finns det skäl att redovisa vissa uppgifter om utbildning och legitimation av undersköterskor i tre nordiska grannländer. Ytterligare skäl för detta är likheten mellan de nordiska ländernas välfärdssystem.

Finland

Inom yrkesskolan i Finland finns en treårig utbildning till närvårdare, vilka arbetar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Yrkesområdet liknar det som undersköterskor i Sverige har, men omfattar även arbete med barn. Utbildningen består huvudsakligen av skolförlagd undervisning, men även praktik.

Närvårdare är ett reglerat yrke med skyddad yrkestitel. När eleven examinerats från närvårdarutbildningen får hen ansöka hos Valvira (tillstånds- och tillsynsverket) om att få använda den skyddade yrkestiteln närvårdare och registreras i det nationella register som myndigheten har.

Den 1 mars 2016 trädde lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården i kraft. Syftet med lagen är att främja klientsäkerhet och rätten till socialvård av god kvalitet med gott bemötande. Det ska ske genom att:

- säkerställa att yrkesutbildade personer har sådan utbildning som yrkesutövning förutsätter, samt möjlighet att utveckla och upprätthålla sin yrkesskicklighet,
- främja samarbete mellan yrkesgrupper, en ändamålsenlig uppgiftsstruktur utifrån klienternas behov,
- organisera tillsynen bättre.

Lagen omfattar två kategorier av yrkesutbildade personer inom socialvården: 1. Legitimerad yrkesutbildad person, vilka är socio-ekonom och geronom²¹⁹. 2. Yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning, bl.a. närvårdare.

I lagen regleras yrkesutövarnas rättigheter, skyldigheter samt sanktioner för dem som åsidosätter dessa. Bland annat stadgas att en yrkesutbildad person, t.ex. en närvårdare eller geronom, är skyldig att upprätthålla och utveckla sin yrkesskicklighet och att göra sig förtrogen med de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivaren ska göra det möjligt för personen i fråga att i sitt arbete få behövlig handledning och delta i fortbildning som behövs för utvecklandet av yrkesskickligheten.

Om en yrkesutövare gör sig skyldig till brott under synnerligen försvårande omständigheter kan såväl en persons legitimation som i förekommande fall en yrkesutbildad person med skyddad yrkesbeteckning förbjudas att använda sin yrkesbeteckning inom socialvården.

I Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård (28.6 1994/559) finns motsvarande bestämmelser för hälso- och sjukvården. Även denna lag innefattar såväl legitimerad personal som personal med skyddad yrkesbeteckning.

En viss yrkesgrupp – legitimerad eller med skyddad yrkesbeteckning – kan göra uppgifter som normalt utförs av en annan yrkesgrupp. Regleringen innebär i sig inte någon ensamrätt att utföra vissa uppgifter.

Norge

Inom den norska gymnasieskolan finns såväl studieförberedande som yrkesförberedande program, varav ett är helse- och oppvekstfag. Det är ett generellt yrkesinriktat program som förbereder eleverna för tjänster främst inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (helse- og sosialtjenesten), med personer i alla åldrar. Utbildningen är fyra år, varav de två första åren är skolförlagda och de två sista åren är arbetsplatsförlagda. Utbildningen leder bland annat till yrket

²¹⁹ Geronom är en utbildning inom yrkeshögskolan som förbereder för socialt arbete bland äldre. Den ges, liksom socionomutbildningen, inom yrkeshögskolan. Geronomexamen finns såväl på grundnivå som på masternivå.

helsefagarbeider, som motsvarar undersköterska i Sverige. Efter fullföljd utbildning på gymnasieskolans program helse- og oppvekstfag får eleven ett yrkesbevis (fagbrev). Med stöd av detta kan eleven ansöka om legitimation (autorisation) som helsefagarbeider. Det finns även möjligheter att fördjupa yrkesutbildningen inom fagskolen (motsvarande svenska yrkeshögskolan) eller läsa vissa kompletterande kurser för att söka till högskolan.

Legitimationsförfarandet sköts av HelseDirektoratet och sker elektroniskt. De har en databas tillgänglig för allmänheten där uppgifter om legitimerad personal finns. Det är 29 yrkesgrupper inom hälso- och socialtjänsten som är legitimerade, dock endast när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. Av helsepersonelloven framgår att syftet med legitimationen är att bidra till säkerhet och kvalitet i de tjänster som lämnas. Lagen innehåller bestämmelser om personalens ansvar och befogenheter samt sanktioner mot enskilda yrkesutövare som handlat i strid med lagens bestämmelser.

Danmark

Vid yrkesskolor utbildas social- og sundhedshjaelper och social og sundhedsassistenter. Utbildningen är etappindelad och inleds med ett basår (grundforløp) om ett år (beroende på elevens förkunskaper kan tiden förkortas till ½ år). Därefter följer utbildningen till Sosu-hjälpare, som omfattar 17 veckors utbildning vid skola och 9 månaders praktik, totalt 2 år och 2 månader. Flertalet som påbörjar utbildningen påbörjar yrkesarbete efter denna etapp. För de som vill bli Sosu-assistenter (motsvarande undersköterska) krävs fortsatt utbildning i 1 år och 8 månader (32 veckor i skola och 10,5 månad i praktiskt lärande). Totalt tar yrkesutbildningen till Sosu-assistent 3 år och 10 månader. Det praktiska lärandet sker vid sjukhus, inom psykiatrisk vård och i kommunal äldreomsorg och har större omfattning än studiegången i Sverige.

Sosu-assistent är en legitimerad yrkesgrupp med skyddad yrkestitel. De utför självständigt vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter, huvudsakligen läkemedelsdelning. Sosu-hjälparna legitimeras inte och arbetar huvudsakligen med serviceuppgifter.

Styrelsen för patientsikkerhed administrerar legitimationen av samtliga yrkesgrupper inom hälso- og sjukvården. Man har en

publik databas över alla legitimerade yrkesutövare, med information av relevans för arbetsgivare och allmänhet. Cirka 3 000 Sosu-assistenter legitimeras årligen. Ungefär en årsarbetare krävs för detta, med tillägg för vissa it-kostnader.

Sosu-utbildningen är Danmarks mest populära yrkesutbildning och årligen examineras cirka 10 000 personer. Sett i förhållande till Danmarks och Sveriges befolkningsstorlek innebär detta att det i Danmark examineras tre gånger fler personer årligen. Det råder i stort sett balans mellan tillgång och efterfrågan. Andelen som blir assistenter behöver dock utökas.²²⁰ Om Sverige hade samma dimensionering och examination från undersköterskeutbildningen som Danmark, i förhållande till ländernas befolkning, skulle tillgången till yrkesutbildade undersköterskor mer än väl tillgodose beräknad efterfrågan på cirka 16 000 examinerade per år (jfr avsnitt 8.6).

Kan legitimation av undersköterskor bidra till bättre kompetensförsörjning?

Syftet med regler om legitimation för yrkesutövare är att tydliggöra och säkerställa en viss yrkeskompetens. I detta ligger även ofta en komponent som innebär behörighet och ibland ensamrätt att utöva en viss yrkespraktik eller vissa uppgifter.

Under de senaste decennierna har staten och även parterna på arbetsmarknaden haft som norm att alla undersköterskor ska ha genomgått vård- och omsorgsprogrammet eller dess föregångare. Genom en rad tidsbegränsade satsningar med extra tillskott av statliga medel har strävan varit att stimulera en sådan utveckling.²²¹ De senaste satsningarna har varit Kompetenslyftet och Omvårdnadslyftet. Dessa satsningar har sannolikt, tillsammans med de nämnda aktörernas egna strävanden, bidragit till att andelen bland undersköterskorna som har grundläggande yrkesutbildning har ökat. Som jag redovisat i avsnitt 8.3 har denna andel bland undersköterskor inom vård och omsorg om äldre finansierad av kommunerna ökat mellan åren

²²⁰ Personliga uppgifter från Michael Kummel vid Danske SOSU skoler, mars 2016.

²²¹ Wänell, 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). <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/10/Stimulansmedelsrapporten-2.pdf> (hämtad 2017-03-13). I denna rapport redovisas erfarenheter av tidigare satsningar.

2008 och 2015. Men trots upprepade satsningar hade endast cirka 60 procent av de anställda undersköterskorna år 2015 yrkesutbildning för sitt arbete.

I avsnitten 8.4–8.8 har jag beskrivit vilka yrkeskvalifikationer framtidens personal bör ha samt vad som bör göras för att få till stånd ett ökat utbud av arbetskraft för att möta förväntad ökning i efterfrågan. Mina överväganden om legitimation av undersköterskor ska ses i detta sammanhang. En sådan förändring kan inte förväntas i sig själv ge en god kompetensförsörjning, men bör tillsammans med andra förslag till åtgärder som jag lägger fram bidra till ett ökat utbud av yrkeskompetent arbetskraft samt till ökad kvalitet i vården och omsorgen.

Skälen till detta är följande:

1. Ett legitimationskrav innebär utökade och tydligare krav på huvudmän och privata utförare om vilka kvalifikationer som gäller för yrkesutövning inom vården och omsorgen om äldre personer.
2. Ett legitimationskrav i patientsäkerhetslagen tydliggör att undersköterskor tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen när de utför hälso- och sjukvård och att detta arbete ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Likaså tydliggörs att undersköterska vid utförande av hälso- och sjukvård ska följa gällande regelverk inom hälso- och sjukvården.
3. En nationellt fastlagd och tydliggjord kompetensnivå skulle underlätta rörlighet på arbetsmarknaden, inom landet och inom EU/EES. Det skulle även ge ökad tydlighet för arbetstagare som söker sig till Sverige från länder utanför EU/EES.
4. En utökad reglering ger vidare aktörer inom utbildnings- och arbetsmarknadsområdet information om vad som gäller för att undersköterskor självständigt ska kunna bedriva yrkesarbete.
5. Det är också troligt att ökad tydlighet ifråga om vilka kompetenskrav som ställs för arbete inom vård och omsorg om äldre personer skulle stärka yrkets attraktivitet bland potentiella arbetstagare. Skälet till detta är att yrkesidentiteten förstärks genom en definierad koppling mellan utbildning, yrkestitel och arbetsuppgifter.

6. Legitimation för undersköterskor skulle också påverka vilka befogenheter och vilket ansvar undersköterskor har i sin yrkesutövning. En självständig yrkesutövning för undersköterskor skulle även underlätta organisering och kunna arbetsformerna inom verksamheterna.

Det finns dock skäl att påminna om att ett system med legitimation kan ha vissa nackdelar. Vid bristande tillgång till yrkesutbildad personal kan rekryteringsmöjligheterna begränsas.

Likheter och skillnader inom Norden

Det finns stora likheter mellan de nordiska ländernas välfärdsystem. Men ifråga om strukturen för att värna yrkeskompetens hos medarbetare inom vård och omsorg om äldre personer finns skillnader. I samtliga tre redovisade grannländer är de yrken som motsvarar undersköterska i Sverige reglerade.

Motiv

I regelverken för samtliga tre länder är syftet med legitimationen att värna god kvalitet i de tjänster som lämnas till äldre personer. Detta förutsätts ske genom att värna god yrkeskompetens hos medarbetare, att de har tillräcklig yrkesutbildning och i Finland även att både yrkesutövare och arbetsgivare fortlöpande bidrar till att upprätthålla och utveckla medarbetarnas kompetens. I regelverken för legitimation finns bestämmelser om vilket ansvar och befogenheter den legitimerade yrkesutövaren har och vilka sanktioner som finns mot en yrkesutövare som på olika sätt missbrukar sitt yrkesansvar.

Verksamhetsområdet

I Norge och Danmark sker legitimationen inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemet och avser därför hälso- och sjukvårdsuppgifter som yrkesgruppen ifråga utför. I Finland däremot legitimeras personal eller får skyddad yrkestitel både inom hälso- och sjukvård och inom socialtjänst. I Sverige finns inget regelverk för legitimation inom socialtjänsten och undersköterskor är inte en legitimerad yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården.

Utbildningarnas längd och uppläggning

I Sverige och Finland är yrkesutbildningen i gymnasie-/yrkesskolan 3 år. I Norge och Danmark är den däremot cirka 4 år. I de senare länderna har det praktiska lärandet också betydligt större utrymme än i Sverige och i Finland. I samtliga länder får eleven efter avslutad utbildning någon form av bevis på genomförd utbildning. I Sverige får elever som examinerats från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram och från den kommunala vuxenutbildningens motsvarande utbildning²²² en yrkesexamen. Elever som examineras från en av Vård- och omsorgscollege certifierad utbildning får ett särskilt diplom.²²³

Yrkesbenämning

I de tre beskrivna grannländerna finns en tydligare koppling mellan fullföljd yrkesutbildning, yrkestitel och befogenheter/ansvar i yrkesutövningen. I Sverige saknas en sådan koppling. Hos oss finns många olika yrkesbenämningar för personer som arbetar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård efter examen från vård- och omsorgsprogrammet. Arbetsgivarnas kravprofiler för att anställa personer till en viss tjänst inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst skiljer sig också åt. Det gäller i vilken mån den som anställs alls behöver ha studerat gymnasiegemensamma ämnen inom vård och omsorg, omfattningen av dessa i de fall man har sådana krav och vilka valbara kurser som den som anställs har genomgått inom sin yrkesutbildning. Det finnas således en större diskrepans i Sverige, jämfört med våra grannländer, när det gäller koppling mellan utbildning och yrkesliv.

²²² För yrkesbevis krävs 2 400 poäng. Bland de som studerar de programgemensamma ämnena inom vård- och omsorgsprogrammet inom kommunal vuxenutbildning är det ovanligt att man även studerar gymnasiegemensamma ämnen så att man når 2 400 poäng och får yrkesexamen.

²²³ För detta diplom krävs 1 500 poäng, vilket motsvarar de programgemensamma ämnena samt gymnasiearbete om 100 poäng.

Självständig yrkesutövning

I Sverige ligger ansvaret för socialtjänsten helt på socialnämnden, som genom delegationsordningar och arbetsbeskrivningar fastställer vilket ansvar och vilka befogenheter olika yrkesutövare inom socialtjänsten ska ha i den enskilda kommunen. Uppgifter inom hälso- och sjukvården utförs av legitimerade yrkesutövare, men inom den kommunala hälso- och sjukvården kan vissa uppgifter under vissa omständigheter delegeras till undersköterskor. I de tre grannländerna har undersköterskorna ett självständigt yrkesansvar inom hälso- och sjukvården och i Finland även inom socialtjänsten. Detta ger yrkesgruppen ett större mått av självständighet i yrkesutövningen. Ansvar och befogenheter har reglerats nationellt.

Några alternativa lösningar

Det finns alternativa sätt att uppnå en ökad tydlighet om sambandet mellan utbildning, yrkestitel och yrkesverksamhet.

Enhetlig examenstitel

För närvarande får elever som examineras från vård- och omsorgsprogrammet en yrkesexamen och om hen examineras från vård- och omsorgscollege ett särskilt diplom. Ytterligare ett steg skulle kunna vara att i regelverket för gymnasieskolan införa en bestämmelse om att elev som examinerats från vård- och omsorgsprogrammet får yrkestiteln undersköterska (alternativt någon annan överenskommen nationell yrkestitel). Den skulle klargöra vad en elev blir efter examinationen. En nationell yrkestitel kan också bidra till att yrkets anseende stärks och att kopplingen mellan utbildning och yrkesverksamhet förbättras. Gymnasieutredningen²²⁴ föreslår i sitt betänkande att en bestämmelse om att yrkesexamen från vård- och omsorgsprogrammet ska benämnas undersköterskeexamen. Flertalet personer som studerar programgemensamma ämnen inom vård och omsorg studerar dock inom den kommunala

²²⁴ SOU 2016:77. Gymnasieutredningen. *En gymnasieskola för alla – åtgärder för att alla unga ska påbörja och fullfölja en gymnasieutbildning. Del 1.*

vuxenutbildningen. Bland dessa är det få som avslutar sina studier med en yrkesexamen inom vård och omsorg. Det är också en mindre andel av dessa som studerar samtliga kurser, motsvarande 1 400 poäng i programgemensamma ämnen. Regeringen har nyligen beslutat om förordningen (2016:937) om statsbidrag för regional yrkesinriktad vuxenutbildning. Enligt 4 § i förordningen ska samverkande kommuner inom regionalt yrkesvux erbjuda kombinationer av nationella kurser i yrkesämnena som är relevanta för ett yrkesområde (sammanhållna yrkesutbildningar).²²⁵ Skolverket har av regeringen fått uppdraget att i samverkan med programråden för olika branscher lämna förslag om vilka kurser som ska ingå i dessa sammanhållna yrkesutbildningar.

Även om nuvarande yrkesexamen inom vård och omsorg skulle benämnas undersköterskeexamen och en sammanhållen utbildning inom yrkesutbildningar inom yrkesvux införs så kommer det inte att i formell mening påverka vilka kvalifikationer som personal ska ha för att arbeta självständigt inom vård och omsorg om äldre personer. Undersköterskors befogenheter och ansvar vid yrkesutövning förändras inte heller.

Personcertifiering

Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC) är en statlig myndighet som bland annat har som uppgift att ackreditera företag som i sin tur har till uppgift att certifiera personer mot uppställd kravspecifikation. Ackreditering är en kompetensprövning som görs enligt europeiska och internationella standarder. Den förekommer inom flera yrkesområden bl.a. svetsare, fibertekniker, miljöinventerare och sakkunnig om kulturvården.

Certifiering är ett sätt att bekräfta yrkeskompetens inom ett visst område. För detta krävs en tydlig kravspecifikation för yrket. Den kan grundas i myndighetsföreskrift, internationell standard eller branschdokument. Möjligheten att bli certifierad måste vara öppen för alla.

²²⁵ SFS 2016:937: Förordning om statsbidrag för regional yrkesinriktad vuxenutbildning.

En certifiering innehåller alltid:

- en examination av den sökandes kompetens där examinationen kan innehålla teoretiska och praktiska delar
- en övervakning av certifikatet som bekräftar att kompetensen hos den certifierade upprätthålls under certifikatets giltighetstid och omcertifiering vid förlängning av certifikatet

Ett certifikat kan ges för en period av t.ex. fem år. För att få certifikatet kan krav ställas upp om teoretisk grundutbildning, praktisk yrkeserfarenhet och allmän lämplighet. Det av SWEDAC utsedda ackrediteringsföretaget, som utför certifieringen, ansvarar för en kontinuerlig övervakning av att den certifierade yrkesutövaren uppfyller de krav som certifikatet innehåller. Det kan t.ex. vara fråga om krav om att hålla sig uppdaterad om nya bestämmelser som rör yrkesområdet eller genomgången fortbildning²²⁶.

En fördel med personcertifiering är att den sker inom en etablerad struktur, där underlag för auktorisation finns. Personcertifiering kan också ske stegvis på frivillig grund. Den är också möjlig att påverka allt eftersom då certifieringsperiodens längd, villkor samt hur indragning och förnyelse ska gå till kan förändras relativt enkelt.

Men personcertifiering har också nackdelar. Denna form av auktorisation genomförs på civilrättslig grund. Det innebär att yrkesgruppens befogenheter och ansvar inom socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård inte påverkas. Personcertifiering har, såvitt jag känner till, inte heller hittills tillämpats inom vård och omsorg, varför aktörerna inom verksamhetsområdet inte är förtrogna med systemet. Mot bakgrund av detta kan effekterna av personcertifiering bedömas bli begränsade ifråga om förbättrad säkerhet och trygghet för äldre personer, men också för undersköterskeyrkets attraktivitet.

²²⁶ www.swedac.se

Legitimation

I merparten västeuropeiska länder och i Norge och Danmark är undersköterska en legitimerad yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården. I Finland är undersköterska (närvårdare) ett reglerat yrke med skyddad yrkestitel, grundat i ett regelverk som avser socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I Sverige har tidigare yrkeskravsutredningen föreslagit en särskild lag om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre. Förslaget har inte genomförts.

Ett legitimationssystem kan genomföras på två alternativa sätt.

- Undersköterska (eller annan lämplig yrkestitel) blir ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården.
- Bestämmelser om auktorisation för undersköterska (eller annan lämplig yrkestitel) införs i socialtjänstlagen eller i en särskild lag som avser delar av socialtjänstens område (äldreomsorgen eller annan avgränsning).

Att göra undersköterska till ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården skulle bidra till en bättre patientsäkerhet, genom att kompetenskrav för yrkesverksamhet läggs fast nationellt. Tillsynsmyndigheten har upprepat påpekat brister i tillämpningen av nu gällande delegeringsbestämmelser. Med hänsyn till förväntad ökad förekomst av omfattande och sammansatta vårdbehov bland äldre personer som får kommunal vård och omsorg och ökade kvalitetskrav i vården är det angeläget att undersköterskors kompetens inom hälso- och sjukvården stärks och säkerställs. Detta gäller i synnerhet undersköterskors uppgifter inom läkemedelshandlingen, men även hälso- och sjukvårdsuppgifter i övrigt.

Detta torde kunna ske genom att denna legitimation och ansvar för denna yrkesgrupp regleras på motsvarande sätt som andra yrken där det enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen krävs legitimation. En sådan förändring skulle också skapa bättre förutsättningar för rörlighet och erkännande av yrkeskompetens inom EU/EES-området, då som nämnts flertalet länder inom detta område har legitimationssystem inom hälso- och sjukvården som inkluderar undersköterskor.

Ytterligare en fördel med att göra undersköterska till ett legitimerat hälso- och sjukvårdsyrke är att det skulle tydliggöra yrket, de yrkesverksammas befogenheter och ansvar och därigenom yrkets status.

En nackdel med detta alternativ är dock att legitimation endast kommer att avse hälso- och sjukvårdsuppgifter. Även om dessa ofta utförs av undersköterskor i samband med att omvårdnad enligt socialtjänstlagen utförs kommer legitimationen formellt endast avse yrkesutövning enligt hälso- och sjukvårdslagen. Genomsnittligt utgör denna för närvarande mellan 20 och 30 procent av yrkesgruppens arbetsuppgifter i kommunernas vård och omsorg. Det finns också en risk att legitimation inom ramen för patientsäkerhetslagen förstärker en hälso- och sjukvårdsprofil för yrkesgruppen. Det är min bedömning att undersköterskans yrkeskompetens bör vara sammansatt av sociala, pedagogiska och hälso- och sjukvårdsmoment.

Ett legitimationssystem för undersköterskor medför även visst administrativt merarbete. Med stöd av de danska erfarenheterna bör dessa dock vara begränsade när det gäller legitimation av personer som fått sin yrkesutbildning inom landet. Däremot uppkommer visst merarbete för prövning av yrkeskompetens för personer inom EU/EES och tredje land som söker sig till Sverige för yrkesarbete här.

Att införa legitimation för en så stor yrkesgrupp som undersköterskor inom ett verksamhetsområde under expansion och där inte alla anställda i utgångsläget har den yrkeskompetens som krävs för legitimation är självfallet grannlaga. Förberedelser för och genomförandet av en sådan förändring måste planeras noga och tillåtas ta tid. Erfarenheter från genomförandet av lärarlegitimation bör tas till vara.

En annan nackdel kan vara att undersköterskor skulle få olika formell ställning i sitt arbete beroende på om de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter eller socialtjänstsuppgifter. Men detta gäller för alla legitimerade yrkesgrupper. Arbetet kommer dels att avse socialtjänstinsatser utifrån den aktuella tjänstebeskrivningen, dels hälso- och sjukvårdsuppgifter med yrkesansvar. Redan i dag gäller detta då undersköterskor utför hälso- och sjukvårdsuppgifter efter delegation från legitimerad yrkesutövare.

Som jag nyss nämnt är ett alternativ till att göra undersköterska till ett legitimerat yrke inom hälso- och sjukvården att införa legitimation eller auktorisation inom socialtjänsten. En uppenbar fördel med detta skulle vara att merparten av de yrkesuppgifter som undersköterskor utför inom kommunernas vård och omsorg i dag skulle omfattas av en sådan reglering. Det skulle också stödja professionalisering av utförandet av socialtjänstuppgifter och bidra till ökad trygghet och säkerhet för äldre personer. På samma sätt som legitimation inom hälso- och sjukvården skulle ett sådant system stärka yrkets status.

En påtaglig nackdel med detta alternativ är att det inte finns något sådant system i Sverige för någon yrkesgrupp som utför uppgifter enligt socialtjänstlagen. För att genomföra detta skulle därför krävas ett omfattande utrednings- och lagstiftningsarbete där socialtjänstens lagstiftning ses över och personalen inom socialtjänsten ges en likartad ställning som inom hälso- och sjukvården.

Möjligen skulle även en kombination av legitimation inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, enligt finsk modell, kunna övervägas.

Min bedömning och mitt förslag

Inför legitimation för undersköterskor

Jag anser att tiden nu är mogen för att införa legitimation för undersköterskor inom hälso- och sjukvården. Det finns flera skäl till detta. Det främsta är att en sådan skulle bidra till att stärka trygghet och säkerhet, men också främja en evidensbaserad vård och omsorg om äldre personer. En stor andel av de äldre som får vård och omsorg har kognitiva nedsättningar, många har omfattande och sammansatta behov av stöd och är i hög grad beroende av personalen för att klara sitt dagliga liv. En betydande del av vård- och omsorgsarbetet utförs i äldre personers hem och oftast av en ensamarbetande undersköterska. Dessa förhållanden understryker vikten av att en kompetensnivå för undersköterskor måste säkerställas i hela landet, samt att de får ett tydligare ansvar inom hälso- och sjukvården

Under de senaste decennierna har såväl huvudmännen och utförare, som staten bidragit till omfattande utbildningsåtgärder för att uppnå uttalade mål om att alla undersköterskor ska ha yrkesut-

bildning för sitt arbete. Trots detta har fortfarande 4 av 10 inte sådan utbildning. Det visar att de satsningar som genomförts inte har varit tillräckliga. Det krävs därför ytterligare mått och steg för att säkerställa att alla äldre personer får tillgång till yrkeskompetent personal. Min bedömning är att införandet av legitimation för undersköterskor skulle skärpa kraven på berörda aktörer att dels utbilda tillräckligt mycket personal för att motsvara efterfrågan, dels i rekryteringsarbetet vinnlägga sig om att endast yrkeskompetent personal anställs.

Min bedömning är att införande av legitimation för undersköterskor kommer att främja såväl patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården som god kvalitet inom äldreomsorgen. Jag vill understryka att undersköterskan även framöver behöver ha en yrkesprofil som är sammansatt av sociala, pedagogiska och hälso- och sjukvårdsdelar. De yrkeskvalifikationer som ska krävas för legitimation behöver övervägas ytterligare. I det arbetet bör balansen mellan dessa delar beaktas. Genom att skapa en nationellt likvärdig kvalifikation för undersköterskor, knuten till legitimationen, gynnas undersköterskornas yrkesutövning såväl inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården, även om legitimationskravet formellt endast gäller utförandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Detta förhållande råder för övrigt både i Danmark, som bedöms ha en socialt präglad äldreomsorg, och i Norge.

Ytterligare ett skäl till att införa legitimationskrav är den ökande rörligheten bland vård- och omsorgspersonal. Det gäller såväl inom landet, som inom EU/EES och globalt. Det är min bedömning att kompetensförsörjningen gynnas av att Sverige knyter an till de regelverk och den praxis som finns inom EU/EES. Även på nationell nivå skapas ökad tydlighet och förutsägbarhet ifråga om kvalifikationskrav för undersköterskor mellan huvudmän och utförare. Genom att en kvalifikationsnivå läggs fast inom landet och att dess förhållande till kompetens som en person skaffat i något annat land klargörs skapas bättre förutsättningar för rörlighet.

Utöver de tre nämnda skälen vill jag också framhålla att legitimation för undersköterskor skulle bidra till att undersköterskeyrket blir mer attraktivt. Det skulle underlätta för huvudmän och utförare att rekrytera och behålla yrkeskompetent personal. Genom att tydliggöra sambandet mellan en specifik yrkesutbildning, en yrkestitel och yrkesverksamhet inom vård och omsorg skapas

klarhet om vilka kvalifikationer som krävs för arbetet. Yrkesgruppen ges ett erkännande samtidigt som elever och andra som överväger att söka till utbildning och arbete inom området får tydligare besked om vad som gäller i hela landet. Gymnasieutredningens förslag om att införa examenstiteln undersköterska på gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram är ett steg i rätt riktning. Det bidrar till att stärka sambandet mellan yrkesutbildningen och arbetslivet. Även bestämmelsen om att införa sammanhållna yrkesutbildningar inom yrkesvux bidrar till detta.

Slutligen är det min bedömning att arbetsorganisation och det dagliga arbetet skulle främjas av att befogenheter och ansvar för yrkesgruppen skulle lagfästas. Inom vård och omsorg fattas förlöpande en mängd beslut. För att bedriva en kvalificerad och flexibel verksamhet som motsvarar alla äldre personers individuella behov krävs att dessa beslut kan tas allt eftersom, samtidigt som de måste vara väl övervägda och grundade i kunskap och erfarenhet. Kravet på legitimation för yrket är ett led i att i första hand uppnå god patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, men de därmed förenade kompetenskraven kommer även att bidra till att god kvalitet i äldreomsorgen uppnås. Med hänsyn till den betydelse införandet av legitimation för undersköterskor har för patientsäkerheten, så är det min bedömning att förslaget inte heller strider mot proportionalitetsprincipen.

Undersköterskors förutsättningar att göra detta skulle gynnas av en legitimation, som ger dem tydligare och nationellt gällande befogenheter och ansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Det kan tilläggas att detta även från rekryteringssynpunkt är fördelaktigt. En viktig faktor för att främja trivsel och hälsa hos personal är att de ges självständighet inom ramen för sitt yrkeskunnande.

Mot bakgrund av detta anser jag att regeringen nu bör tillsätta en utredning för att klargöra några frågor och i direktivet till denna redovisa sin avsikt att legitimation för undersköterskor ska införas senast år 2025. Härigenom skapas klarhet om målet så att aktörerna inom utbildning och verksamhet kan anpassa sig till detta. Samtidigt ges en relativt lång övergångstid. Denna behövs dels för att ytterligare utreda och fatta beslut om de närmare formerna för legitimationen, dels för att uthålligt upprätthålla en hög kapacitet inom yrkesutbildningen, jfr avsnitt 8.6. Erfarenheterna av införande av legitimation för lärare bör också tas tillvara i förberedelsearbetet.

Några frågor som kräver ytterligare klargörande

Jag vill nämna några frågor som kräver ytterligare överväganden.

- Undersköterskor arbetar, förutom inom den kommunala vården och omsorgen om äldre, även inom landstingens hälso- och sjukvård och inom hälso- och sjukvård som bedrivs av privata vårdgivare samt inom kommunernas vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning. Det är rimligt att legitimationen avser allt yrkesarbete som undersköterskan utför inom hälso- och sjukvården, oberoende av huvudman, vårdgivare och utförare. Mitt uppdrag avser enbart vård och omsorg om äldre personer. I det fortsatta arbetet bör ställning tas till hur legitimation av undersköterskor bör utformas för att svara mot behoven inom dessa andra områden.
- Yrkestiteln undersköterska har betydande stöd inom yrkesgruppen. Även andra yrkesbenämningar förekommer dock. I tidigare utredningsarbete har också andra benämningar föreslagits, t.ex. äldreassistent och vård- och omsorgsassistent. Det är viktigt att yrkestiteln har brett stöd bland yrkesutövarna själva, men också bland utbildare och verksamhetsansvariga. Förutom denna utgångspunkt anser jag att en yrkestitel som inte markerar underordning och som är könsneutral är eftersträfvansvärd. Frågan behöver övervägas ytterligare.
- Jag har tidigare redovisat olika sätt att legitimera undersköterskor. Min bedömning är att nuvarande bestämmelser i patientsäkerhetslagen bör tillämpas i första hand. Om socialtjänstlagen av andra skäl revideras och bestämmelser om personalens ställning övervägs bör det som jag anført ovan beaktas. I ett fördjupat utredningsarbete behöver nödvändiga förändringar i gällande regelverk utredas och de ekonomiska konsekvenserna beräknas. Det är också önskvärt att närmare överväga vilka effekter införande av legitimation för undersköterskor inom hälso- och sjukvården kan få för yrkesgruppens arbete med omvårdnad som ges enligt socialtjänstlagen. Sannolikt kommer de positiva effekterna att ”spilla över” på socialtjänstuppgifterna. I regelverksrevisionen bör prövas om det finns möjligheter att ge någon form av legat stöd i denna del.

- En utredning som föreslår legitimationskrav för yrket måste även föreslå vilka bestämmelser som krävs med anledning av lagen om erkännande av yrkeskvalifikationer.
- Ytterligare en fråga som behöver övervägas ytterligare är vilka kurser inom gymnasieskolan och den kommunala vuxenutbildningen på gymnasial nivå som ska krävas för legitimation som undersköterska. För yrkesexamen inom kommunal vuxenutbildning motsvarande vård- och omsorgsprogrammet krävs totalt 2 400 poäng, varav 1 400 poäng i programgemensamma ämnen (yrkesämnen). Gymnasieutredningens förslag om införande av en undersköterskeexamen omfattar endast elever inom gymnasieskolan. Bland de elever som för närvarande studerar programgemensamma ämnen inom vård och omsorg inom den kommunala vuxenutbildningen är det få som även studerar gymnasiegemensamma ämnen upp till nivån 2 400 poäng. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre rekommenderar att den som ska arbeta med stöd och hjälp till äldre personer kan uppnå lämpliga kunskaper och förmågor genom godkända kurser om 1 100 poäng i de programgemensamma karaktärsämnena och 300 poäng i ämnet gerontologi och geriatrik inom vård- och omsorgsprogrammet. Tillräckliga kunskaper i svenska som kan uppnås genom godkänd kurs i det gymnasiegemensamma ämnet svenska eller svenska som andraspråk.

I det fortsatta utredningsarbetet i denna fråga bör övervägas om det för legitimation ska krävas yrkesexamen eller om det allmänna rådets nivå, eventuellt reviderat efter en översyn, ska anses tillräcklig. Om gymnasieutredningens förslag genomförs borde i så fall undersköterskeexamen uppnås efter 2 400 poäng i båda skolformerna. Skäl som talar för detta är att för självständig yrkesutövning som undersköterska torde krävas kunskaper i t.ex. matematik, samhällskunskap, engelska, religion på gymnasial nivå. Kvalifikationer inom dessa områden blir inte mindre viktiga för att en elev får sin utbildning inom komvux. Mot ett sådant krav talar att utbildningsvägen till undersköterskekompetens för personer som tidigare inte har någon gymnasial utbildning, men som i vuxen ålder vill skaffa sig sådan kompetens, förlängs med cirka ett år. Det ställer krav på yt-

terligare resurser i den kommunala vuxenutbildningen och medför kostnader för studiefinansiering.

Min bedömning är att inriktningen bör vara att yrkesexamen, eller en eventuell framtida undersköterskeexamen, ska krävas för legitimation som undersköterska. I det fortsatta utredningsarbetet bör övervägas om det bör finnas övergångsregler för personal som arbetat viss tid inom vården och omsorgen. En nationellt likvärdig validering med högre volym än i dag bör verksamt bidra till att fler kan få sin yrkeskompetens prövad i förhållande till de kvalifikationer som ställs upp.

Jag föreslår att en utredning skyndsamt tillsätts för att utreda de här nämnda frågorna samt eventuellt ytterligare frågor som kan tillkomma. Utredningen bör ges uppdraget att lägga fram förslag till erforderliga ändringar i berörda regelverk samt beräkna de ekonomiska konsekvenserna av reformen.

8.11 Bättre stöd till livslångt lärande

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med berörda intressenter, överväga hur det nationella kunskapsstödet behöver utvecklas för att bättre nå yrkesverksamma inom vård och omsorg om äldre personer. Syftet ska vara att fortlöpande öka yrkesverksammas förmåga att ge äldre personer god vård och omsorg.

I detta avsnitt tar jag upp frågan om hur statens stöd till icke-formellt och informellt lärande för personal inom vård och omsorg om äldre behöver utvecklas. I avsnitten 8.6, 8.7 samt 8.12 behandlar jag det formella lärandet för vuxna och deras möjligheter att skaffa sig yrkeskompetens inom vård och omsorg.

Omfattande kort icke-formell utbildning

Sverige ligger högst bland EU-länderna när det gäller vuxnas deltagande i utbildning. År 2011/2012 deltog 72 procent av den vuxna befolkningen 25–64 år i någon utbildningsaktivitet. Det generella

mönstret är att kvinnor deltar i utbildning mer än män, högutbildade mer än lågutbildade och inrikes födda mer än utrikes födda.

Det är den icke-formella²²⁷ utbildningen som helt dominerar vuxenlärandet. Av utbildningsaktiviteterna år 2011/2012 avsåg 10,2 miljoner av totalt drygt 11 miljoner icke-formell utbildning. Oftast var det fråga om kortare personalutbildning, men i ungefär vart tredje fall var utbildningsaktiviteterna längre än 50 timmar. Oftast var det arbetsgivarna som anordnade utbildningen och personal som arbetar på större arbetsplatser fick mer sådan utbildning. Anordnarna av personalutbildning gavs i fallande ordning oftast av andra företag, kommuner och statliga myndigheter, studieförbund och formella utbildningsinstitutioner. Drygt 80 procent av deltagarna i personalutbildning uppgav att de haft stor eller ganska stor användning av de kunskaper de fått genom utbildningen. Det var ovanligt att de icke-formella utbildningarna leder till utbildningsbevis eller certifikat i den bransch där personen ifråga är verksam eller i andra liknande verksamheter.²²⁸

Genomsnittligt används 2,1 procent av arbetstiden till personalutbildning. Högst är deltagandet i personalutbildning i landstingen (62 procent) och därefter i kommunerna (54 procent). Det är också inom verksamhetsområdena vård och omsorg, utbildning och forskning samt offentlig verksamhet och försvar som personalutbildning är vanligast.²²⁹ Bland anställda inom vård och omsorg uppgick personalutbildningen till drygt 3 procent av arbetstiden.²³⁰

Anställda som har eftergymnasial utbildning får tre gånger så mycket personalutbildning som anställda med förgymnasial utbildning. Kvinnors personalutbildning sker främst inom områdena

²²⁷ *Formellt lärande* äger rum vid inrättningar för allmän och yrkesinriktad utbildning och leder till erkända utbildningsbevis och kvalifikationer. *Icke-formellt lärande* äger rum vid sidan av gängse utbildningssystem och leder inte nödvändigtvis till formaliserade utbildningsbevis. Det kan tillhandahållas på arbetsplatsen eller genom organisationer och grupper i det civila samhället. Med *informellt lärande* avses sådant lärande som inte sker avsiktligt, men som sker fortlöpande som en naturlig del i vardagslivet utan erkännas, men som bidrar till utveckling av kunskaper och färdigheter.

²²⁸ Landell, Elin. *Underlagsrapport till analysgruppen Arbetet i framtiden. Uppdrag: Framtid*. Stockholm, 2016.

²²⁹ Statistiska Centralbyrån. *Vuxnas deltagande i utbildning 2011/2012*. Temarapport 2014:3. Stockholm: SCB, 2014.

²³⁰ Statistiska Centralbyrån:

www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Utbildning-och-forskning/Befolkningens-utbildning/Personalutbildningsstatistik/8992/8999/Andel-personalutbildningstid-av-total-arbetstid/

”medicin, hälsa, vård av sjuka och handikappade” samt ”arbetsliv, kvalitet och arbetsmetodik”. Bland män är utbildning inom områdena ”teknik och tillverkning” samt ”dataanvändning, programmering och systemering” vanligast.²³¹

De skillnader som finns i deltagande i icke-formellt livslångt lärande är relaterade till tre förhållanden: uppväxtvillkor, erfarenheter i ungdomsskolan samt de krav som ställs och de möjligheter som ges i arbetslivet. Personer som kommer från hem som inte ger den unge studiemotivation och som inte lyckas i skolan har sämre förutsättningarna är andra att delta. De som arbetar på arbetsplatser och i yrken där kraven på utveckling inte är uttalade och där möjligheterna att delta i utbildning är begränsade missgynnas också.²³²

Betydande informellt lärande

Det informella lärandet sker i vardagslivet eller i arbetet. Det kan ske medvetet och vara planerat som självstyrt lärande, deltagande i nätverk, handledning, konsultation eller mentorskap. Den största delen av det informella lärandet sker dock spontant och för individen omedvetet som en sidoeffekt av andra aktiviteter. Det informella lärandet kan vara positivt för individen och arbetsplatsen genom att ge såväl personlig utveckling som bidra till utveckling på arbetsplatsen. Men det informella lärandet kan även ha negativa effekter som passivisering, underordning och anpassning till icke önskvärda beteenden eller förhållningsätt.

Mänskligt handlande är i stor utsträckning baserat på rutin, är starkt beroende av omgivningen och grundas på intuition. Endast i undantagsfall grundas handlingar på i förväg uppställda mål och faktisk kunskap om olika handlingsalternativ och deras konsekvenser. En allvarlig konsekvens av detta är att sannolikheten för lärande som innebär nytänkande och förnyelse av verksamheten minskar. Förnyelse förutsätter beredskap för experimenterande,

²³¹ Statistiska Centralbyrån. *Personalutbildning* Första halvåret 2010. Sveriges Officiella Statistik, Statistiska meddelanden. UF 39 SM 1001.

²³² Ellström, Per-Erik. *Att lära hela livet. Om vanetänkande och förnyelse i arbete och vardag* i G.H. von Wright med flera *Handla! Om förändring, välfärd, arbete, lärande, konsumtion, arkitektur, design, kultur, framtid*. Stockholm: Nerenius & Santérus Förlag, 1997.

risktagande och tolerans för variationer i åsikter och handlingsmönster.

För att uppnå en ideal lärandesituation bör det finnas en balans mellan ett rutinbaserat arbete och ett reflekterat handlande. Det måste finnas förutsättningar för både avlärande och nylärande. Inte sällan krävs att individer, grupper eller organisationer subjektivt omdefinierar situationen. Förutsättningarna är också relaterade till arbetsuppgifterna och arbetsorganisationens utformning.

En viktig slutsats är dock att erfarenhetslärandet – det informella lärandet – inte kan stå på egna ben, utan måste stödjas av lärande genom formellt eller icke formellt lärande. Det krävs en kunskapsbas för observation och tolkning av olika handlingars konsekvenser eller effekter. Det är också nödvändigt med reflektion bland medarbetare, dvs. möjligheter att distansera sig ifrån och kritiskt granska den dagliga verksamheten med stöd av handledning.²³³

Nationellt stöd till icke-formellt och informellt lärande

Ansvar för att ett informellt och icke-formellt lärande inom vård och omsorg om äldre personer kommer till stånd ligger på huvudmännen och privata utförare. Staten har dock vid ett flertal tillfällen under senare år tillhandahållit olika former av stöd för lokalt arbetsplatsförlagt lärande. Jag beskriver översiktligt några sådana.

Demens ABC

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Den vänder sig till personal inom vård och omsorg och innehåller 10 kapitel med beräknad tidsåtgång om 20–30 minuter per kapitel. Utbildningen är avgiftsfri och kunskapstest avslutar utbildningen. I september 2016 hade drygt 165 000 personer genomfört Demens ABC.

Svenskt Demenscentrum har även *Demens ABC plus* – sex webbutbildningar för olika målgrupper (primärvård, bistånds-

²³³ Ellström, *ibid.*

handläggare, hemtjänst, särskilt boende, anhörig samt sjukhus). Syftet med utbildningarna är bl.a. att sprida kunskap och erfarenhet om hur man genom god vård och omsorg kan minimera användningen av lugnande medel och tvingande skyddsåtgärder.

Båda dessa utbildningar har utarbetats på uppdrag av regeringen.²³⁴

E-hälsa och välfärdsteknologi för socialtjänsten

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utarbeta en webb-utbildning som förmedlar kunskap om vad e-hälsa och välfärdsteknologi är. Den vänder sig främst till verksamma inom socialtjänsten på övergripande nivå. Kursen tar cirka 50 minuter att gå igenom och är avgiftsfri.

Utbildningen är utarbetad på uppdrag av regeringen.

Nationell värdegrund för äldreomsorgen

Från den 1 januari 2011 infördes nya bestämmelser i socialtjänstlagen om nationell värdegrund. Socialstyrelsen utvecklade utbildnings- och informationsmaterial för att stödja genomförandet. Myndigheten utarbetade en webb-utbildning om äldreomsorgens nationella värdegrund, som tar cirka 90 minuter att få del av. Den finns även i form av ett vägledningsmaterial som ger stöd för att använda den nationella värdegrunden i praktiken. Denna rapport har beställts i cirka 20 000 exemplar.

Vidare utarbetade Socialstyrelsen en folder på en rad språk samt genomförde en utbildning ”Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen”. Cirka 2 100 personer deltog i denna utbildning. Den följdes även av en fördjupningsutbildning. Utbildningarna var delvis webbaserade och upphandlades från flera lärosäten.²³⁵

²³⁴ Svenskt Demenscentrums webbplats:

<http://www.demenscentrum.se/Utbildning/Webbutbildningar1/demensabc/>

²³⁵ Socialstyrelsen. *Utveckling av värdegrundsarbete inom äldreomsorgen. Slutrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

Teknikcoacher

Myndigheten för delaktighet anordnar för närvarande utbildning i digital teknik, riktade till personal inom kommunal vård och omsorg. Syftet är att ge personal inom vård och omsorg om äldre personer mer kunskap om hur digital teknik kan användas som kognitivt stöd och hur man kan underlätta implementering av välfärdsteknik. Avsikten är att kursdeltagarna efter utbildningen ska kunna inspirera och stödja sina arbetskamrater och ta ett extra ansvar för teknikanvändningen, dvs. bli en teknikcoach.

Utbildningen genomförs vid två kurstillfällen och genomförs inom ramen för ett regeringsuppdrag om digitala tjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård.²³⁶

Socialstyrelsens kunskapsstyrningsuppdrag

Socialstyrelsen har som nationell förvaltningsmyndighet enligt sin instruktion (SFS 2015:284) ett omfattande kunskapsstyrningsuppdrag. Myndigheten ska bl.a. enligt 4 §:

- genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet,
- ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde,
- arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde.

Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad (11 §, andra stycket). Detta uppdrag preciseras i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av 2 § i förordningen framgår att ”styrningen ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård

²³⁶ www.mfd.se/nyheter/2016/utbildning-i-digital-teknik-som-kognitivt-stod/

och socialtjänst samt huvudmännen har.” De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning ska samverka i ett rådgivande organ – Rådet för styrning med kunskap. I detta råds uppdrag ingår bl.a. att verka för att kommunikationen av den statliga styrningen med kunskap gentemot användarna är samordnad (8 §).

Socialstyrelsen driver Kunskapsguiden, som är en nationell plattform som samlar kunskap inom evidensbaserad praktik, missbruk och beroende, psykisk ohälsa och vård och omsorg om äldre. Syftet är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning samt att främja att personal på alla nivåer använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna. Myndigheten samverkar i detta arbete med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkeemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Tandvårds- och läkeemedelsförmånsverket (TLV).²³⁷

En hållbar nationell struktur för kunskapsförmedling

Jag anser att det finns goda skäl att utveckla det nationella kunskapsstödet inom vården och omsorgen om äldre personer genom att förstärka förmedlingen av kunskap till olika aktörer, särskilt till yrkesverksamma. I detta betänkande har jag föreslagit skärpta krav på yrkeskunnande för personal och satsningar på formell utbildning för olika yrkesgrupper. Dessa förändringar krävs för att skapa goda förutsättningar för att huvudmän och andra utförare framöver ska kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet.

Vården och omsorgen om äldre personer är en stor verksamhet, som behöver växa ytterligare framöver för att möta en växande äldre befolkning. Många nya medarbetare och chefer kommer därför till verksamhetsområdet. Som jag tidigare argumenterat för kommer också kraven på god kvalitet och en kunskapsbaserad verksamhet att skärpas framöver.

²³⁷ Socialstyrelsens webbplats:
<http://www.kunskapsguiden.se/OmWebbplatsen/Sidor/default.aspx>

Det är bra att Sverige har en hög omfattning av personalutbildning, huvudsakligen i form av icke formellt lärande. Dessutom är det bra att vård och omsorg jämfört med andra branscher ligger väl till i detta avseende. Det icke formella lärandet och det informella lärandet knutet till arbetsplatserna kommer även framgent att ha en stor, ja kanske avgörande, betydelse för personalens möjligheter att hålla sig ajour med kunskapsutvecklingen och att bedriva ett ständigt förbättringsarbete. Huvudmännen och andra utförare har ansvaret för att organisera och leda verksamheten så att de kvalitetskrav som ställs på verksamheten uppnås.

För att det informella och det icke formella lärandet ska bli en verksam del i förbättringsarbetet och bidra till bättre måluppfyllelse krävs att arbetsplatserna präglas av en lärandekultur. Med detta menar jag att:

- det finns en närvarande enhetschef som har en ledande roll i förbättringsarbetet och som stöder varje anställd att utveckla sin yrkeskompetens,
- medarbetarna får regelbunden handledning, gärna av en extern handledare,
- medarbetarna ges förutsättningar i övrigt att reflektera över sitt yrkeshandlande vid arbetsplatsmöten.

Det finns goda skäl till att staten bidrar med underlag till informellt lärande och personalutbildning. Jag ser följande skäl till detta:

- Det finns stordriftsfördelar i att en nationell aktör utarbetar och tillhandahåller stöd till informellt lärande och personalutbildning.
- Vi befinner oss i ett teknikskifte där webbaserad utbildning, information knutet till beslutsstöd, verksamhetssystemen, appar, lärplattformar och andra it-baserade tjänster skapar påtagliga förbättringar i att målgruppsrelatera och förenkla stödet till lärande.
- Staten har ett övergripande nationellt ansvar för vården och omsorgen, som bl.a. tagit sig uttryck i en ny instruktion till Socialstyrelsen och en förordning om kunskapsstyrning som tydliggör statliga myndigheters ansvar inom detta område.

- Det finns områden där kunskap och kompetens saknas och där en nationell aktör kan ha större möjligheter att gå före vid utvecklandet och spridandet av kunskap om nya områden, exempel på det är åldrande och intellektuell funktionsnedsättning²³⁸ och alkohol och äldre.

Staten har förvisso under lång tid gjort stora satsningar på kunskapsförmedling inom vård och omsorg om äldre personer. Flera av dessa har också varit framgångsrika. Jag har nyss nämnt några av dem. Men det finns också problem som behöver lösas.

Alltför ofta sker satsningarna ad hoc, knutna till en reform eller politiskt beslut. De får härigenom mer karaktären av statlig styrning än kunskapsförmedling grundad i personalens behov. Satsningarna är också tidsbegränsade. Ett betydande problem är att statliga myndigheter som t.ex. Socialstyrelsen inte får medel för att förvalta de produkter som utvecklats med stöd av resurser inom ramen för särskilda regeringsuppdrag. Det leder ibland till att stora resurser som satsats på utveckling inte tas tillvara eftersom de utvecklade produkterna inte underhålls eller uppdateras och att utbildningsstödet inte får den livslängd som de skulle kunna ha. Det finns även risk för att det går slentrian i vilka former som används för att förmedla kunskap. Med det teknikskifte som vi befinner oss i är det nödvändigt att förmedlingsformerna kontinuerligt anpassas till de förutsättningar som den målgrupp man vill nå har och till vilken pedagogisk metod som passar för det aktuella området.

Jag anser att det nu krävs en nationell, uthållig, satsning på kunskapsförmedling till yrkesverksamma inom vård och omsorg om äldre personer. Den bör präglas av att:

- ta sin utgångspunkt i vård- och omsorgspersonals behov av kunskapsstöd och använda den form för förmedling som är mest ändamålsenlig för dem,
- utgå från nationella mål, bästa tillgängliga kunskap och de utmaningar som verksamheterna har,
- vara dynamisk och flexibel, samtidigt som den arbetar långsiktigt.

²³⁸ Med intellektuell funktionsnedsättning avser jag personer med utvecklingsstörning.

Min bedömning är att det är naturligt att överväganden om formerna för en sådan nationell förmedlingsstruktur som jag förordar tar sin utgångspunkt i det mandat som Socialstyrelsen nyligen fått när det gäller kunskapsstyrning. Det är dock inte självklart att Socialstyrelsen som myndighet ska vara den som utför det kunskapsförmedlande uppdraget i alla dess delar. Däremot är det önskvärt att den samverkansordning som lagts fast mellan vissa myndigheter och mellan staten och huvudmännen också används i detta sammanhang. Jag vill dock påminna om att det ifråga om kunskapsstyrning inom vård och omsorg om äldre personer också krävs nära samverkan med andra statliga myndigheter än de som nu ingår i rådet för styrning med kunskap. Det krävs också utvecklad samverkan med företrädare för yrkes- och fackliga organisationer samt brukar-, anhörig- och patientorganisationer samt pensionärsorganisationer.

Kunskapsguiden har inneburit att det är lättare att få del av aktuell kunskap inom bl.a. vård och omsorg om äldre personer. Men för att det underlag som presentas där, och på andra ställen, verkligen ska komma till användning i praktiskt förbättringsarbete krävs ofta mer. Det gäller både innehåll och form för förmedling. Interaktiva webb-baserade lösningar skapar stor flexibilitet för användare. Det sker också en snabb utveckling när det gäller appar som ger information och stöd i olika situationer. Detsamma gäller utveckling av de verksamhetsstöd som huvudmän och andra utförare har i sina verksamheter.

Jag har inte möjlighet att inom ramen för mitt uppdrag närmare utreda vilka former som en väl fungerande nationell kunskapsförmedlingsresurs bör ha. De överväganden som jag redovisat här bör därför läggas till grund för ett uppdrag till Socialstyrelsen att i samverkan med berörda samverkande statliga myndigheter, fackliga organisationer, yrkesföreningar, patient-, brukar- och pensionärsorganisationer, nationella kunskapscentrum samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Famna och Vårdföretagarna överväga formerna för en nationell kunskapsförmedlingsstruktur.

8.12 Nya krav och bättre förutsättningar för enhetschefer

Mina förslag: I socialtjänstförordningen regleras att i särskilda boendeformer, hemtjänst och dagverksamheter för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Detta krav ska dock inte gälla för utförare av hemtjänst som enbart utför serviceuppgifter.

Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag, att med utgångspunkt från tidigare genomförd nationell ledarskapsutbildning, utforma och upphandla en nationell ledarskapsutbildning för enhetschefer, som ansvarar för genomförande av kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre personer. Arbetet med att utforma utbildningen bör genomföras i samarbete med berörda intressenter.

Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning för enhetschefer och vad som i övrigt krävs med anledning av mitt förslag till ny bestämmelse i socialtjänstförordningen.

Mina bedömningar: För att säkerställa att äldre personer ska få trygg och säker vård och omsorg är det nödvändigt att det verksamhetsnära ledarskapet, enhetscheferna, har lämplig utbildning.

En nationell ledarskapsutbildning inom vård och omsorg om äldre personer bör erbjudas till enhetschefer och motsvarande och finansieras av staten, medan arbetsgivarna bör ansvara för personalkostnader m.m. i samband med genomförandet av utbildningen. Staten bör bjuda in företrädare för berörda arbetsgivare och arbetstagare till en dialog om vilka förutsättningar som bör gälla för genomförandet av ledarskapsutbildningen.

För att skapa bättre förutsättningar för god kvalitet i vård och omsorg om äldre personer samt en evidensbaserad verksamhet bör huvudmän och privata utförare begränsa antalet medarbetare per enhetschef. Staten bör fortlöpande följa upp antal medarbetare per chef. Ett nationellt mål om genomsnittligt antal medarbetare per chef bör uppnås. Med stöd av nuvarande kunskapsläge bör målvärdet vara 30 medarbetare per chef år 2028.

De vård- och omsorgsinsatser som kommunerna ansvarar för att ge till äldre personer är ofta en förutsättning för att skydda deras liv, personliga säkerhet och hälsa. De är också en förutsättning för äldre personers trygghet och värdighet. Enhetscheferna inom vården och omsorgen om äldre personer, den verksamhetsnära chefen, har ett omfattande och kvalificerat ansvar för att leda verksamheten så att den får god kvalitet. De har ofta en svår uppgift med ofta alltför många medarbetare att leda.

En ny bestämmelse i socialtjänstförordningen bör införas för att reglera att i särskilda boendeformer, hemtjänst och dagverksamheter för äldre ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt. Bestämmelsen föreslås dock inte gälla för utförare inom hemtjänst som enbart utför serviceuppgifter.

Socialstyrelsen har under åren 2013–2015 uppdragit åt tre lärosäten att genomföra en ledarskapsutbildning för enhetschefer inom äldreomsorgen. Erfarenheterna av denna utbildning är goda, varför en permanent sådan utbildning bör anordnas och utformas så att den når alla enhetschefer inom äldreomsorgen.

Det är också angeläget att enhetscheferna har en lämplig grundutbildning, ges tillräckliga stödresurser och har ett begränsat antal medarbetare att leda. Socialstyrelsen bör ges uppdraget att ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning och vad som i övrigt krävs med anledning av mitt förslag till ny bestämmelse i socialtjänstförordningen

I många verksamheter har chefen alltför många medarbetare för att kunna fullgöra alla sina arbetsuppgifter, t.ex. att vara delaktig i utveckling av verksamheten. I den handlingsplan som jag lägger fram bör ett uppföljningsmått vara hur många medarbetare en enhetschef har. Ett nationellt mål om antal medarbetare per chef bör ställas upp. Med stöd i nuvarande kunskapsläge bör ett målvärde vara 30 medarbetare per chef år 2028. Jag föreslår även att parterna på arbetsmarknaden vidtar lämpliga åtgärder för att få till stånd en sådan utveckling.

Vilka är enhetscheferna?

År 2015 fanns drygt 4 100 enhetschefer inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre personer. De ansvarar vanligtvis antingen för en enhet för särskilt boende för äldre eller för en enhet för hemtjänst och hemsjukvård, en enhet som omfattar hemtjänst enbart eller i kombination med dagverksamheter eller träffpunkter. Även andra avgränsningar och kombinationer förekommer. I den nationella yrkesklassificeringen beskrivs enhetschef inom äldreomsorgen på följande sätt: "Verksamhetsnära chef underställd mellanchefer, chef för förvaltning m.fl. Högsta chef i företag utan chefshierarki inom äldreomsorg. Planlägger och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal."²³⁹

Det är kommunerna, och privata utförare som verkar på kommuners uppdrag, som beslutar om organisationen av utförandet av tjänsterna. I alla organisationer finns någon form av ledningsorganisation med vissa personer som har ledningsansvar. På vilken nivå, hur omfattande dessa chefers ansvar är och vad de kallas ser olika ut. Mina överväganden och förslag avser personer som har ett verksamhetsnära ansvar för att ledningen av det dagliga arbetet bedrivs så att lagar, förordningar, föreskrifter och kommunens egna beslut uppfylls, och jag benämner dessa personer enhetschefer. Dessa chefer har vanligtvis även ansvar för enhetens ekonomi och personalfrågor.

Hälften av enhetscheferna har genomgått en högskoleutbildning om 120 poäng eller mer. Närmare fyra av tio har genomgått en eftergymnasial utbildning med en omfattning upp till två år. Drygt var tionde har inte någon eftergymnasial utbildning.²⁴⁰ Social omsorgsutbildning eller socionomutbildning är den vanligaste utbildningen och en betydande andel är sjuksköterskor. En mindre del har administrativ utbildning.²⁴¹

²³⁹ Här avses enhetschef enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) 2012, yrkesklassen 1532, enhetschef inom äldreomsorg, nivå 2. Enhetschefer har vanligtvis ansvaret för verksamhet, ekonomi samt personal inom en viss enhet eller område.

²⁴⁰ Socialstyrelsen: *bilagor till vägledande underlag för förslag till nationell ledarskapsutbildning*. Uppgifterna avser förhållandena 2010. Stockholm, 2011.

²⁴¹ Wolmesjö, M. och Karlsson, P-Å. Professionsutbildningsbakgrund och ledarskap inom äldreomsorgen. I Dellve, L och Wolmesjö, M. (red.) *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande. I en röra av vården och förutsättningar*. Vetenskap för profession 35:2016. Borås, 2016. Uppgifterna avser 474 enhetschefer verksamma i västra och södra Sverige som deltagit i den statliga ledarskapsutbildningen vid högskolan i Borås och som valt att delta i en forskningsstudie. I detta urval saknade cirka 40 procent högskoleutbildning.

Drygt nio av tio enhetschefer är kvinnor. Nästan hälften av enhetscheferna är mellan 50 och 66 år gamla, medan 5 procent är i åldrarna 18–29 år.²⁴²

Ledningsuppdrag med många medarbetare

Inom vård och omsorg om äldre personer i kommunerna har enhetscheferna ofta många underställda medarbetare. En jämförelse mellan teknisk verksamhet, socialtjänstens individ- och familjeomsorg och äldreomsorgen 2012 visade stora skillnader. Inom äldreomsorgen hade 72 procent av enhetscheferna 30 eller fler medarbetare, medan motsvarande andel inom teknik respektive individ- och familjeomsorg var 17 procent och 24 procent. Mer än varannan äldreomsorgschef ansåg att de hade för många medarbetare.²⁴³ Uppgifter från Socialstyrelsen visar att knappt 10 procent av enhetscheferna hade mer än 70 medarbetare och att cirka 20 procent, av cheferna inom hemtjänst, hade mellan 40 och 69 medarbetare.²⁴⁴

De bearbetningar Statistiska Centralbyrån gjort på mitt uppdrag visar att det genomsnittliga antalet medarbetare per chef i kommunernas vård och omsorg om äldre personer år 2009 var 54 medarbetare per chef och att antalet sedan dess ökat till genomsnittligt 60 medarbetare per chef år 2015.²⁴⁵

Personalomsättningen bland enhetschefer är hög. Av de enhetschefer som fanns i kommuner den 1 november 2014 fanns 73 procent kvar vid samma tidpunkt 2015, vilket innebär att 27 procent av dem hade lämnat enhetschefsarbete inom området under året.²⁴⁶

²⁴² Dessa uppgifter är hämtade från en specialbearbetning av lönestatistiken som Statistiska Centralbyrån genomfört på utredarens uppdrag. Uppgifterna avser enhetschefer anställda i kommunerna. De chefer som har sin huvudsakliga verksamhet inom vård och omsorg om äldre har inkluderats. I små kommuner kan de även ha ledningsansvar för omsorgen om personer med funktionsnedsättningar.

²⁴³ Vision. *Om bara chefer var bättre. Kvalitet i äldreomsorgen, lika enkelt som ledarskap?* Stockholm: Vision, 2013.

²⁴⁴ Socialstyrelsen. *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg*. Förslag och vägledande underlag. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011. Det saknas mer aktuella uppgifter om dessa förhållanden.

²⁴⁵ Metod och definitioner som använts i dessa beräkningar framgår av bilaga 5.

²⁴⁶ Uppgifterna kommer från Statistiska Centralbyrån, som på mitt uppdrag tagit fram dem. Här bör noteras att om en enhetschef vid uppföljningen den 1 november 2015 under hela månaden november var helt föräldraledig, helt sjukskriven eller ledig för studier, så räknas den personen som att hen slutat. Material och metod i beräkningarna redovisas närmare i bilaga 1.

Dessa uppgifter visar andelen enhetschefer som inte längre tjänstgör inom verksamhetsområdet vård och omsorg om äldre personer i kommunerna. Till denna andel ska läggas de chefer som byter arbete mellan olika enheter inom en kommun, mellan kommuner. Dessa uppgifter visar en mycket hög personalomsättning. Av en studie av chefer i Västra Götalandsregionen framkom att 40 procent slutat under en fyraårsperiod, exklusive de som slutade på grund av pensionering.²⁴⁷ Personalrörligheten bland chefer inom äldreomsorgen i Göteborgs stad har under de senaste åren varit 20–25 procent per år.²⁴⁸

Mätt på ett likvärdigt sätt visar uppgifter från SKL²⁴⁹ en personalomsättning bland chefer inom kommunsektorn som helhet om 10 procent, dvs. betydligt lägre än de 27 procent som SCB:s beräkning visar för enhetschefer inom vården och omsorgen om äldre personer.

Förutsättningar för värdebaserat ledarskap

Flera vård- och omsorgsorganisationer utvecklar värdebaserad ledning och styrning.²⁵⁰ I denna fokuseras värdet för den äldre personen, organiseringen av vård- och omsorgsinsatserna utifrån de äldres behov och mätning av kostnader relaterat till resultaten.²⁵¹ Hållbart ledarskap handlar om att hushålla med mänskliga resurser och värden. Ledare har en viktig uppgift att främja detta genom att påverka organisering och det sociala klimatet.²⁵²

Enhetschefen är verksamhetens motor och den sammanhållande länken mellan de äldre personernas behov, anhörigas krav och per-

²⁴⁷ Skagert, Katrin., Dellve, Lotta och Ahlberg, Gunnar jr.: A prospective study of managers' turnover and health in a healthcare organization. I *Journal of Nursing Management*, 2011, 20, 889-899.

²⁴⁸ Personlig uppgift från Katrin Skagert, Föreståndare för Centrum för Arbetsliv och vetenskap, Högskolan i Borås.

²⁴⁹ Personliga uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

²⁵⁰ Höglund, P.J., Essén, A., Choi, S., Ernestam, S., Kaarme, J. och Meovius, M. Värdebaserad vård – strategi för effektivare svensk sjukvård. Vården bör organiseras utifrån vad som ger värde för patienten. *Läkartidningen*, nr 47 2012 volym 109.

²⁵¹ Erichsen Andersson A., Bååthe, F., Wikström, E & Nilsson, K. Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration* 2015, Vol. 4, No. 4.

²⁵² Dellve, L. och Wolmesjö, M. (red.). *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande. I en röra av värden och förutsättningar*. Högskolan i Borås. Vetenskap för profession 35:2016.

sonalens intressen. Motstridiga krav skapar etiska dilemman som måste lösas.

Studier redovisar följande utmaningar för enhetscheferna:

- De ekonomiska förutsättningarna stämmer sällan överens med behoven bland de äldre personerna, vilket ställer stora krav på prioriteringar.
- Ansvar och befogenheter kan vara otydliga och kommunikationsvägarna svårhanterliga.
- Det finns glapp mellan den strategiska ledningen och den operativa verksamheten som förutsätter att enhetschefen kan hantera olika verklighetsuppfattningar mellan personal och strategisk ledning.
- En betydande utmaning är att leda medarbetare som har bristande förmåga att klara sina arbetsuppgifter, samt att ta emot och hantera stress, hälsoproblem och frustration över arbetet från medarbetare.
- Ansvaret för verksamhetsutveckling ökar, samtidigt som kraven om ekonomi i balans skärps och den administrativa bördan växer.
- Ledarskapet kan innebära konflikter mellan olika krav och uppgifter som kräver olika handlingsmönster, som ger tidskonflikter och fragmenterade arbetssituationer.
- Överbelastning i arbetet inkräktar på privatliv och möjligheter till återhämtning.²⁵³

En otydlig organisation leder till fler illegitima arbetsuppgifter.²⁵⁴ Ju fler underställda en chef har desto fler illegitima arbetsuppgifter har hen. Kvinnliga chefer rapporterar också något fler illegitima arbetsuppgifter än manliga. Detta bidrar till att chefens tillfredsställelse med den egna prestationen minskar och att stressen ökar. Chefer i kvinnligt dominerade verksamheter har fler underställda,

²⁵³ Wolmesjö, M. och Dellve, L. Chefers värdekonflikter och andra utmaningar. I Dellve, L. Wolmesjö, M. (red.) *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande. I en röra av värden och förutsättningar*. Högskolan i Borås. Vetenskap för profession 35:2016.

²⁵⁴ Med illegitima arbetsuppgifter avses arbetsuppgifter som normalt inte associeras med individens yrkesroll och professionella identitet.

sämre tillgång till administrativt stöd och rådgivning, upplever fler logikkonflikter och mer resurs- och styrningsbrist jämfört med chefer inom gymnasieskola och teknisk service.²⁵⁵

Det finns belegg för att antalet medarbetare som en chef har får betydelse för medarbetarnas förtroende för arbetsgivaren, arbetstillfredsställelse och engagemang i arbetet. Men också att personalomsättningen påverkas positivt av få medarbetare per chef. Det finns även studier som visar att antalet medarbetare per chef har betydelse för kvalitet och effektivitet i verksamheten. Det optimala antalet medarbetare per chef beror på vilken verksamhet som bedrivs, vilka mål som ska uppfyllas, i vilken omgivning organisationen verkar och vilken kompetens medarbetarna har.²⁵⁶

Med utgångspunkt i de arbetsuppgifter som en enhetschef inom vård och omsorg om äldre har (bl.a. medarbetarsamtal, lönesamtal, arbetsplatsträffar och andra återkommande möten) kan en övre gräns för antalet medarbetare per chef beräknas. Redan vid strax under 30 medarbetare har den tillgängliga årsarbetstiden överskridits. Denna typ av beräkning kan ses som ett målvärde. I verksamhet där personalrörligheten är hög och medarbetarnas yrkeskompetens låg krävs färre medarbetare per chef.²⁵⁷ Dessa förhållanden gäller för många arbetsplatser inom vård och omsorg om äldre personer. Av de undersköterskor som arbetade inom vård och omsorg om äldre i landet år 2014 fanns 18 procent inte kvar år 2015. Motsvarande uppgifter för vårdbiträden var 39 procent. På enhetsnivå är personalomsättningen högre, eftersom personal även byter anställning mellan olika enheter, privata utförare eller kommuner. Genomsnittligt har cirka sex av tio undersköterskor yrkesutbildning för sitt arbete. Förhållandet att personalrörligheten är hög och att yrkeskompetensen är låg inom vård och omsorg om äldre personer måste därför beaktas vid organisering och ledning av verksamheten.

Andra faktorer som har betydelse för ledarskapet är vilken geografisk spridning verksamheten har och vilka stödresurser i form av

²⁵⁵ Björk, L. *Contextualizing managerial work in local government organizations*. Gothenburg Studies in Work Science No. 13. Göteborg 2013.

²⁵⁶ Socialstyrelsen. *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?* Stockholm: Socialstyrelsen, 2006.

²⁵⁷ Socialstyrelsen. *Hur många direkt underställda kan en chef ha? – om kontrollspann i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.

personaladministrativt, ekonomiskt och IT-stöd som finns. Bra stöd från ledning och kollegor samt externa konsulter främjar också ett hållbart ledarskap.²⁵⁸

Enhetschefernas grundutbildning

De vanligaste grundutbildningarna bland enhetscheferna är den tidigare sociala omsorgsutbildningen, socionomprogrammet samt sjuksköterskeprogrammet.

Det sociala omsorgsprogrammet med inriktning mot äldre och funktionshindrade var en 3,5 årig högskoleutbildning som efter 140 poängs studier kunde avslutas med social omsorgsexamen och efter 160 poäng en filosofie magisterexamen. Utbildningen förberedde studenterna för arbete som arbetsledare, enhetschefer och biståndshandläggare inom vården och omsorgen om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Programmet upphörde under första decenniet av 2000-talet och ersattes av socionomprogrammet.

Socionomprogrammet omfattar 3,5 års studier och leder till socionomexamen. Programmet ger teoretiska och praktiska kunskaper för förebyggande, stödjande och behandlande socialt arbete bland personer i alla åldrar. Utbildningen förbereder studenterna för arbete inom flera samhällsområden. Den är en generalistutbildning där studenterna ges möjlighet genom valbara kurser att profilera sig mot olika kunskaps- och verksamhetsområden.

Flera lärosäten valde i samband med att det sociala omsorgsprogrammet avvecklats att i socionomprogrammet skapa en särskild inriktning mot arbete inom äldre- och handikappomsorg. Dessa har senare vid samtliga lärosäten avvecklats. I den utredning²⁵⁹ som låg till grund för denna förändring förordades även att lärosätena skulle skapa påbyggnadsutbildning på avancerad nivå som skulle ge fördjupande kompetens för uppgifter som chef och ledare bl.a. inom vården och omsorgen om äldre. Denna bedömning har även gjorts i utvärdering av socionomprogrammet

²⁵⁸ Dellve, L., Wolmesjö, M. & Bremer, A. Chefers stödresurser och ledarutbildning. I Dellve, L. Wolmesjö, M. (red.) *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande. I en röra av vården och förutsättningar*. Högskolan i Borås. Vetenskap för profession 35:2016.

²⁵⁹ Högskoleverket. *Social omsorgsutbildning och socionomutbildning. En översyn*. Stockholm: Högskoleverket, 2004.

som Högskoleverket genomfört.²⁶⁰ För närvarande bedriver inte något lärosäte sådan sammanhållen utbildning, däremot ges enstaka kurser såväl på grund- som avancerad nivå inom organisation och ledarskap.

Sjuksköterskeprogrammet omfattar tre års heltidsstudier (180 högskolepoäng) och ger en bred kompetens inom hälsovetenskap med profilämnet omvårdnad. Utbildningen förbereder för arbete inom hälso- och sjukvården och efter slutförd utbildning kan ansökan om legitimation lämnas till Socialstyrelsen. I utbildningen ingår kurser i ledarskap. Sådana kurser kan även ingå i den specialistutbildning, som finns bl.a. med inriktning mot vård av äldre.

Ledarskapsutbildning bland enhetschefer

Universitet och högskolor erbjuder fristående kurser i ledarskap med inriktning mot socialt arbete/social omsorg. En kartläggning av förhållandena 2010 visade att 21 lärosäten då erbjöd 40 sådana kurser. Två femtedelar av kurserna hade inslag av både värdegrund och operativa ledarskapsmoment. Tre av fyra utbildningar ingick i det ordinarie kursutbudet och en av fyra var uppdragsutbildning.²⁶¹ Vid ett tiotal lärosäten som hade sjuksköterskeprogrammet gavs även fristående kurser där ledarskap ingick som en del.²⁶²

Det saknas uppgifter om i vilken mån enhetschefer verksamma inom vård och omsorg om äldre personer genomgått denna typ av utbildning. Däremot finns en kartläggning som avser 345 chefer i södra och västra delarna av landet som genomgått den nationella ledarskapsutbildning som staten under 2013–2015 genomförde. Drygt hälften av dessa hade genomgått någon form av chefs- eller ledarskapsutbildning under betald arbetstid.²⁶³ Av de 190 chefer (55 procent) som fått utbildning hade 30 procent fått betald högskoleutbildning, medan en majoritet fått kortare utbildningar som inte

²⁶⁰ Högskoleverket. *Utvärdering av socionomutbildningen vid svenska universitet och högskolor*. Rapport 2009 36R, Stockholm: Högskoleverket, 2009.

²⁶¹ Socialstyrelsen. *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg. Förslag och vägledning underlag*. Bilaga 3. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

²⁶² Studera.nu www.studera.nu/jamfor-utbildning/?q=ledarskap+f%c3%b6r+sjuksk%c3%b6terskor&ce=e.uoh.hda.P_VSOCC.1780&p=1

²⁶³ Uppgiften avser annan chefs- eller ledarskapsutbildning än den som Socialstyrelsen upphandlat och tre lärosäten erbjudit.

var på högskolenivå. Av de som fått betald högskoleutbildning fick 13 procent en sådan med en omfattning om 30 högskolepoäng eller mer.²⁶⁴

Socialstyrelsen upphandlar nationell ledarskapsutbildning

Socialstyrelsen fick 2012 regeringens uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Den skulle baseras på ett förslag som myndigheten utarbetat²⁶⁵ och omfatta 30 högskolepoäng. Uppdraget avslutades vid slutet av 2015.

Utbildningarna bedrevs på kvartsfart, delvis på distans, vid tre lärosäten. Totalt deltog 924 enhetschefer från 209 kommuner i dessa utbildningar. Utbildningen omfattade fyra delkurser:

- den nationella värdegrunden för äldre
- lagstiftning och styrdokument som ledningsstöd
- ledarskap, medarbetare och organisation
- upphandling, uppföljning, förbättringskunskap och evidensbaserad praktik.

Utvärderingar efter kurserna visade att kurserna var relevanta och nyttiga. Kurserna fick goda omdömen och deltagarna var nöjda. Många ansåg att de stärkts i sin yrkesroll och att utbildningen borde vara obligatorisk för alla chefer.

De svårigheter som redovisades var avsaknad av tillräckligt stöd från arbetsgivare i samband med studierna, vilket ledde till en del avhopp. Knappast någon fick avlastning i ordinarie arbetsuppgifter. Utvärderingen visade även att ändamålsenliga lärplattformar behöver användas för att möjliggöra god dialog mellan deltagare och lärare.

²⁶⁴ Dellve, L., Wolmesjö, M., och Bremer, A. Chefers stödresurser och ledarutbildning. I Dellve, L. och Wolmesjö, M. (red.) *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande. I en röra av värden och förutsättningar*. Högskolan i Borås. Vetenskap för profession 35:2016.

²⁶⁵ Socialstyrelsen. *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg. Förslag och vägledande underlag*. Bilaga 3. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

Efter avslutad nationell satsning erbjuder ett lärosäte utbildningen i sitt reguljära kursutbud och två lärosäten erbjuder den som uppdragsutbildning.²⁶⁶

Rektorsprogrammet

En rektorsutbildning med frivilligt deltagande har funnits sedan 1970-talet. Skolverket fick 2008 regeringens uppdrag att utarbeta och upphandla en akademisk utbildning om 30 högskolepoäng, som skulle vara obligatorisk för rektorer. Motivet var att säkerställa att rektorer och motsvarande har de kunskaper som krävs för att leda verksamheten. Rektorsutbildningen är en befattnings- eller professionsutbildning som ska stärka rektorerna i deras yrkesroll.²⁶⁷

Obligatoriet innebär att kommuner, landsting och huvudmän för fristående skolor ska medverka till att samtliga rektorer som anställts efter den 15 mars 2010 ska delta i utbildningen, om de inte genomgått den äldre utbildningen. Utbildningen ska vara genomförd inom fyra år från tillträdesdagen som rektor.²⁶⁸

Bättre förutsättningar för ledning

Enhetscheferna har avgörande betydelse för att den kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer som jag lägger fram genomförs i praktiken. De har uppdraget att tillsammans med medarbetarna uppnå de mål som ställs upp för verksamheten. De ska verka för god kvalitet i vård och omsorg och se till att de resurser som ställs till förfogande används effektivt. Att skapa goda förutsättningar för enhetscheferna att aktivt delta i ledning och utveckling av vården och omsorgen har därför avgörande betydelse för möjligheterna att äldre personer ska få insatser av god kvalitet.

Jag har tidigare redovisat min bedömning om vilka förändringar i omvärlden och inom vården och omsorgen som sannolikt kom-

²⁶⁶ Socialstyrelsen. *Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

²⁶⁷ Socialstyrelsen. *Nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorg. Förslag och vägledande underlag*. 2011. Bilaga 4. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.

²⁶⁸ Förordning (2011:183) om befattningsutbildning för rektorer och annan personal med motsvarande ledningsfunktion i skola, förskola och fritidshem samt fortbildning för rektorer och förskolechefer.

mer att möta framtidens chefer. Jag vill lyfta fram några av särskild betydelse för enhetscheferna. Sannolikt kommer ökade krav på:

- individualisering, ett personcentrerat arbetssätt och god kvalitet på vården och omsorgen,
- ett ständigt pågående aktivt förbättringsarbete för att genomföra en kunskapsbaserad verksamhet,
- samverkan och samordning med andra aktörer inom vård och omsorg,
- öppenhet och dialog med intressenter som anhöriga, organisationer, företag och myndigheter,
- enhetschefens delaktighet i verksamhetsutveckling och att vara tillgänglig för medarbetarna för stöd och hjälp,
- enhetschefens arbete med rekrytering, organisering och utveckling av medarbetarna i samband med förväntat växande utmaningar i kompetensförsörjningen,
- arbetsplatsförlagt lärande och handledning av elever.

Även fortsättningsvis kommer sannolikt kraven på god resurshushållning att vara framträdande.

Enhetschefen måste ha en gedigen kunskap och erfarenhet från det verksamhetsområde hen ska leda. Det krävs både teoretisk utbildning och personlig förmåga att leda verksamheten.

Arbetet som enhetschef är tveklöst kvalificerat och blir än mer så framöver. Hen befinner sig i en roll där motstridiga förväntningar och krav från olika intressenter ska hanteras. I uppdraget att finnas till och handleda personal krävs en god pedagogisk förmåga och mycket goda kunskaper i omvårdnad. Personal möter dagligen äldre personer med stora och omfattande behov. De äldre personerna har sin sista tid i hemmet, med existentiella och etiska utmaningar för personalen. Allt oftare möter personalen äldre personer med komplexa medicinska tillstånd, alkohol- eller annat substansberoende, psykisk ohälsa och självmordstankar. Även i de situationer som personal inte har ett hälso- och sjukvårdsansvar, så är alla dessa behov och tillstånd närvarande och ska utföras med god kvalitet, enligt socialtjänstlagen.

Min bedömning är därför att det finns starka skäl att skapa bättre förutsättningar för enhetscheferna att klara sina åtaganden. Det gäller både som ett led i en nationell kvalitetsstrategi och utifrån vad som krävs för att kommunerna som huvudmän för de aktuella insatserna och privata utförare ska kunna säkerställa att äldre får trygg och säker vård och omsorg.

Utbildningskrav för chef för utförande av vissa äldreomsorgsinsatser behöver regleras

I 3 kap. 3 § andra stycket SoL, anges att det för utförandet av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Syftet är att alla insatser ska genomföras med god kvalitet och att äldre i behov av insatser ska få ett värdigt liv och känna välbefinnande.

De vård- och omsorgsinsatser som kommunerna ansvarar för att ge till äldre personer är ofta en förutsättning för att skydda äldre personers liv, personliga säkerhet och hälsa. De är också en förutsättning för äldres trygghet och välbefinnande. Utförare vid särskilda boenden och hemtjänst ska kunna säkerställa detta även vid vård och omsorg i livets slutskede. Det är ofta fråga om insatser som är omfattande och som innefattar omfattande personlig omvårdnad till personer som kan vara helt beroende av hjälpen. Ofta krävs svåra övervägande rörande hastigt uppkomna nödsituationer avseende personer som saknar eller har svårt att fatta egna beslut. Vidare ingår hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå i kommunens ansvar vid särskilda boenden och dagverksamheter. Även personal inom hemtjänsten utför ofta hälso- och sjukvårdsuppgifter som har delegerats till dem. Jag har i kapitel 13 beskrivit förutsättningarna vid särskilda boendeformer och redovisat ett underlag som visar att äldre personer som får vård och omsorg i dessa boendeformer ofta har mycket omfattande vård- och omsorgsbehov. Detta gäller även äldre personer som deltar i dagverksamheterna.

I kapitel 14 finns en beskrivning av hemtjänsten, där det bland annat framgår att det i hemtjänstinsatser ingår både omvårdnadsinsatser och serviceuppgifter. Omvårdnadsinsatser utgör personlig vårdnad till äldre personer som ofta är helt beroende av insatserna, och som jag nämnde ovan ingår ofta även hälso- och sjukvårdsupp-

gifter efter delegation. Många äldre personer har larm och måste garanteras trygghet i att få hjälp i akuta situationer eller vid hastiga försämringar. Dessa hemtjänstinsatser ges även i samband med vård i livets slutskede.

Enhetscheferna inom vården och omsorgen om äldre, som första linjens chefer, har ett omfattande och kvalificerat ansvar för att skapa säker och trygg vård och omsorg av god kvalitet. Dessa chefer har ofta avgörande betydelse för hur en verksamhet fungerar, om insatserna är av god kvalitet och att de genomförs med iakttagande av den äldre personens rätt till värdighet och välbefinnande. Det är också dessa chefer som genom ledning av det dagliga arbetet är den som ska skapa förutsättningar för trygg och säker vård. Rätt utbildning hos dessa chefer är ett nödvändigt skydd för de äldre som är beroende av de aktuella insatserna. I enlighet med vad jag har angett ovan så har god kvalitet och säkerhet i dessa insatser betydelse för äldre personers liv, personlig säkerhet och hälsa. Enhetscheferna eller motsvarande chefer som ansvarar för dessa verksamheter måste ha den utbildning som stärker deras förutsättningar att fullgöra detta ansvar. Det är därför som jag föreslår reglering av dessa chefers kompetens genom ett tillägg i socialtjänstförordningen. Kravet på lämplig utbildning för dessa personer, är med hänsyn till den vikt det har för äldre personers liv, personliga säkerhet och hälsa, inte heller mer ingripande än vad som är nödvändigt.

Motsvarande bestämmelser med krav för ledning av personal i insatser för andra grupper där behovet av sådana bestämmelser är särskilt stort finns både i socialtjänstförordningen och i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Jag anser också att det är på denna författningsnivå som denna bestämmelse till skydd för äldre i behov av vård och omsorg ska finnas. I enlighet med vad jag har redovisat ovan i detta avsnitt behövs regleringen till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet och hälsa i verksamhet för äldre personer och omfattas av bestämmelsen om bemyndigande i 16 kap. 10 § SoL.

Med serviceuppgifter avses bland annat praktiskt hjälp med hemmets skötsel – städning och tvätt – och hjälp med inköp, ärenden på post och bank och med tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Det finns kommuner som har organiserat sin hemtjänst så att det finns utförare som enbart utför ser-

viceinsatser. Jag anser inte att kravet på utbildning ska omfatta sådan utförare. Däremot anser jag att kravet ska omfatta både kommunala och privata utförare.

Mitt förslag till ny bestämmelse i 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen, SoF, avser endast verksamhet som är riktad till äldre personer. Jag är medveten om att hemtjänsten i vissa kommuner omfattar såväl till äldre personer som till personer med funktionsnedsättning. Bestämmelsen kommer att gälla även i sådan blandad verksamhet. I det fortsatta beredningsarbetet bör övervägas om den föreslagna bestämmelsen även bör gälla för annan verksamhet inom socialtjänsten. Mitt uppdrag begränsas till vård och omsorg om äldre personer.

Jag har i mitt förslag till utformning av tillägg i 2 kap. 3 § SoF föreslagit en formulering om att bestämmelsen om chefs utbildning ska gälla så långt som det är möjligt. Skälet till detta är att det vid bestämmelsens införande inte alltid är möjligt att tillgodose bestämmelsen om att enhetschefer ska ha den utbildning som krävs för att insatserna ska ge nödvändig trygghet, säkerhet och vara av god kvalitet. Men det är nödvändigt att alla chefer har sådan utbildning så snart som möjligt. Som jag redovisat tidigare hade för några år sedan cirka 10 procent av enhetscheferna inte någon högskoleutbildning. Den nationella ledarskapsutbildning som jag föreslår ska införas behöver utformas så att den kan nå samtliga enhetschefer under en tidsperiod om cirka 6 år. Det kan även finnas andra praktiska hinder för att en anställd enhetschef inte på kort sikt kan få del av den utbildning som jag anser nödvändig för att leda utförandet av insatser av god kvalitet och garantera nödvändig trygghet och säkerhet. Men kravet innebär att huvudmän och privata utförare såväl vid rekrytering som för anställd personal ska vidta de åtgärder som är möjliga för att leva upp till den föreslagna nya bestämmelsen.

Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning för enhetschefer och vad som i övrigt krävs med anledning av mitt förslag till ny bestämmelse i socialtjänstförordningen.

Det krävs lämplig grundläggande högskoleutbildning

Senast tillgängliga uppgifter om enhetschefernas grundutbildning visar att cirka hälften har en treårig högskoleutbildning och en av tio inte har någon eftergymnasial utbildning alls. Min bedömning är att alla enhetschefer bör ha examinerats från en grundutbildning på högskolenivå. Det kan vara fråga om program som riktar sig till området, som socionom och sjuksköterska, men även andra relevanta högskoleutbildningar. Detta innebär inte att de enhetschefer som i dag saknar högskoleutbildning inte skulle utföra ett gott arbete. Men ambitionen framöver bör vara den jag redovisat.

Vid tillståndsprövning för enskilt driven tillståndspliktig verksamhet enligt socialtjänstlagen kräver Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för närvarande att chefen för verksamheten ifråga har lämplig högskoleutbildning. Den utbildning för enhetschefer som arbetsgivarna finansierar i dag kan i huvudsak ses som fortbildning. Den är till en mindre del högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå.

De grundläggande utbildningarna till socionom och sjuksköterska har i dag en allmän inriktning. De förbereder för arbete inom ett brett yrkesfält. Det tidigare sociala omsorgsprogrammet och dess föregångare var snävare och hade därför ett större djup, vilket gav en bättre förberedelse för arbete specifikt inom vård och omsorg om äldre personer. När sociala omsorgsprogrammet avvecklades och ersattes av socionomprogrammet förutsattes att fördjupande utbildning skulle erbjudas på avancerad nivå, bl.a. för enhetschefer. Som jag tidigare redovisat finns ett relativt stort utbud av enstaka kurser av relevans för chefer, både knutna till socionomprogrammet och sjuksköterskeprogrammet.

Min bedömning är att det är rimligt att de grundläggande utbildningarna är generalistutbildningar. Men detta förutsätter att det finns ett tillräckligt utbud av kurser på avancerad nivå som ger den fördjupning som krävs för specifika arbetsfält och yrkesroller, som enhetschef inom vård och omsorg om äldre personer. Det gäller dels kurser inom gerontologi och geriatrik, dels organisation och ledarskap. Men för att lärosäten ska erbjuda sådana kurser krävs också en efterfrågan. Här har arbetsgivare och medarbetare ett ansvar att artikulera och adressera behov av utbildning till lärosäten.

En permanent nationell ledarskapsutbildning

Mot bakgrund av detta samt de varierande utbildnings- och erfarenhetsbakgrunder som enhetscheferna har är det motiverat att permanenta den nationella ledarskapsutbildning som genomfördes under åren 2013–2015. I den satsningen fick knappt var fjärde enhetschef del av den nationella ledarskapsutbildningen. Min uppfattning är att alla enhetschefer bör genomgå en sådan utbildning, men att det ska finnas möjlighet att godkänna andra utbildningar med motsvarande innehåll.

Den nationella ledarskapsutbildningen ska vara en vidareutbildning på avancerad nivå som ger stöd till enhetschefer att genomföra intentionerna i nationella regelverk. Syftet bör vara att:

- förmedla kunskap om nationella regelverk,
- öka chefernas förmåga att leda evidensbaserat förbättringsarbete,
- ge kollegialt stöd och stärka cheferna i deras yrkesroll.

Utbildningen bör ges som uppdragsutbildning för att kunna utformas på bästa sätt för att svara mot dessa syften. Med stöd av erfarenheterna från den ledarskapsutbildning som genomfördes under åren 2013–2015 bör innehåll och uppläggning övervägas på nytt inför en ny upphandling.

Ett problem under den genomförda nationella ledarskapsutbildningen var att cheferna inte fick tillräckligt stöd och avlastning i sitt ordinarie arbete under sina studier. En viktig förutsättning för att studierna kan bedrivas på ett bra sätt, men också för att utbildningen ska få önskad effekt i verksamheten, är att förvaltnings- respektive företags-/organisationsledningen stödjer enhetschefen och ger hen möjligheter att bedriva studierna både på hemmaplan och på lärosätet. Utbildningen är inte enbart till för att rusta enhetschefen utan är också ett stöd till huvudmän och företag/organisationer för att klara sina åtaganden bättre.

Jag föreslår att regeringen ger i uppdrag till Socialstyrelsen att närmare utforma, upphandla och följa upp utbildningen med de utgångspunkter jag redovisat. Arbetet bör genomföras i samverkan med parterna på arbetsmarknaden och berörda statliga myndigheter.

Regering bör vidare verka för att statens finansieringsansvar för utbildningen i en överenskommelse balanseras genom ansvar för arbetsgivarna att svara för de kostnader, som är förbundna med att personal genomgår utbildningen, så att det blir möjligt för alla berörda chefer att gå utbildningen på rimliga villkor.

Utbildningen behöver ges en dimensionering och spridning i landet som ger alla enhetschefer, som inte tidigare genomgått utbildningen, möjlighet att få del av den inom rimlig tid. Även nytillträdda chefer måste kunna få del av den inom något år efter att hen tillträtt.

År 2015 fanns cirka 4 100 enhetschefer, varav drygt 900 redan genomgått den nationella ledarskapsutbildningen. Av de enhetschefer som fanns i kommuner i november 2014 fanns 73 procent kvar samma månad 2015, vilket innebär att 27 procent av dem hade lämnat enhetscheferarbete inom området. Om man räknar bort de som inte lämnat branschen kan personalomsättningen skattas till cirka 20 procent.²⁶⁹

Under den aktuella perioden för den nationella kvalitetsplanen kommer vården och omsorgen om äldre att behöva byggas ut av demografiska skäl och fler enhetschefer behövas av detta skäl. Antalet chefer kommer även att behöva utökas för att minska antalet medarbetare per chef. Som jag beskrivit ovan hade 2015 enhetschefer i genomsnitt 60 medarbetare, medan en rimlig nivå ligger på hälften eller färre medarbetare. Sammantaget gör jag bedömningen att den nationella ledarskapsutbildningen bör dimensioneras för att årligen kunna ge cirka 2 000 enhetschefer möjlighet att påbörja sådan utbildning årligen under perioden 2020 till 2026.

²⁶⁹ Enligt personliga uppgifter från SKL var 3 procent av cheferna, totalt sett inom kommunsektorn, 2015 helt föräldralediga, helt sjukskrivna eller lediga för studier i november månad. Till detta ska läggas avgångar till privata utförare. Omfattningen av dessa har inte kunna utredas. Om dessa antas vara cirka 5 procent kommer den andel enhetschefer som lämnar sina jobb inom branschen under ett år att vara cirka 20 procent, jämfört med genomsnittet för kommunala chefer om 7 procent. Slutsatsen bör vara att den verkliga personalomsättningen, av relevans för dimensioneringen av ledarskapsutbildningen, mellan åren 2014 och 2015 låg någonstans mellan 7 procent och 20 procent av enhetscheferna.

Erkännande av yrkeskvalifikationer

Jag har i avsnitt 8.9 kortfattat beskrivit det nationella- och EU-regelverket som rör personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt reglerade yrken inom hälso- och sjukvården.

I 5 § punkt 2 lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer framgår att med reglerat yrke avses yrkesverksamhet där det genom lag, förordning eller andra föreskrifter, direkt eller indirekt, krävs bestämda yrkeskvalifikationer för att få tillträde till eller utöva verksamheten eller någon form av denna eller använda en viss yrkestitel.

I förarbetena anges om vad som omfattas av lagen bland annat följande:

Den svenska regeringen har tidigare haft en relativt restriktiv hållning i fråga om vad som är att betrakta som reglerade yrken i direktivets mening. De yrken som Sverige har anmält till EU-kommissionen är de som skulle kunna kallas traditionella yrken, exempelvis ett antal vårdyrken, veterinär och lärare. Samtliga legitimationsyrken är anmälda, liksom de yrken där titlarna är skyddade. Därutöver har restriktivitet rätt när det gäller vilka yrken som betraktas som reglerade.

Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet har i sitt betänkande *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande* (SOU 2014:19) bedömt att ett antal yrkesverksamheter som inte tidigare har ansetts falla inom direktivets definition bör utgöra reglerade yrkesverksamheter i direktivets mening.²⁷⁰

I nämnda betänkande anges beträffande dessa tillkommande yrken följande:

Med utgångspunkt i yrkeskvalifikationsdirektivets definition av vad som utgör ett reglerat yrke har utredningen identifierat ett flertal tillkommande yrken som utifrån hur regleringen ser ut för närvarande bedöms falla inom direktivets tillämpningsområde. Gemensamt för dessa yrken är att det ställs krav på att yrkesutövarna ska inneha bestämda yrkeskvalifikationer, i form av viss utbildning. Det är den inhämtade kunskapen som är avgörande, inte i vad mån detta manifesterats i ett särskilt yrkesbevis eller dyl. Direktivet bör därför genomföras även för dessa yrken.²⁷¹

²⁷⁰ Proposition 2015/16:44. *Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet* s. 36.

²⁷¹ SOU 2014:19. Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet. *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande*. s. 304.

Den bestämmelse som jag föreslår ska införas i socialtjänstförordningen innebär inte någon reglering av ett visst yrke, och det kommer att finnas olika möjligheter att uppnå förordningens krav på lämplig utbildning. Min bedömning är därför att bestämmelsen inte omfattas av lagen.

Som framgått tidigare i detta avsnitt föreslår jag att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag ta fram vägledning för vad som är lämplig utbildning för enhetschefer. I detta uppdrag bör ingå att beakta lagstiftningen om erkännande av yrkeskvalifikationer.

Färre medarbetare per chef

Jag har lagt förslag som innebär att enhetschefernas förmåga att leda vården och omsorgen om äldre personer stärks. Men de måste också ha rimliga uppdrag. Enhetschefen har ansvaret för den dagliga ledningen av verksamheten, för arbetsmiljöarbetet och för utvecklingen av vården och omsorgen. Det är angeläget att de ges goda förutsättningar att bedriva ett ledarskap som präglas av att de är närvarande för personal och äldre personer, att de har tillit till personalen och att de är engagerade i sitt uppdrag.

Sedan flera år har antalet medarbetare per enhetschef uppmärksamats och diskuterats. I flera kommuner har förbättringar genomförts. Men som jag beskrivit tidigare har trots detta antalet medarbetare per chef genomsnittligt ökat från 54 år 2009 till 60 medarbetare per chef år 2015. Det innebär att alltför många enhetschefer har betydligt fler medarbetare än som är rimligt för att klara sina åtaganden. Jämfört med andra verksamhetsområden inom vård och omsorg har cheferna inom äldreområdet betydligt fler medarbetare och jämfört med manligt dominerade yrkesområden är skillnaderna ännu större.²⁷² Från ett jämställdhets- och kvalitetsperspektiv är dessa förhållanden inte acceptabla.

Det är utförarnas ansvar att organisera sina verksamheter. Det finns olika förutsättningar geografiskt, organisatoriskt och kompetensmässigt. Ledaruppgifter kan fördelas på flera personer och administrativa stödresurser kan avlasta cheferna.

²⁷² Arbetsmiljöverket. *Projektrapport – Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning*. Rapport 2014:3. Stockholm: Arbetsmiljöverket, 2014.

För att skapa goda förutsättningar för ett väl fungerande ledarskap anser jag att utförarna där enhetscheferna har många medarbetare bör överväga att begränsa antalet genom att inrätta fler chefstjänster. Lokala förhållanden måste avgöra lämpligt antal medarbetare inom varje enskild verksamhet, men min bedömning är att ett nationellt mål bör ställas upp. Målet bör grundas i nuvarande kunskapsläge, som innebär att 30 medarbetare per enhetschef bör uppnås 2028. En indikator som beskriver antalet medarbetare per chef bör skapas och följas upp inom ramen för den handlingsplan som jag nu lägger fram.²⁷³

Min bedömning är alltså att huvudmän och privata utförare bör verka för att minska antalet medarbetare per enhetschef. Staten bör stödja denna utveckling genom att fortlöpande följa upp utvecklingen på kommun respektive privat utförare och genom att sätta upp ett nationellt mål, som uttrycker ett målvärde, om t.ex. 30 medarbetare per chef, senast ett angivet år. Skälet till att välja högst 30 medarbetare per chef är att det enligt tillgängliga studier, som jag nyss redovisat, är ett högsta antal för att klara de uppgifter som en enhetschef vanligtvis har. Med hänsyn till den relativt höga personalomsättningen och den låga genomsnittliga formella kompetensnivån bland medarbetarna är det mycket som talar för att det kan vara lämpligt att ha färre än 30 medarbetare per chef. Till detta bidrar även enhetschefernas ansvar för den psykosociala arbetsmiljön, där brister i dag bidrar till de höga sjuktalen inom verksamheten. Målvärdet om 30 medarbetare per chef bör kunna användas de närmsta åren, men behöver övervägas på nytt när det genomsnittliga antalet medarbetare per chef minskat.

Regeringen har identifierat sju områden som behöver utvecklas och där åtgärder behöver vidtas under mandatperioden för att öka hälsan i samhället, bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron. Det är avgörande att alla berörda aktörer ger sjukfrånvaron den prioritet frågan både kräver och förtjänar.²⁷⁴ Hit hör bl.a. ökad jämställdhet och bättre arbetsmiljö. Som ett led i detta

²⁷³ Med enhetschef avses anställda som tillhör kategorin 1532 i SSK2012, Enhetschefer inom äldreomsorg, nivå 2. Det är verksamhetsnära chefer underställd mellanchef eller chef för förvaltning. De planlägger och leder den dagliga verksamheten samt ansvarar för personal. Ofta har de även ett ekonomiskt resultatansvar. Med medarbetare bör all underställd personal oberoende av anställningsform eller sysselsättningsgrad tas med.

²⁷⁴ www.regeringen.se/rapporter/2015/09/atgardsprogram-for-okad-halsa-och-minskad-sjukfranvaro/

arbete har regeringen haft överläggningar med parterna på arbetsmarknaden.

Parterna i kommun- och landstingssektorn har mot denna bakgrund träffat en avsiktsförklaring om åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting. En punkt i denna avsiktsförklaring är att parterna har ett gemensamt ansvar att förbättra styrning och ledning för hållbar hälsa och minskad sjukfrånvaro. Inriktningen är att chefer i verksamheterna måste få rätt förutsättningar att utöva ett närvarande, tillitsfullt och engagerande ledarskap och kunna ta det operativa ansvaret för arbetsmiljöarbetet i dess helhet. I detta ingår bl.a. frågor om antalet medarbetare per chef, sett i förhållande till verksamhetens art och uppdrag. Konkret har parterna åtagit sig att ”sprida forskning och verksamhetsexempel på hur man kan förbättra chefers organisatoriska förutsättningar och utöva sitt ledarskap, bl.a. om vad som är ett rimligt antal medarbetare och att det finns en rimlig balans för medarbetarna mellan krav, resurser och stöd i arbetet.”²⁷⁵

Parternas avsiktsförklaring ligger helt i linje med mina bedömningar om vad som behöver göras. Min förhoppning är därför att statens åtgärder ska bidra till att förstärka parternas fortsatta arbete för att skapa goda förutsättningar för enhetschefernas arbete.

8.13 Nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen

Mitt förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och upphandla en nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Utbildningen ska ha fokus på äldre personers rättigheter, åldersdiskriminering, jämställdhet, jämlikhet och bemötande samt behovsbedömning vid komplexa och sammansatta behov vid handläggning av ärenden inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen. Uppdraget bör genomföras i samarbete med berörda intressenter.

²⁷⁵ <https://skl.se/download/18.3fa26af2156917472e723a02/1471600314856/Avsiktsf%C3%B6rklaring+om+%C3%A5tg%C3%A4rder+f%C3%B6r+friskare+arbetsplatser+i+kommuner+och+landsting+19+augusti+2016.pdf>

Biståndshandläggarna inom äldreomsorgen har en mycket viktig och central roll när de har kontakt med enskilda äldre personer och deras anhöriga och, på socialnämndens uppdrag, handlägger och fattar beslut i ärenden rörande bistånd enligt socialtjänstlagen. Det är ett kvalificerat arbete som är av stor betydelse för den äldres rättssäkerhet och för socialnämndens ansvar för att fullgöra nämndens skyldigheter enligt socialtjänstlagen och övrig lagstiftning inom området.

I avsnitt 8.11 har jag redovisat socionomutbildningens utformning och innehåll i förhållande till äldreomsorgens nuvarande och framtida krav på yrkeskompetens. I kapitlet 13 om boende för äldre personer och kapitel 14 om Flexibla former för handläggning och beslut tar jag upp biståndshandläggarnas arbetsformer och metoder i arbetet.

Vilka är biståndshandläggarna?

År 2014 fanns det 3 368 biståndshandläggare med månadslön inom äldreomsorgen. Av dessa var 95 procent kvinnor och 5 procent män. Antalet årsarbetare var 2 900, och det är fler män än kvinnor som arbetar heltid. Cirka 50 procent av biståndshandläggarna är i åldern 30–49 år, drygt 30 procent i åldern 50–64 år och knappt 20 procent i åldern 18–29 år.²⁷⁶

Det finns ingen nationell statistik tillgänglig som redovisar vilken utbildning biståndshandläggare har. Se vidare avsnitt 8.12.3 Biståndshandläggarnas grundutbildning.

I kommunundersökningen 2014 ställde Socialstyrelsen frågor om hur stor andel av de heltidsarbetande biståndshandläggare inom äldreomsorgen som arbetat högst 3 år respektive 3 år eller längre den 1 mars 2014. Enligt svaren som Socialstyrelsen redovisade i Öppna Jämförelser 2014 hade på riksnivå 33 procent av biståndshandläggarna arbetat högst 3 år och 69 procent arbetat 3 år eller mer.²⁷⁷

²⁷⁶ Sveriges Kommuner och Landsting: bearbetning av personalstatistik på utredningens uppdrag.

²⁷⁷ Socialstyrelsen. *Öppna Jämförelser Vård och omsorg om äldre 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.

I samma kommunundersökning ställde Socialstyrelsen även en fråga om hur stor andel av biståndshandläggarna inom äldreomsorgen som slutat det senaste året. Resultatet på nationell nivå var 9 procent.²⁷⁸

Socialstyrelsens allmänna råd om kompetens för biståndshandläggare inom äldreomsorgen

Hösten 2007 beslutade Socialstyrelsen om allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer (SOSFS 2007:17). I det allmänna rådet ges rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet enligt 3 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Socialstyrelsen rekommenderar att personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer bör ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Vidare rekommenderar Socialstyrelsen att den personal som saknar erfarenhet av arbete med handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer under en period av minst ett år bör få planerad introduktion, planerat stöd samt successivt få ta ansvar för ärenden.

I de allmänna råden redovisas sju kunskapsområden som biståndshandläggaren behöver ha teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter inom. Det är följande områden:

- äldre och åldrande
- utredning och beslut
- samtal och relationer
- samverkan och samordning
- regelverk och rättsutveckling
- insatser
- uppföljning och utvärdering.

²⁷⁸ Socialstyrelsen. *Öppna Jämförelser Vård och omsorg om äldre 2014*. Stockholm, Socialstyrelsen, 2015.

Vidare framgår av Socialstyrelsens allmänna råd att biståndshandläggaren bör ha ett professionellt förhållningssätt för att bl.a. kunna sätta den äldre personens behov i fokus och säkerställa den äldre personens delaktighet och inflytande.

I allmänna råden framhåller Socialstyrelsen att biståndshandläggarna bör få kontinuerligt stöd och tillgång till handledning. Personalen bör genom vidareutbildning på avancerad nivå fördjupa eller bredda sina kunskaper på sakområdet.

Biståndshandläggarnas grundutbildning

Socialstyrelsen har inom ramen för Öppna Jämförelser inom vård och omsorg om äldre vid några tillfällen, senast år 2013, ställt en fråga om biståndshandläggarnas utbildning. Frågan är utformad så att kommunen ska ange hur stor andel av biståndshandläggarna inom äldreomsorgen som den 1 oktober 2012 hade adekvat utbildning, vilket definieras i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17).

Enligt de svar som Socialstyrelsen fick in och redovisade i Öppna Jämförelser 2013 hade 96 procent av handläggarna socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Bortfallet på frågan är dock ganska omfattande och avser såväl små kommuner, som stora stadsdelsförvaltningar i Stockholm och Göteborg.²⁷⁹

Det finns flera skäl till att nämnda resultat bör tolkas med försiktighet. Det relativt stora bortfallet är ett skäl. Metoden med att kommunerna själva rapporterar in svaret och att det inte är klart hur kommuner kvalitetssäkrar svaren genom kontroll mot betyg och examensbevis är ett annat skäl. Vidare omfattar Socialstyrelsens allmänna råd socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. Det sistnämnda kan då avse flera utbildningar enligt olika studieordningar från år 1977 och framåt. Mot bakgrund av åldersfördelningen inom gruppen biståndshandläggare kan antas att det finns medarbetare vars grundutbildning är föregångaren till sociala omsorgslinjen – sociala ser-

²⁷⁹ Socialstyrelsen. *Öppna Jämförelser Vård och omsorg om äldre 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

vicelinjen på högskolenivå. Dessa medarbetare kan självklart ha genomgått vidareutbildningar och fortbildningar under de cirka 30 år de har varit yrkesverksamma.

En försiktig slutsats är att en stor andel av biståndshandläggarna inom äldreomsorgen har någon form av högskoleutbildning.

De vanligaste grundutbildningarna bland biståndshandläggare inom äldreomsorgen är den tidigare sociala omsorgsutbildningen och socionomprogrammet. Det finns också biståndshandläggare inom äldreomsorgen som har examen från sjuksköterskeprogrammet eller arbetsterapeutprogrammet eller tidigare studieordningar från dessa utbildningar som grundutbildning.

Nationell högskoleutbildning för LSS-handläggare

Under åren 2015–2016 har staten gjort en satsning för att stärka kvalitet, säkerhet och likvärdighet i verksamheter inom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Satsningen omfattade bl.a. en utbildning för handläggare som prövar ansökningar om LSS-insatser.²⁸⁰

I regleringsbrevet för 2014 fick Socialstyrelsen i uppdrag att upphandla en utbildning för LSS-handläggare som skulle genomföras under åren 2015–2016. Uppdraget avser en utbildning på högskolenivå som ska bygga på högskoleutbildning på grundnivå och utbildningen ska omfatta 7,5 högskolepoäng. Utbildningen skulle genomföras under en termin, dvs. på kvartsfart och kostnaden fick uppgå till högst 15 000 kronor per plats. Utgångspunkten för utbildningen är den allmänna inriktningen i LSS samt FN:s konvention om mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Uppdraget skulle genomföras i samråd med organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt berörda brukarorganisationer.

Socialstyrelsen arbetade fram ett underlag för utbildningen och efter upphandling har den tillhandahållits vid tre lärosäten. Utgångspunkten för omfattningen var att det fanns cirka 800 LSS-handläggare. Målgrupp för utbildningen var handläggare som prövar ansökningar om insatser enligt LSS. Även handläggarnas

²⁸⁰ Proposition 2013/14:1. *Budgetpropositionen Utgiftsområde 9* s. 191

chefer fick delta i kursen. Utbildningen vände sig både till handläggare som nyligen genomgått utbildningen och till de som arbetat några år. Utbildningen ska ge kunskaper om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och hur handläggaren kan tillämpa metoder och arbetssätt för utredning och behovsbedömning enligt principerna för en evidensbaserad praktik. I det ingår bland annat kunskap om olika funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa för den enskilde i vardagen, samt olika typer av kommunikation för att möjliggöra för den enskilde att vara delaktig i utredningen.

Utbildningen har genomförts i fyra omgångar. De två första omgångarna avslutade 251 handläggare utbildningen med betyg avseende poäng eller intyg om genomgången utbildning. Motsvarande siffror för omgång tre och fyra är 227 handläggare.

I regleringsbrevet till 2016 fick Socialstyrelsen ett fortsatt uppdrag att handla upp och administrera utbildningar för LSS-handläggarna. Utbildningen är tidsbegränsad och ska genomföras under åren 2017–2018. I uppdraget hänvisas till de förutsättningarna för utbildningen som fanns i regleringsbrevet till Socialstyrelsen för 2014. Det som betonas tydligare är att utbildningen ska vara en påbyggnadsutbildning.

Socialstyrelsen har tagit fram underlag för en ny nationell påbyggnadsutbildning för LSS-handläggare på magisternivå. Kursen kommer att ges vid fyra tillfällen under åren 2017–2018 vid tre lärosäten. Utbildningen kommer att omfatta motsvarande områden som utbildningen under åren 2015–2016. En skillnad är dock att man betonar att det är fördjupade kunskaper och att innehållet ska utgå från handläggarnas yrkesmässiga verklighet och ge möjlighet att omsätta fördjupad kunskap i praktiken.

Då den nya utbildningen är på magisternivå kan även de som gått utbildningen under åren 2015–2016 genomgå den nya utbildningen. Det finns inga uppgifter på nationell nivå om hur stor andel av LSS-handläggarna som har genomgått utbildningen och hur stor andel som återstår. Enligt uppgift från Socialstyrelsen är det stor omsättning på LSS-handläggare.²⁸¹

²⁸¹ Uppgift i e-postmeddelande från Socialstyrelsen 2016-12-20

Utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen

Mot bakgrund av de uppgifter som finns om biståndshandläggarnas grundutbildning kan slutsatsen dras att en stor majoritet har en högskoleutbildning. De vanligaste utbildningarna är socionomprogrammet eller sociala omsorgsprogrammet enligt äldre studieordning. Socionomprogrammet är en generalistutbildning och enligt vad som har redovisats i avsnitt 8.11 så saknar flertalet socionomutbildningar kurser om gerontologi och geriatrik. För biståndshandläggare med utbildningar enligt äldre studieordningar ingick gerontologi och geriatrik i grundutbildningen. Beroende på hur länge sedan det är biståndshandläggaren slutförde grundutbildningen och genomförda fortbildningar och vidareutbildningar finns behov av en utbildning på högskolenivå för anställda biståndshandläggare inom äldreomsorgen.

Fokus i den nationella utbildningen på högskolenivå bör ligga på:

- äldre och åldrande
- mänskliga rättigheter för äldre personer och åldersdiskriminering
- delaktighet och inflytande för den äldre personen
- jämställd och jämlik vård och omsorg om äldre
- behovsbedömning vid komplexa och sammansatta behov vid handläggning av ärenden inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen.

Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma och upphandla samt administrera en utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen. Utbildningen ska bygga på högskoleutbildning på grundnivå och omfatta 7,5 högskolepoäng. Kostnaden för utbildningen får uppgå till högst 15 000 kronor per plats och utbildningen bör genomföras under en termin, dvs. på kvartsfart. Utbildningen genomförs som uppdragsutbildning och upphandling av sådana regleras i förordning (2002:760) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor.

Socialstyrelsen ska ta fram underlaget för utbildningen tillsammans med berörda intressenter som t.ex. organisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), berörda fackliga organisationer och yrkesföreningar samt företrädare för pensionärsorganisationerna.

Statens ansvar är att tillhandahålla utbildningen på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen utan kostnad. Kommunerna förväntas möjliggöra för medarbetare att gå utbildningen.

För att det praktiskt ska vara möjligt att genomföra utbildningen behöver den ordnas under en längre period. Förslaget bygger på att det är 4 500 biståndshandläggare som ska kunna gå utbildning och att perioden omfattar åtta år.

Förslaget att tillhandahålla en nationell utbildning på högskolenivå för biståndshandläggare inom äldreomsorgen innebär en kostnad för staten om sammanlagt 70 miljoner kronor under åren 2019–2027.

8.14 Utökad högre utbildning i geriatrik och gerontologi

Mina förslag: Regeringen föreslås ändra i examensmålen för socionomexamen genom att lägga till ”äldre personer” så att lydelsen blir ”studenten ska visa kunskap om och förståelse för barns och äldre personers behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns levnadsvillkor”.

Regeringen föreslås uppdra åt Universitetskanslersämbetet att genomföra en kartläggning av förekomsten av kurser i gerontologi och geriatrik i grundutbildningar på vård- och omsorgsområdet, samt att myndigheten fortlöpande följer upp utvecklingen i detta avseende.

Vidare föreslås regeringen ge Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet i uppdrag att lämna förslag till åtgärder för att främja specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för yrkesverksamma, samt att följa upp utvecklingen fem år efter att den kvalitetsplan jag lägger fram har trätt i kraft.

Mina bedömningar: Regeringen bör överväga att genomföra liknande förändringar i examensmålen för övriga vård- och omsorgsutbildningar, som jag föreslagit för socionomexamen, om den kartläggning som Universitetskanslersämbetet föreslår genomföra visar brister i förekomst av kurser i gerontologi och geriatrik.

Socialstyrelsen bör vid nästa översyn av sina föreskrifter och allmänna råd om målbeskrivningar för specialistutbildning av läkare särskilt beakta behovet av kunskapsmoment om geriatrik och gerontologi inom specialiteter där äldre personer ofta får vård.

Verksamhetsansvariga för vård och omsorg om äldre personer inom ett län bör genomföra systematiska inventeringar av kompetensutvecklingsbehov bland personalen och använda resultatet i arbetet med de regionala kompetensplattformarna. Kommuner, landsting samt privata utförare och privata vårdgivare bör ge medarbetare goda förutsättningar att delta i specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi genom att bevilja tjänstledighet och lämpligt ekonomiskt stöd.

Berörda lärosäten bör utveckla sin samverkan med arbetslivet och delta aktivt i de regionala kompetensplattformarnas arbete, samt i ökad utsträckning erbjuda kurser på avancerad nivå i gerontologi och geriatrik.

Landsting bör utveckla en centraliserad strategisk kompetensförsörjningsplanering med syftet att styra ST-tjänster till eftersatta specialiteter, bl.a. geriatrik, allmänmedicin och psykiatri, samt utveckla den nationella samordningen mellan huvudmännen i denna del.

Kommuner och lärosäten bör i ökad utsträckning inrätta s.k. delade tjänster till stöd för verksamhetsnära forsknings- och utvecklingsarbete.

Statens styrning av universitet och högskolor

Statliga universitet och högskolor styrs i första hand av högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Regeringen styr statliga lärosäten genom årliga regleringsbrev. För utbildning på grundnivå och avancerad nivå tilldelas respektive

lärosäte varje år ett s.k. takbelopp, som är den ersättning lärosätet kan få för att bedriva utbildning på dessa nivåer. Lärosäten beslutar i hög grad själva om sitt utbildningsutbud. Ersättningen beräknas dels efter antalet helårsstudenter, dels antalet högskolepoäng studenterna presterar per år.²⁸² Studenternas val av program och fristående kurser har stor betydelse för vilken utbildning som bedrivs.

Staten fastställer mål för examina i bilaga 2 till högskoleförordningen. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) prövar i vissa fall om ett lärosäte ska få tillstånd att utfärda en viss examen. Tillståndet gäller tills vidare och kan dras in. UKÄ utvärderar de utbildningar som lärosätena ger. Lärosäten bestämmer själva i vilka former samverkan med arbetslivet ska ske.

Minskad andel fristående kurser

Jämfört med andra länder har Sverige ett stort utbud av fristående kurser, som kan sammanfogas till ett utbildningsprogram. Det är också vanligt att personer som examinerats från ett program återkommer för att läsa fristående kurser som ett led i en fort- eller vidareutbildning. Studier visar emellertid att utbildningsutbudet inom högskolan för yrkesverksamma personer har minskat kraftigt de senaste åren.

En allt större andel av studenterna följer programutbildningar och färre läser fristående kurser. Minskningen av fristående kurser är särskilt tydlig för kortare kurser som ges på deltid, distans och för äldre studerande. Andelen studenter som är 25 år eller yngre har ökat från 51 procent 2004 till 58 procent 2014. Orsakerna till dessa förändringar är flera. Förändrade antagningsregler har gynnat yngre studenter. Prestationsgraden är lägre för distansstudenter än för campusstudenter, vilket också bidragit till neddragningar för distanskurser.²⁸³

²⁸² Proposition 2016/17:1. *Budgetproposition Utgiftsområde 16, Utbildning och universitetsforskning.*

²⁸³ Landell, Elin. *Underlagsrapport till analysgruppen Arbetet i framtiden. Uppdrag: Framtid.* Stockholm, 2016.

Utbildning på avancerad nivå i geriatrik och gerontologi

Högskoleutbildningar som leder till yrkesexamen inom vård och omsorg förbereder normalt för arbete inom flera områden. Skälet till detta är att studenterna ska förberedas för ett brett yrkesområde. Genom valbara kurser samt examensarbeten inom grundutbildningarna kan dock som regel studenten profilera sig mot specifika delar av yrkesområden. Fördjupningar förutsätts ske på avancerad nivå, genom enstaka kurser eller genom förekommande specialistutbildningar, magister- och masterprogram.

Socionomprogrammet – socialt arbete

I examensmålen för socionomprogrammet anges att för socionomexamen ska studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för självständigt socialt arbete på individ-, grupp-, och samhällsnivå. De krav om kunskaper och förståelse, färdigheter och förmåga, värderingsförmåga och förhållningssätt och självständigt arbete som redovisas är genomgående generellt riktade, dvs. oberoende av målgrupp eller verksamhetsområde. Det finns endast ett undantag. Studenten ska visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.²⁸⁴

I den utredning som föregick sammanläggningen av det tidigare sociala omsorgsprogrammet och socionomprogrammet²⁸⁵ förut-sattes att fördjupningar av socionomernas kompetens inom specifika yrkesområden skulle ske, efter yrkeserfarenhet, på avancerad nivå inom högskolan.

Socionomprogrammet ges för närvarande vid 16 lärosäten. En kartläggning som genomfördes 2014 av förekomsten av obligatoriska kurser om åldrandet, äldre människors levnadsförhållanden eller äldreomsorg vid socionomprogrammen i landet visade att dessa var sällsynta. Endast ett lärosäte hade en sådan kurs. Vid åtta lärosäten fanns valbara kurser med inriktning mot åldrande och

²⁸⁴ Högskoleförordningen (1993:100), bilaga 2.

²⁸⁵ Högskoleverket. *Social omsorgsutbildning och socionomutbildning. En översyn*. Stockholm: Högskoleverket, 2003.

äldre, oftast på avancerad nivå. Vid sex lärosäten fanns överhuvudtaget inga kurser med inriktning mot åldrande och äldre.

Vid tio lärosäten fanns obligatoriska kurser om ledning och organisering av socialt arbete. Valbara kurser på avancerad nivå om ledarskap fanns vid fyra högskolor, medan fyra högskolor inte erbjöd några specifika kurser om ledarskap alls.²⁸⁶

År 2016 erbjuder sex lärosäten minst en kurs med inriktning mot socialt arbete bland äldre på avancerad nivå. Tre av dessa ges som distansundervisning. Dessa kurser kan utgöra en del i studier på avancerad nivå. Om även kurser på grundläggande nivå inkluderas ges totalt 12 kurser med inriktning mot äldre av totalt cirka 220 kurser vid landets lärosäten som bedriver utbildning som leder till socionomexamen.²⁸⁷

Sjuksköterskeprogrammet

Av examensmålen för sjuksköterskeexamen framgår att studenten för sjuksköterskeexamen ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för behörighet som sjuksköterska. Bland annat ska studenten visa kunskap om förhållanden i samhället som påverkar barns, kvinnors och mäns hälsa.²⁸⁸ Det finns däremot ingen specifik reglering av kunskaper eller förmågor som avser äldre personer.

Sjuksköterskeprogrammet ges för närvarande vid 22 lärosäten i landet. Specialistutbildning för sjuksköterskor i äldrevård (geriatrik) bedrivs vid åtta lärosäten, varav fem ger distansundervisning.²⁸⁹ Vid ytterligare några lärosäten ges kurser i äldrevård (geriatrik) på avancerad nivå som bl.a. vänder sig till sjuksköterskor.

Specialistutbildning för sjuksköterska är en utbildning på avancerad nivå. Titeln specialistsjuksköterska är en skyddad yrkestitel. Den som genomgått specialistutbildning och erhållit examensbevis från ett lärosäte ger dem rätten att kalla sig specialistsjuksköterska.

År 2013 fanns 519 sjuksköterskor med specialistutbildning inom äldrevård inom hälso- och sjukvården. Det är en kraftig

²⁸⁶ Föreningen Social Omsorg (FSO). Skrivelse till regeringen. *Socionomprogrammet – en utbildning för socialtjänstens alla verksamhetsområden?*, 2016-01-24. www.fso.nu

²⁸⁷ www.studera.nu

²⁸⁸ Högskoleförordningen (1993:100) bilaga 2.

²⁸⁹ www.studera.nu

ökning sedan 2003 då det endast fanns 145 sådana.²⁹⁰ Uppgifter för 2014 visar att 2,3 procent av sjuksköterskor verksamma inom vård och omsorg (331 personer) i kommunerna hade specialistutbildning i äldrevård. Det är betydligt vanligare att dessa har specialistutbildning som distriktssköterska (2 672) eller internmedicin och/eller kirurgi (1 284). Även andra specialistutbildningar förekommer.²⁹¹

Sjuksköterskor med specialistutbildning i äldrevård är mycket ojämnt fördelade över landet. År 2014 hade 145 av landets 290 kommuner inte någon sådan sjuksköterska anställd. Av de 331 som fanns yrkesverksamma i kommunerna var 53 verksamma i Stockholms läns kommuner, 36 i Skåne läns kommuner och 71 i Västra Götalands läns kommuner. I kommunerna i Jönköpings län och Gotland fanns inga alls.²⁹²

Utöver sammanhållen specialistutbildning ger lärosäten fristående kurser på avancerad nivå riktade till sjuksköterskor. De kan gälla fördjupning i omvårdnadsvetenskap men också i t.ex. demensvård eller palliativ vård. År 2012 fanns samordnande demenssjuksköterskor i sju av tio kommuner.²⁹³ Även i flertalet landsting finns sådana. Funktionen är dock inte kopplad till någon specifik vidareutbildning.

Arbetsterapeuter

För arbetsterapeuter med grundutbildning finns utbildningar på avancerad nivå vid åtta lärosäten, med olika inriktning.²⁹⁴ Flertalet kurser har allmän inriktning. I de magister- och masterutbildningar som finns förutsätts de studerande läsa vissa obligatoriska kurser och fördjupa sig i valbara kurser och i ett examensarbete. För närvarande ges ett fåtal kurser med inriktning mot arbetsterapi bland äldre, varav några även riktar sig till andra yrkesgrupper.

²⁹⁰ Socialstyrelsen. *Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.

²⁹¹ Socialstyrelsen. Personliga uppgifter.

²⁹² Bearbetning av Socialstyrelsens HOSP-register för utredningens räkning.

²⁹³ Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014.

²⁹⁴ www.studera.nu

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har utarbetat ett eget system för specialistutbildning för arbetsterapeuter som bl.a. inrymmer en inriktning mot äldreomsorg och äldreomsorg. Specialistutbildningen förutsätts omfatta minst 60 högskolepoäng på avancerad nivå. Den omfattar valbara kurser inom ett visst specialismråde samt en obligatorisk professionskurs.²⁹⁵ År 2016 har totalt 85 arbetsterapeuter genomgått specialistutbildning, varav fem med inriktning mot äldre. Av de senare är två yrkesverksamma i kommuner.²⁹⁶

Andelen bland i kommunerna anställda arbetsterapeuter som har magister- eller masterutbildning år 2009 var 3 procent, jämfört med 17 procent i regionsjukvård. Anställda i kommunerna svarade i en undersökning att det saknades en lärande kultur och de var jämfört med arbetsterapeuter hos andra huvudmän minst nöjda med sin fortbildning. Mindre än en tredjedel hade en individuell plan för fortbildning.²⁹⁷ Av en uppföljning 2013 framkommer att antalet arbetsterapeuter som deltar i fortbildning och omfattningen av denna har minskat. Arbetsterapeuter i privat och kommunal verksamhet har sämst utbildningsläge.²⁹⁸

Fysioterapeuter

För fysioterapeuter finns utbildning på avancerad nivå på sju lärosäten. Allmänt inriktade kurser dominerar kursutbudet vid dessa lärosäten. Vid Lunds Universitet och Uppsala Universitet erbjuds dock för närvarande äldreinriktade kurser, som även vänder sig till personer med annan grundexamen/yrkesexamen.²⁹⁹

Förbundet Fysioterapeuterna har utarbetat en egen specialistutbildning, med behörighetskraven grundexamen samt minst två års klinisk erfarenhet. Utbildningen är tre år och innefattar klinisk fördjupning under handledning och teoretisk fördjupning. Det finns 16 specialismråden, varav äldres hälsa är ett. En individuell

²⁹⁵ Sveriges Arbetsterapeuter *Specialistordning för arbetsterapeuter*, 2015.

²⁹⁶ Personlig uppgift från Christina Lundqvist, Sveriges Arbetsterapeuter.

²⁹⁷ Socialstyrelsen. *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

²⁹⁸ Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. *Fortbildningsläget för arbetsterapeuter – en enkätundersökning 2009–2013*. Nacka, 2014.

²⁹⁹ www.studera.nu

studieplan läggs upp för den studerande, där bl.a. minst en magisterexamen ingår.³⁰⁰

Fram till september 2016 har totalt 1 130 fysioterapeuter genomgått eller genomgår den nämnda specialistutbildningen, varav 47 (4 procent) med inriktning mot äldres hälsa. För närvarande är 36 av dessa 47 yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården i Sverige. Flertalet är landstingsanställda och endast 2 är anställda i en kommun. Fysioterapeuter med specialistutbildning i äldres hälsa är ojämnt fördelade i landet. De finns endast i 8 län och 16 av dem finns i Stockholms län.³⁰¹

Dietister

Utbildning på avancerad nivå för dietister finns vid ett par lärosäten. Någon enstaka kurs vid dessa har äldreinriktning.³⁰²

En webbkartläggning 2011 bland kommun- och primärvårdsdietister visade att drygt 90 procent inte hade någon utbildning inom geriatrik och gerontologi efter grundutbildningen. Två av tre tyckte de hade tillräckliga kunskaper för sitt arbete, men att de var positiva till fortbildning, dels yrkesspecifik fördjupning, dels tvärprofessionell utbildning i geriatrik, demensvård och tvärprofessionellt arbetssätt.

Psykologer

Psykologexamen omfattar 300 högskolepoäng och i genomsnitt ägnas cirka 7,5 poäng åt åldrandets psykologi och ytterligare 7,5 poäng om neuropsykologiska förändringar under åldrandet. Det finns vissa skillnader mellan de nio lärosäten som ger programmet och som mest kan man få totalt 25 poäng om olika aspekter av åldrandet.

Efter grundutbildningen kan psykologer läsa vidare till specialist i neuropsykologi som bland annat behandlar sjukliga förändringar i

³⁰⁰ www.fysioterapeuterna.se

³⁰¹ Personliga uppgifter från Fysioterapeuterna. Här bör noteras att uppgifterna endast avser fysioterapeuter som är anslutna till Fysioterapeuterna och att anslutningsgraden är cirka 70 procent.

³⁰² www.studera.nu

samband med åldrandet. De aktuella lärosätena erbjuder en hel del kurser på avancerad nivå, bl.a. kurser i neuropsykologi. Däremot saknas kurser i geropsykologi.³⁰³

För närvarande finns få psykologer inom äldreomsorg och primärvård som arbetar bland äldre personer. De som har sådan inriktning arbetar vid minnesmottagning eller annan hjärnskadeklinik.³⁰⁴

Logopedier

Vidareutbildning för logopedier ges för närvarande vid flera av de fem lärosäten som ger utbildning som leder till logopedexamen. Det saknas dock kurser med inriktning mot äldre.³⁰⁵

Grundutbildningen till logoped innehåller mycket som är relevant för logopediskt arbete bland äldre patienter. Däremot saknas gerontologisk logopedi, fördjupade utbildning om neurodegenerativa och kognitivt-språkliga sjukdomar som demens, stroke och Parkinsons sjukdom. Den verksamhetsförlagda utbildningen brister också då det saknas yrkesverksamma logopedier inom primärvård och äldreomsorg.

I dag träffar patienter logopedier främst inom slutna hälso- och sjukvård. Tjänster saknas inom primärvård och äldreomsorg.³⁰⁶

Läkare

Läkarnas specialistutbildning regleras i 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) fastställt vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för specialistkompetens, samt målbeskrivningar för specialistutbildning. Den legitimerade läkare som genomgår specialisttjänstgöring (ST-läkaren) ska ha ett individuellt utbildningsprogram som utgår från en fastlagd målbeskriv-

³⁰³ www.studera.nu

³⁰⁴ Socialstyrelsen. *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

³⁰⁵ www.studera.nu

³⁰⁶ Socialstyrelsen. *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi. Förslag till utformning och genomförande av satsning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2012.

ning. Utbildningen ska innehålla auskultationer, klinisk tjänstgöring under handledning, kurser, kvalitets- och utvecklingsarbeten och självständiga arbeten enligt vetenskapliga principer. Den motsvarar heltid under minst fem år.

Vårdgivare ansvarar för att det i sådan verksamhet som tar emot läkare för specialisttjänstgöring finns de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet (4 kap. 1 § SOSFS 2015:8). Specialistbevis utfärdas av Socialstyrelsen efter ansökan.

En av basspecialiteterna är geriatrik. Det finns även en äldrepsykiatrisk tilläggspecialitet, vilket förutsätter basspecialitet inom geriatrik eller psykiatri.

Sedan 2013 är det Socialstyrelsen som ansvarar för de statligt finansierade SK-kurserna som läkare genomgår under sin specialisttjänstgöring. Under våren 2017 ges 12 kurser av relevans bl.a. för specialistutbildning inom geriatrik och sju kurser av relevans för tilläggspecialiteten äldrepsykiatri.

Det är landstingen som inrättar ST-tjänster. I många landsting är uppgiften decentraliserad till kliniknivå. Det saknas nationell samordning, trots att specialistutbildningen är ett kraftfullt styrmedel. Under lång tid har det rått brist på specialistutbildade läkare inom prioriterade specialiteter som allmänmedicin, geriatrik och psykiatri.³⁰⁷

Socialstyrelsens förslag – mer geriatrik och gerontologi

Regeringen uppdrog 2012 åt Socialstyrelsen att ta fram ett detaljerat förslag till hur en satsning på ökad geriatrisk och gerontologisk kompetens i vård och omsorg kan utformas och genomföras. Flera hearings med yrkesföreträdare och pensionärsorganisationer genomfördes och expertutlåtanden inhämtades. I dessa framkom en samstämmig bild av att gerontologi- och geriatrikkurserna inom grundutbildningarna för sjuksköterska, socionom, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut, dietist, psykolog, logoped och läkare

³⁰⁷ SOU 2016:2. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. *Effektiv vård*.

var långt ifrån tillräckliga för att möta behovet av sådan kompetens hos personal som arbetar inom primärvård och äldreomsorg.

Socialstyrelsens bedömning var att antalet ST-block i geriatrik behövde fördubblas. Myndigheten ansåg även att det krävdes en ökad andel sjuksköterskor med specialistutbildning i äldrevård, fler socionomer med vidareutbildning i geriatrik och gerontologi och motsvarande för andra yrkesgrupper inom vård och omsorg. Innehållet i grundutbildningarna för samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg, som togs upp i rapporten, borde ses över.

Socialstyrelsen föreslog också att huvudmännen borde ta ställning till hur de kan utveckla fortbildning inom geriatrik och gerontologi för specialistläkare inom allmänmedicin samt se över tillsättningen av ST-tjänster i geriatrik. Dessutom borde huvudmännen utveckla karriärvägar för socionomer och sjuksköterskor samt stimulera fler sjuksköterskor att genomföra specialistutbildning i äldrevård.

Socialstyrelsen föreslog vidare att staten borde lämna ekonomiskt stöd till huvudmännen för vikariekostnader, kurskostnader, litteratur och eventuella resekostnader för anställda. Myndigheten menade också att anställda borde få ledighet utan löneavdrag för att kunna gå en utbildning.

Långsiktigt uthållig satsning på geriatrik och gerontologi

Jag har i avsnitt 8.3 redovisat min bedömning att det krävs fler yrkesverksamma inom vården och omsorgen om äldre personer som har eftergymnasial utbildning. Det främsta motivet för detta är att skapa bättre förutsättningar för att huvudmän och privata utförare ska kunna ge äldre personer vård och omsorg av god kvalitet. Det finns kunskapsstöd för att ökad förekomst av personal med specialistutbildning leder till bättre kvalitet i verksamheten.

Under senare år har också andelen bland de anställda i kommunernas vård och omsorg om äldre personer som har eftergymnasial utbildning ökat något. En förutsättning för att kunna rekrytera personal med lämplig kompetensprofil är att lärosäten ger sådan utbildning som förbereder studenter för arbete inom vård och omsorg om äldre. I detta avseende finns stora brister för närvarande.

Mer än hälften av socialtjänstens resurser går till äldre personer, liksom en betydande andel av hälso- och sjukvårdens resurser. Dessa andelar kommer att öka ytterligare då andelen i befolkningen som är i hög ålder ökar kraftigt de närmsta 20 åren. Det innebär att väldigt många yrkesverksamma inom vård och omsorg i dag och än fler i framtiden kommer att arbeta bland äldre personer, helt eller delvis.

För att främja effektiviteten såväl inom vård och omsorg som inom den högre utbildningen är det önskvärt att innehåll och dimensionering av den högre utbildningens anpassas till den demografiska förändring som vi står inför. En sådan anpassning bör innehålla följande delar.

Mer gerontologi och geriatrik på grundnivå i alla vård- och omsorgsutbildningar

Jag delar Socialstyrelsens bedömning att dagens vård- och omsorgsutbildningar i alldeles för liten utsträckning innehåller utbildningsmoment från gerontologi och geriatrik. En hel del studenter som tar en grundexamen återvänder inte till fortsatta högre studier senare. Under senare år har också andelen äldre studenter minskat, liksom utbildning på distans och fristående kurser. Det understryker vikten av att studenterna i högre grad än för närvarande i grundutbildningen förbereds väl för arbete även bland äldre personer. Detta gäller läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer, men även andra yrkesgrupper som kan komma att arbeta inom vården och omsorgen om äldre.

Jag föreslår därför att regeringen i högskoleförordningens (1993:100) bilaga 2 examensordning för socionomexamen gör ett tillägg som innebär att studenten ska visa kunskap om och förståelse för äldres behov. Det kan lämpligen ske genom att lydelsen i nuvarande skrivning förändras på följande sätt: ”-visa kunskap om och förståelse för barns *och äldre personers* behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.”

Regeringen föreslås uppdra åt Universitetskanslersämbetet att genomföra en kartläggning av förekomsten av utbildningsmoment från gerontologi och geriatrik på grundnivå inom vård- och omsorgsutbildningar. Jag föreslår även att Universitetskanslersämbetet

fortlöpande i sin kvalitetsgranskning och utvärdering av högskoleutbildning ska redovisa utvecklingen i ifråga om gerontologi och geriatrikkurser i dessa utbildningar.

När det gäller examensmålen för socionomexamen gör jag alltså bedömningen att det redan nu finns tillräckligt underlag för att genomföra en förändring så som jag nyss föreslagit. Beträffande övriga vård- och omsorgsutbildningar anser jag att motsvarande förändringar bör övervägas om den kartläggning som jag föreslår att regeringen uppdrar åt Universitetskanslersämbetet att genomföra visar sådana brister som jag redovisat för socionomprogrammet. Inriktningen bör vara att det i samtliga vård- och omsorgsutbildningar på grundnivå finns moment som rör åldrandet, äldres sjukdomar och äldre i samhället.

Utökad utbildning på avancerad nivå i gerontologi och geriatrik

Alla vård- och omsorgsutbildningar har en generell utformning på grundnivå. De förbereder för arbete inom flera olika verksamheter och med personer med olika behov och ålder. Det är rimligt med hänsyn till den ålder och den livssituation som flertalet studenter befinner sig i.

För läkare och sjuksköterskor finns statligt reglerade specialistutbildningar. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har själva organiserat specialistordning som delvis bygger på kurser på avancerad nivå vid lärosäten. Dietister har inte någon fastlagd specialistutbildning. Psykologer och logopedier förekommer i mycket begränsad omfattning i vård och omsorg om äldre utanför sjukhus. Specialiseringsmöjligheter på avancerad nivå finns för dessa. När nuvarande socionomprogram infördes förutsattes att lärosätena skulle erbjuda utbildning på avancerad nivå som gav sådan kunskapsför djupning som yrkesverksamma biståndshandläggare och enhetschefer bedömdes behöva. Några sammanhållna utbildningar av detta slag har dock inte kommit till stånd. I avsnitt 8.11 har jag föreslagit att en statlig ledarskapsutbildning för enhetschefer införs och i avsnitt 8.12 att en uppdragsutbildning för biståndshandläggare utvecklas och upphandlas. Dessa förslag tillgodoser inte alla behov av utbildning på avancerad nivå för socionomer. Detta dels för att den föreslagna satsningen på biståndshandläggare är tidsbe-

gränsad, dels för att det finns behov av fördjupningar även inom andra områden än de som mina förslag avser.

Jag har i avsnitt 8.3 gett min syn på behovet av kompetens framöver. Min uppfattning är att det behövs utökade möjligheter för yrkesverksamma inom vård och omsorg om äldre att fördjupa sitt yrkeskunnande genom specialist- eller vidareutbildning på avancerad nivå. Antalet geriatriska specialistläkare är alldeles för litet och de är väldigt ojämnt fördelade över landet. Jag delar Socialstyrelsens bedömning att antalet ST-block i geriatrik bör fördubblas. Allmänläkarna är den specialistläkargrupp som nu och inom överskådlig framtid kommer att vara den första linjens "äldre-läkare". Dessa behöver i sin specialistutbildning ha betydande moment i geriatrik och gerontologi.

Antalet sjuksköterskor med specialistutbildning i äldrevård har ökat under senare år men de är fortfarande alldeles för få och för ojämnt fördelade för att motsvara behoven i verksamheterna. Arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas egenutvecklade specialistordningar är berömvärda, men antalet personer som genomgått sådana med inriktning mot äldre är fortfarande alltför litet för att svara mot behovet.

Bättre samspel mellan lärosäten och verksamheter

Det är också angeläget att förbättra samspelet mellan akademisk forskning och utbildning, FoU-miljöer och vården och omsorgen. Ett led i detta är att fler yrkesverksamma ges möjlighet att genomgå specialist- eller vidareutbildning på avancerad nivå. Det samma gäller forskarutbildning. Inom landstingens hälso- och sjukvård finns delade tjänster mellan lärosäten och hälso- och sjukvården, kliniska adjunkter och lektorer. I den kommunala vården och omsorgen förekommer delade tjänster – mellan FoU-enheter och praktisk verksamhet – i mycket begränsad omfattning. Jag anser att det skulle vara mycket värdefullt om fler yrkesgrupper med akademisk utbildning inom kommunernas vård och omsorg kunde ges möjlighet att få delade tjänster mellan lärosäten och kommuner. För att detta ska bli verklighet måste dock finansieringen av dessa tjänster lösas. Detta skulle skapa bättre förutsättningar för verksamhetsnära forskning, men också stödja prak-

tiskt förbättringsarbete och utvärdering av verksamheterna. Utvecklingsmöjligheterna för personalen skulle också förbättras. Med de framtidsperspektiv jag tidigare tecknat kommer också ökade krav att ställas på arbetsplatsförlagt lärande och praktisk utbildning. I dag är bristande kapacitet inom detta område en begränsning i möjligheterna att ta emot praktikanter från utbildningar på olika nivåer och att utveckla det verksamhetsförlagda lärandet genom lärlingsutbildningar och liknande. Den verksamhetsförlagda utbildningen i grundutbildningen till sjuksköterska och socionom behöver också beaktas i detta sammanhang. Ett närmare samarbete mellan lärosäten, FoU-enheter och vården och omsorgen bl.a. genom delade tjänster skulle kunna bidra till att förbättra möjligheterna till verksamhetsförlagt lärande.

En grundfråga är vad som bör göras för att uppnå den utveckling som jag här förordat. De berörda aktörernas förutsättningar behöver diskuteras innan jag lämnar mina bedömningar och förslag.

Aktörerna

De *enskilda yrkesutövarna* har ofta intresse av att utveckla sitt yrkeskunnande. En del gör också det på egen bekostnad och vid sidan av sitt yrkesarbete. Men för många är inte detta ett realistiskt alternativ. Detta dels för att åtaganden i arbetsliv och hem inte ger utrymme för studier, dels för att studier många gånger inte ger nya arbetsuppgifter och inte heller högre lön. Utbildningarnas geografiska lokalisering och avsaknad av utbildning på distans kan också vara begränsande.

Verksamhetsansvariga huvudmän och privata utförare har ett ansvar att bedriva vård och omsorg av god kvalitet. De ska ha personal med den kunskap och erfarenhet som krävs för detta. Ansvaret för kommuner och landsting är därför betydande. Både när de utför verksamheten i egen regi och när de i förekommande fall beslutar om vilka villkor som ska gälla för privata utförare som utför uppgifter på deras uppdrag, såväl enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, som enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Eftersom uppföljning av kvalitet och resultat inte är tillräckligt utvecklad kan det vara svårt att relatera kompetensbrister till kvalitetsbrister på lokal och regional nivå. Det finns

också en tradition att se kompetensutveckling som en belöning för en medarbetare. I stället borde verksamhetsansvariga arbeta strategiskt med kompetensutveckling för att stödja den verksamhetsutveckling som man eftersträvar. Kompetensutveckling av enskilda medarbetare borde därför ses i förhållande till hela organisationens behov.

Lärosätena styrs i hög grad av systemet för att tilldela resurser, där studenternas val av utbildning och prestationer har avgörande betydelse. Kurser som inte efterfrågas kan inte genomföras. Brisande tillgång till lärarkompetens kan också vara en begränsande faktor. Anknytning till forskning och meritering för lärare har stor betydelse.

Regeringens och riksdagens styrning av olika politikområden är i alltför hög grad sektoriserad. Dialogen mellan ansvariga aktörer inom olika politikområden behöver utvecklas för att på bästa sätt ta sig an frågor som berör flera politikområden och som kräver gemensamma tag från statens sida.

Mina bedömningar och förslag

Mina förslag är att:

- Regeringen föreslås ändra i examensmålen för socionomexamen genom att lägga till ”äldre personer” så att lydelsen blir ”studenten ska visa kunskap om och förståelse för barns och äldre personers behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns levnadsvillkor”.
- Regeringen föreslås uppdra åt Universitetskanslersämbetet att genomföra en kartläggning av förekomsten av kurser i gerontologi och geriatrik i grundutbildningar på vård- och omsorgsområdet, samt att myndigheten fortlöpande på lämpligt sätt följer upp berörda utbildningar i detta avseende.
- Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet i uppdrag att lämna förslag till åtgärder för att främja specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi för yrkesverksamma, samt att följa upp utvecklingen fem år efter det att den kvalitetsplan jag lägger fram har trätt i kraft.

Mina bedömningar är att:

- Regeringen bör överväga att genomföra liknande förändringar i examensmålen för övriga vård- och omsorgsutbildningar, som jag föreslagit för socionomexamen, om den kartläggning som Universitetskanslersämbetet föreslås genomföra visar brister i förekomst av kurser i gerontologi och geriatrik.
- Socialstyrelsen bör vid nästa översyn av sina föreskrifter och allmänna råd om målbeskrivningar för specialistutbildning av läkare särskilt beakta behovet av kunskapsmoment om geriatrik och gerontologi inom specialiteter där äldre personer ofta får vård.
- Verksamhetsansvariga för vård och omsorg om äldre personer inom ett län bör genomföra systematiska inventeringar av kompetensutvecklingsbehov bland personalen och använda resultatet i arbetet med de regionala kompetensplattformarna.
- Kommuner, landsting samt privata utförare och privata vårdgivaren bör ge medarbetarna goda förutsättningar att delta i specialist- och vidareutbildning inom geriatrik och gerontologi genom att bevilja tjänstledighet och lämpligt ekonomiskt stöd.
- Berörda lärosäten bör utveckla sin samverkan med arbetslivet och delta aktivt i de regionala kompetensplattformarnas arbete, samt i ökad utsträckning erbjuda kurser på avancerad nivå i gerontologi och geriatrik.
- Landsting bör utveckla en centraliserad strategisk kompetensförsörjningsplanering med syftet att styra ST-tjänster till eftersatta specialiteter, bl.a. geriatrik, allmänmedicin och psykiatri, samt utveckla den nationella samordningen mellan huvudmännen i denna del.
- Kommuner och lärosäten bör i ökad utsträckning inrättas s.k. delade tjänster till stöd för verksamhetsnära forskning- och utvecklingsarbete.

8.15 Bättre samordning mellan aktörer

Mina förslag: Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Universitetskanslersämbetet, Statens Skolverk samt Myndigheten för yrkeshögskolan, medverka till att skapa samverkansarenor på nationell nivå mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjning inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården.

Regeringen föreslås även ge dessa myndigheter i uppdrag, att tillsammans med Statistiska Centralbyrån, säkerställa bättre tillgång till statistik över yrkesverksamma personer inom vård och omsorg. Av statistiken bör framgå vilken yrkeskompetens personalen har.

Uppdragen bör även avse tillgång till och efterfrågan på personal för att göra prognoser inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården.

Min bedömning: Regionala kompetensplattformar bör ges ett nationellt uppdrag som innebär att de ska ta fram analys- och kunskapsunderlag, samordna aktörerna på regional nivå samt vara stöd i utbildningsplaneringen. Plattformarna bör även utarbeta en regional strategi med förslag till åtgärder. Samverkan mellan plattformarnas arbete och de samverkansarenor som ska utvecklas på nationell nivå bör stärkas genom återkommande konferenser och en webbplats. Syftet med samverkan är att huvudmän och privata utförare bättre ska kunna ge regionens äldre god vård och omsorg.

Med hänsyn till de utmaningar som kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre personer står inför är det nödvändigt att förstärka samverkan och samordning mellan berörda aktörer, såväl regionalt som nationellt. Dialogen mellan den regionala och nationella nivån behöver också stärkas. Det behövs även en bättre personalstatistik för att kunna följa utvecklingen och för att göra prognoser. Min bedömning är att detta arbete bör påbörjas skyndsamt. Därför knyter jag an till redan pågående arbete eller uppdrag som redan lämnats inom närgränsande område.

Regionala kompetensplattformar

Tillväxtverket har regeringens uppdrag att förstärka och vidareutveckla de kompetensplattformar som finns i regionerna. Uppdraget påbörjades 2013 och pågår fram till 2017. Projektmedel har lämnats för att utveckla metoder och arbetsformer. Avsikten är också att skapa en bättre förankring lokalt, regionalt och nationellt samt att främja integration, jämställdhet och innovationer inom offentlig och privat verksamhet.

Kompetensplattformarna växte fram i en tid då Länsarbetsnämnderna hade avvecklats och kriser i näringslivet föranledde regionala aktörer inom arbetsmarknad och utbildning att samordna sina insatser. Uppdraget var från början analyser av kompetensutvecklingsbehov och att främja samverkan mellan aktörer som bedriver utbildning. För närvarande har alla län kompetensplattformar³⁰⁸, men det finns stora skillnader mellan dem ifråga om vilka parter som är med samt på vilket sätt och med vilka frågor plattformarna arbetar. Med stöd av projektmedel har en handfull regioner under senare år arbetat särskilt med kompetensförsörjning inom vård och omsorg.

För att kompetensplattformarna långsiktigt ska fungera rekommenderar Tillväxtverket att:

- det skapas en samsyn om plattformarnas roll och funktion, med hänsyn tagen till behovet av regional anpassning,
- det skapas en gemensam struktur/modell för hur analyser och kunskapsunderlag tas fram,
- det skapas långsiktiga och ändamålsenliga finansieringsmöjligheter, samt att
- det etableras ett nationellt kompetensförsörjningsråd.

Plattformarnas funktion bör vara att ta fram analys- och kunskapsunderlag, samordna aktörerna på regional nivå samt vara ett stöd i utbildningsplaneringen.³⁰⁹

³⁰⁸ SOU 2015:101. *Demografins regionala utmaningar. Bilaga 7 till Långtidsutredningen 2015.*

³⁰⁹ Tillväxtverket. *Delredovisning. Regionala kompetensplattformar* N2012/6275/RT och N2015/02413/RTS. Stockholm: Tillväxtverket, 2016.

Samordning på nationell nivå

I slutbetänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) föreslås att regeringen skulle besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i frågor om kompetensförsörjning och hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt. Följande områden borde enligt utredningen hanteras inom en samverkansorganisation:

- principiella övergripande kompetenskrav för vårdens professioner
- grundutbildningarnas dimensionering och innehåll
- vidareutbildningarnas dimensionering och utformning
- drivkrafter för utveckling av nya arbetssätt.

Regeringen gav 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att

- föreslå hur det nationella planeringsstödet (NPS) vid Socialstyrelsen kan breddas samt hur stödet kan ge största möjliga nytta för huvudmän och andra vårdgivare i planeringen av sin kompetensförsörjning,
- bedöma om informationen om tillgång och efterfrågan på legitimerade läkare som genomgår specialistutbildning (ST-läkare) kan utvecklas inom ramen för NPS,
- överväga om NPS löpande kan kompletteras med ytterligare fördjupningar kring olika yrkeskategoriers förutsättningar och stabilitet, samt genomföra en sådan fördjupning om specialist-sjuksköterskor,
- bidra till att inom ramen för NPS skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer att gemensamt diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv.

I juli 2016 fick Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet (S2016/04992/FS) tillsammans av regeringen i uppdrag att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Myndigheterna ska inom ramen för uppdraget så snart som möjligt starta en dialog om

samverkan inom kompetensförsörjningsområdet mellan berörda aktörer med bäring på verksamhet i hälso- och sjukvården, utbildning och arbetsmarknad. Därutöver ska myndigheterna så långt det är möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman. Myndigheterna ska genomföra uppdraget i samarbete med berörda aktörer, bl.a. företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, universitet och högskolor, Arbetsförmedlingen, arbetsmarknadens aktörer och olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, samt överväga hur patientorganisationer kan involveras i arbetet. Senast den 31 augusti 2019 ska myndigheterna rapportera sin analys av hur den nationella samverkan kan fortgå ur ett långsiktigt perspektiv.

Utvecklad regional och nationell samordning

Vården och omsorgen om äldre personer är en geografiskt spridd verksamhet. Redan i dag finns brist på yrkeskompetent personal på flera håll i landet. Framöver behöver tillgången till personal utökas kraftigt för att kunna möta förväntad efterfrågan.

Jag föreslår ett antal åtgärder som staten bör genomföra för att underlätta för huvudmän och privata utförare att klara sina åtaganden. Men huvudansvaret ligger fortsatt på kommuner, landsting och privata utförare som utför uppgifter på deras uppdrag.

De lokala och regionala förutsättningarna för att klara kompetensförsörjningen är olika. Även om alla län står inför stora utmaningar så är de störst i län med mycket gles- och landsbygd och ofta med stagnerande befolkningsutveckling.

Kommuner och landsting är stora arbetsgivare inom vård och omsorg samt har ett omfattande verksamhetsansvar i respektive län. Kommunerna har också ansvaret för gymnasial- och vuxenutbildning. Riksdagen har nyligen beslutat att yrkesvux ska planeras och genomföras på regional nivå, av flera kommuner i samverkan.³¹⁰ Eftergymnasial utbildning styrs av staten. Yrkeshögskolan har dock inbyggda mekanismer för att ge parterna på arbetsmarknaden in-

³¹⁰ Proposition 2016/17:1 *Budgetpropositionen, utgiftsområde 16.*

flytande och varje lärosäte har former för samverkan med företrädare för arbetslivet.

Min bedömning är att det krävs en utvecklad och systematisk samordning såväl på länsnivå som på nationell nivå mellan berörda aktörer inom kompetensförsörjning inom vård och omsorg för att klara de utmaningar vi står inför. Det krävs också återkommande dialog mellan nivåerna.

Regional nivå

Med hänsyn till att vård och omsorg är en omfattande verksamhet med stor betydelse för arbetsmarknad, sysselsättning och tillväxt i regionerna anser jag att de förslag som Tillväxtverket lämnat till regeringen om utveckling av kompetensplattformarna bör genomföras. Plattformarnas uppgift bör således vara att ta fram analys- och kunskapsunderlag, samordna aktörerna på regional nivå och vara ett stöd i utbildningsplaneringen. Hittills har plattformarnas arbetsformer och sammansättning varit mycket olika. I några regioner har vård- och omsorgsområdet fokuserats. I några regioner deltar företrädare för Vård- och omsorgscollege i arbetet.

För att kompetensplattformarna ska få den kraft som behövs anser jag att följande villkor bör uppfyllas:

- staten bör lägga fast ett uppdrag, som i huvudsak bygger på Tillväxtverkets förslag,
- ett förslag till regional strategi för kompetensförsörjningen med förslag till åtgärder för olika aktörer bör även tas fram,
- hela arbetsmarknaden måste tas med i analyser och kunskapsunderlag, offentlig såväl som privat,
- regionala aktörer inom vård och omsorg såsom företrädare för arbetsmarknadens parter, lärosäten, vård- och omsorgscollege regelmässigt deltar i arbetet,
- dialogen mellan nationella aktörer och plattformarna förstärks genom återkommande nationella konferenser och en nationell webbplats.

Nationell nivå

Regeringen har lämnat uppdrag till Socialstyrelsen (S2015/077804/FS) att utveckla det nationella planeringsstöd (NPS), som myndigheten sedan tidigare bedriver för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Inriktningen är att det ska breddas och för läkare som genomgår specialistutbildning samt specialistsjuksköterskor fördjupas, samt bidra till att skapa en mötesplats för huvudmän och andra organisationer för att diskutera planering av kompetensförsörjning ur ett nationellt perspektiv. Socialstyrelsen har även fått ett uppdrag (S2016/04992/FS) att tillsammans med Universitetskanslersämbetet analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Dessutom ska myndigheterna så långt som möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården.

Tillväxtverket har föreslagit att ett nationellt kompetensförsörjningsråd inrättas. Det skulle bestå av företrädare för utbildnings-, arbetsmarknads-, närings- och regionala tillväxtpolitiken, samt för näringslivet. Rådet skulle bl.a. ha till uppgift att underlätta samverkan mellan nationell och regional nivå och skapa samsyn mellan nationella aktörer.

Nationell samverkan

Min bedömning är att det behövs en utvecklad samverkan mellan aktörerna på nationell nivå med syftet att förbättra samordningen av åtgärder. Formerna för detta är dock inte självklara och uppgiften är komplex. Styrningen inom olika politikområden och departement är inte alltid tillräckligt väl koordinerad och det finns en rad fora för dialog mellan parterna på arbetsmarknaden och staten.

En annan frågeställning är om det av Tillväxtverket föreslagna kompetensförsörjningsrådet kan och ska spänna över hela arbetsmarknaden. Verket har hittills haft sitt fokus på näringsliv och företag och mindre på offentlig sektor.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet ingår att skapa samverkansarenor. Det är angeläget

att sådana skapas och att aktiviteter genomförs återkommande. Regeringens uppdrag till myndigheterna är avgränsat till hälso- och sjukvård. Jag vill påminna om att kommunerna i landet är sjukvårdshuvudmän och självklart bör delta i denna samverkan. Huvuddelen av vården och omsorgen om äldre personer som finansieras av kommunerna lämnas dock enligt socialtjänstlagen. Den personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter inom kommunernas vård och omsorg utför oftast även socialtjänstsuppgifter. Överväganden om kompetensförsörjningen måste därför avse såväl hälso- och sjukvårdspersonal som sådan personal som arbetar enligt socialtjänstlagen, i vart fall den del av dessa som arbetar inom äldreomsorgen. Hittills har Socialstyrelsens arbete med det nationella planeringsstödet endast avsett legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Jag anser det nödvändigt att även andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, såsom undersköterskor, samt annan personal inom socialtjänstens äldreomsorg³¹¹ tas med i arbetet att skapa samverkansarenor. Regeringen bör i ett tilläggsuppdrag till myndigheterna klargöra detta. En följd av en sådan utvidgning är också att ytterligare aktörer behöver involveras. Det gäller Statens Skolverk och Myndigheten för yrkeshögskolan, som bör ges uppdrag att samverka med Socialstyrelsen i arbetet.

Om ett nationellt kompetensförsörjningsråd inrättas anser jag att det bör samordnas med Socialstyrelsens motsvarande arbete inom vård- och omsorgsområdet. Det bör kunna ske genom ömsesidigt deltagande i grupper och fortlöpande informationsutbyte. I ett sådant läge är det nödvändigt att uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan de båda nationella samordningsforumen klargörs för regionala aktörer.

Min bedömning är också att informationsutbytet mellan regionala och nationella aktörer inom kompetensförsörjningen skulle underlättas av en gemensam webbplats. För närvarande finns information av betydelse på ett stort antal webbplatser. En sådan kräver en redaktion och en fastlagd struktur där samverkande aktörer bidrar med underlag. Denna idé bör övervägas i samband med regeringens beredning av Tillväxtverkets förslag om utveckling av

³¹¹ Mitt uppdrag avser enbart vård och omsorg om äldre personer. I detta sammanhang bör övervägas om även övriga delar av socialtjänstens kompetensförsörjning bör inkluderas i uppdragen.

kompetensplattformarna och ett nationellt kompetensförsörjningsråd. Socialstyrelsens och Universitetskanslersämbetets arbete bör beaktas i detta sammanhang.

Bättre statistik och prognoser

Sedan 2012 har Statistiska Centralbyrån i uppdrag att årligen tillhandahålla ett urval av privata utförare inom vård, skola och omsorg. Dessa utförare ska så långt möjligt kunna identifieras i SCB:s registerstatistik för att göra det möjligt att särredovisa viss reguljär statistik för dessa utförare. Myndigheten har också haft uppdrag att utveckla statistik om personal i kommunalt finansierad verksamhet. Avsikten är att denna ska bygga på befintliga register. Båda dessa förslag härrör från förslag i betänkandet *Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning* (SOU 2009:25). Bortfallet i det s.k. utförarregistret är fortfarande stort vilket innebär att kvaliteten är för låg för att kunna publicera säkra uppgifter om t.ex. personalen i privat vård och omsorg om äldre personer.³¹²

I mitt uppdrag ingår att bedöma framtida tillgång och efterfrågan på personal inom vården och omsorgen om äldre personer. Jag redovisar mitt arbete i detta betänkande. I mitt arbete i denna del har jag mött hinder i form av bristande tillgång till personalstatistik. Jag har tvingats ge Statistiska Centralbyrån ett särskilt uppdrag att bearbeta registerdata för att kunna presentera nödvändiga uppgifter. I detta arbete visade det sig att det tyvärr inte var möjligt att ta fram säkra uppgifter om antalet anställda inom olika yrkesgrupper hos privata utförare inom vård och omsorg om äldre personer som finansieras av kommunerna. Skälet till detta är att de undersökningar som genomförs bland privata utförare är urvalsundersökningar med ett så begränsat urval att det inte går att bryta ned uppgifterna ens på ett så stort verksamhetsområde som vård och omsorg om äldre personer.

För att nationella, regionala och lokala aktörer fortlöpande ska kunna följa hur kompetensförsörjningen utvecklas samt göra prognoser krävs tillgång till en bättre statistik. Vid sidan av sär-

³¹² Statistiska Centralbyrån. *Kommunstatistik: alternativa utförare, personal och publicering*. PM från 2013, Dnr 2013/1357.

skilda bearbetningar har hittills den personalstatistik som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utarbetar använts i nationella beskrivningar. Men den omfattar inte privata utförare och har även andra begränsningar.

Mitt förslag är att regeringen ger ett tilläggsuppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet samt ett uppdrag till Statens Skolverk, Myndigheten för yrkeshögskolan och Statistiska Centralbyrån att i samverkan med Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över tillgång och efterfrågan på personal inom äldreomsorgen³¹³ samt hälso- och sjukvården. I detta uppdrag bör ingå att säkerställa statistik över yrkesverksamma personers antal och deras yrkeskompetens samt hur många personer som slutför yrkesutbildning inom olika delar av utbildningssystemet. Härigenom kommer det befintliga uppdraget till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet att utvidgas till att även avse icke legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt personal inom äldreomsorgen. Det uppdrag jag föreslår innebär inte att Socialstyrelsens ansvar som statistikansvarig myndighet självklart ska utvidgas. I stället bör myndigheterna i sina överväganden lämna förslag till vilka uppgifter som behövs och vilken myndighet som är mest lämplig att ansvara för att tillhandahålla uppgifterna.

En uppgift som jag anser angelägen att kunna belysa i en utvecklad personalstatistik är hur stor andel av yrkesverksam personal inom en viss verksamhet som har vidare- eller specialistutbildning av olika slag. Det bör ingå i uppdraget till myndigheterna att säkerställa detta. Det behövs även uppgifter om anställningsform, sysselsättningsgrad och grundutbildning.

³¹³ Mitt uppdrag avser vård och omsorg om äldre. I detta sammanhang bör även övervägas att utvidga uppdraget till att även avse andra delar av socialtjänsten.