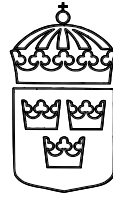


# Regeringens skrivelse

## 2013/14:57



Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt  
2006–2014

Skr.  
2013/14:57

---

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 12 december 2013

*Fredrik Reinfeldt*

*Maria Larsson*  
(Socialdepartementet)

## Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I skrivelsen lämnar regeringen en översiktlig redovisning av inriktning och utveckling av äldrepolitiken sedan 2006. Vidare redovisar regeringen sin bedömning av fortsatta utmaningar inom äldrepolitiken.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1 Inledning.....	7
2 Äldreomsorgen då och nu.....	9
3 Vårdighet och välbefinnande.....	11
3.1 Vårdighetsreformen.....	11
3.2 Samlad och förstärkt tillsynsorganisation.....	14
3.3 Anhöriga och närstående.....	15
3.4 Nationellt kompetenscenter – Anhöriga.....	17
3.5 Personer med demenssjukdom m.fl.....	17
3.6 Nationella riktlinjer vård och omsorg vid demenssjukdom.....	18
3.7 Föreskrifter om bemanning i särskilt boende.....	19
3.8 Hemsjukvården.....	19
3.9 Våld mot äldre.....	19
3.10 Äldre med psykisk ohälsa.....	20
3.11 Genomgång av kunskap om de mest sjuka äldre.....	21
3.12 Behovsbarometern – äldre.....	22
3.13 Nationellt kompetenscenter – Svenskt demenscentrum.....	22
3.14 Evidensbaserad socialtjänst.....	23
3.15 Ny teknik för trygghetslarm.....	23
3.16 Samverkan och organisationsstöd.....	23
4 Självbestämmande och valfrihet.....	24
4.1 Valfrihetsreformen.....	26
4.2 Valfrihetssystemen ur ett befolknings- och patientperspektiv.....	27
4.3 Val inom hemtjänst och äldreboende.....	28
4.4 Kostnader och effektivitet.....	29
4.5 Inga tydliga kvalitetsskillnader utifrån regiform.....	31
4.6 De nya omsorgsföretagen.....	31
4.7 Utvecklingen av mångfald.....	33
4.8 Etisk plattform.....	37
4.9 Hjälpmedel.....	38
4.10 Framtidsfullmakt.....	39
4.11 Äldres hälsa.....	39
4.12 Teknik för äldre.....	40
4.13 Bostäder och boende.....	40
4.14 Mer och bättre kunskaper om äldre och åldrande.....	41
4.15 Vad tycker de äldre själva?.....	41
4.16 Uppdrag att komplettera brukarundersökningen.....	42
5 Kvalitet i vård och omsorg.....	43
5.1 Sammanhållna vård och omsorg om de mest sjuka äldre.....	43
5.2 Kvalitetssäkrad välfärd.....	46

5.3	Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister .....	46
5.4	God vård i livets slutskede .....	47
5.5	Preventivt arbetssätt .....	47
5.6	God vård vid demenssjukdom .....	47
5.7	God läkemedelsbehandling för äldre .....	49
5.8	Sammanhållen vård och omsorg.....	49
5.9	Nationell patientöversikt .....	50
5.10	Väntetider och patientens väg genom vården .....	50
5.11	De mest sjuka äldres vård och omsorg .....	50
5.12	Bedömningsinstrument för äldreomsorg .....	51
5.13	Delaktighet i vård och omsorg för personer med demenssjukdom .....	52
5.14	Andra uppdrag till Socialstyrelsen .....	52
5.15	Statskontoret följer regeringens överenskommelser .....	53
5.16	Öppna jämförelser .....	53
5.17	Kompetenssatsningar.....	56
5.18	Statliga bidrag för utveckling av ökad kvalitet.....	57
5.19	Investeringsstöd till särskilt boende enligt SoL m.m.....	58
6	Socialstyrelsens lägesrapport 2013 .....	59
6.1	Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013.....	59
7	Svensk äldreomsorg i jämförelse .....	59
7.1	OECD länder i jämförelse .....	59
7.2	Active Ageing Index 2012.....	61
7.3	Global Agewatch Index 2013 .....	61
7.4	IHP studien.....	61
8	Slutsatser och fortsättning.....	62
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2013 .....	66

## Sammanfattning

Det ska vara tryggt att åldras i Sverige både i dag och i framtiden. Vårt land har goda förutsättningar att fortsätta vara ett av världens ledande länder inom äldreområdet.

I skrivelsen redogör regeringen för huvuddragen i den förda äldrepolitiken 2006–2013. Regeringens mål för äldrepolitiken har samlats i tre huvudsakliga inriktningar: *värdighet och välbefinnande*, *självbestämmande och valfrihet* samt *kvalitet i vård och omsorg*. I skrivelsen redovisas också internationella jämförelser av vård och omsorg för äldre. Avslutningsvis redovisas områden som fortsättningsvis bör ges framskjuten plats i äldrepolitiken.

Genomgående för regeringens initiativ inom äldrepolitiken är att de äldre sätts i centrum. Att få fortsätta vara den person man varit tidigare också när man har behov av samhällets omsorg är centralt. Man ska få stöd för att behålla sina intressen, vanor och sociala kontakter så långt det är möjligt. För en god måluppfyllelse menar regeringen att det är viktigt att förändringsarbetet skapar förutsättningar för ökad transparens och en tydlig fördelning av ansvar. Vård och omsorg för äldre personer är ett område som ständigt förändras, vilket kräver en aktiv och framåtsyftande politik. Centralt för en sådan politik är å ena sidan de enskilda personernas hälsa, behov och önskemål för ett hälsosamt och aktivt åldrande. Å andra sidan handlar det om de långsiktiga behoven av personella, ekonomiska och andra resurser samt utvecklingen av kvalitet. De senaste årens utvecklingsarbete visar att stora förändringar är möjliga på kort tid. Regeringen har tillsammans med kommunerna och landstingen samt offentliga och enskilda utförare tagit viktiga steg för utveckling av god kvalitet och god hushållning med ekonomiska och personella resurser.

Varje person som behöver vård och omsorg är alltid unik och har rätt att få hjälp och sina personliga önskemål tillgodosedda utifrån sina specifika behov. Äldre har numera rätt att själva kunna välja när och hur de vill ha omsorg. Dessa utgångspunkter är centrala för att äldre personer ska kunna känna värdighet och välbefinnande.

Vad vården och omsorgen gör, hur det görs och vilka resultat det leder till måste vara lätt tillgängligt för alla. Brukarundersökningar, öppna jämförelser och eHälsa är viktiga steg för att öka transparensen. Ytterst handlar det också om tilltron till den gemensamt finansierade välfärden.

Det är kommuner och landsting som ansvarar för vård och omsorg för äldre. Statens huvudsakliga uppgift inom äldreområdet är att nära följa utvecklingen. Ibland behöver utvecklingen stödjas och ibland kan inbörden av de lokala huvudmännens ansvar behöva tydliggöras. Regeringen har genomfört flera lagändringar. I andra fall, som hemsjukvårdens fortsatta kommunalisering eller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, har en nationell samordnare underlättat samverkanslösningar.

Några av de viktigaste resultaten av regeringens äldrepolitik är:

- Den nationella värdegrunden har lagts fast genom en ny bestämmelse i socialtjänstlagen.

- De äldres valfrihet har stärkts genom införandet av lagen om valfrihetssystem, förkortad LOV. Skr. 2013/14:57
- Genom reglerna om skattereduktion för hushållstjänster (s.k. RUT-tjänster) har många äldre fått möjlighet att själva bestämma att de vill ha t.ex. hjälp med städning.
- Äldre par har genom en ny bestämmelse i socialtjänstlagen fått rätt att själva bestämma om de vill fortsätta bo tillsammans också när den ene behöver flytta till särskilt boende, den s.k. parboendegarantin.
- Attraktiva utbildningar och effektiva lärformer bidrar till att fler anställda i äldreomsorgen har t.ex. grundläggande kunskaper eller specialiserade kunskaper för yrket. Genom den nationella ledarskapsutbildningen erbjuds äldreomsorgens chefer kompetenshöjning.
- Genom utvecklingen av kvalitetsregister för äldreområdet har ett effektivt stöd skapats för utveckling av god kvalitet och för att tillvarata och vidareutveckla personalens kunskaper.
- På kort tid har kvalitetsregistren visat sig bidra till tidig upptäckt av risker för t.ex. fall, undernäring och trycksår. Därigenom kan också åtgärder sättas in tidigt vilket visat sig leda till minskning av fallskador, minskad undervikt och färre trycksår.
- Genom kvalitetsregister har personalen fått ett verktyg för att utveckla bemötandet av personer med demenssjukdom vilket minskar förekomsten av och graden av allvarlighet i beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom.
- Genom öppna jämförelser och brukarundersökningar har det blivit tydligare vad vården och omsorgen åstadkommer och vad de äldre tycker om bl.a. kvalitet, bemötande och tillgänglighet.
- Arbetsgivarorganisationerna, branschorganisationerna och de fackliga organisationerna inom vården och omsorgen har enats om en etisk plattform. Den etiska plattformen bygger på nyckelorden öppenhet och insyn.
- Anhöriga ska efter en lagändring erbjudas stöd från kommunerna.
- Investeringsstöd till äldrebostäder hade fram till december 2012 beviljats för drygt 11 000 bostäder.
- De nya reglerna i socialtjänstlagen (2001:453) om anmälan av missförhållanden, Lex Sarah innebär att anmälningsskyldigheten utvidgats från att omfatta äldreomsorg till att omfatta hela socialtjänsten och att all personal m.fl. ska medverka till god kvalitet i verksamhet och insatser.
- Den statliga tillsynen har samlats i en organisation och tilldelats ökade resurser och större befogenheter.

Skr. 2013/14:57

- Kvalitetsutveckling har under tiden statliga stimulansmedel riktades till kommuner och landsting märkbart förbättrat bl.a. kompetens, samverkan, det sociala innehållet och läkemedelsanvändningen för äldre.

I denna skrivelse redogör regeringen för huvuddragen i äldrepolitiken sedan 2006. Genomförda och pågående arbeten redovisas liksom granskningar, utvärderingar och internationella jämförelser. Regeringspolitikens roll är bl.a. att ange mål, att stödja introduktion och användning av effektiva arbetssätt, att bedöma resultat och att stödja vidareutveckling. De konkreta förbättringar som nu börjar synas är resultat av en resultat-inriktad och dynamisk samverkan mellan staten och lokala och regionala huvudmän och andra aktörer som t.ex. brukarorganisationer och enskilda utförare. De ekonomiska resurserna för regeringens äldrepolitik har uppgått till knappt 2 miljarder kronor per år.

Regeringens mål för äldrepolitiken finns uttalade i regeringsförklaringarna 2006 och 2010. Målen har här samlats i tre huvudsakliga inriktningar – värdighet och välbefinnande, självbestämmande och valfrihet, samt kvalitet i vård och omsorg. Med den indelningen som grund redovisas regeringens insatser inom området. För en god måluppfyllelse är det viktigt för regeringen att förändringsarbetet utgår från de äldres perspektiv, ökad transparens och ett tydligt ansvar.

## **Regeringsförklaringen 2006**

- De som inte alltid kan föra sin talan ska särskilt värnas.
- Alla ska garanteras en trygg och värdig äldreomsorg.
- Äldreomsorgen måste bedrivas med respekt för människovärdet.
- Resurser tillförs för att förbättra det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet i äldreomsorgen.

## **Regeringsförklaringen 2010**

- Omsorgen om de äldre ska utformas med människovärdet i centrum.
- Patienternas valfrihet ska öka.
- Valfärden ska fortsätta utvecklas så att människor får möjlighet att bestämma mer själva. I barnomsorgen, äldreomsorgen och sjukvården.
- Regeringens ambition är att ge äldre möjlighet att själva välja när det är dags att flytta till ett anpassat boende. Likaså bör äldre som så önskar få fortsätta att bo tillsammans, även om omsorgsbehoven skiljer sig åt.
- För att nå en ökad samverkan mellan kommuner och landsting till stöd för de mest sköra äldre görs en bred satsning på vården och omsorgen.

## **Regeringens äldrepolitik**

Äldreomsorgen har i dag stora kvaliteter men ibland också brister. Regeringen stödjer huvudmännen med t.ex. kunskapsunderlag eller ekonomiska stöd för utveckling. Antalet och andelen äldre i befolkningen ökar vilket förutsätter att kommuner och landsting också fortsättningsvis arbetar intensivt med utvecklingsfrågorna. På de allra flesta håll pågår också ett omfattande utvecklings- och förändringsarbete. Möjligheterna

att utveckla äldreomsorgen finns och behöver tas till vara både nu och under de år som följer.

Regeringens politik har därför präglats av att långsiktigt stärka förutsättningarna för t.ex. brukarnas inflytande, ökad transparens i verksamheterna, spridning av kunskap och erfarenheter, ökad kvalitet och ökad effektivitet. Det arbetet sker i nära samarbete med kommuner och landsting som har ansvaret för vård och omsorg för äldre. Regeringen har också tydligt betonat landstingens och kommunernas ansvar för vård och omsorg för äldre.

En ökad livslängd medför att det blir fler äldre i befolkningen. I dag finns nästan en halv miljon som är äldre än 80 år i Sverige. Om 20 år kommer de att vara över 800 000 och i slutet av 2040-talet över 1 miljon. Då beräknas närmare en av tio i befolkningen vara 80 år eller äldre. I dag är det var tjugonde.

I ett längre perspektiv är det absolut nödvändigt att vård och omsorg för äldre byggs på ett långsiktigt uthålligt sätt. Om morgondagens allt fler äldre har samma behov som de äldre i dag och om vård och omsorg utförs som i dag kommer kostnadsökningarna att bli mycket stora. Både ekonomiska resurser och personalresurser kommer troligtvis att vara begränsade. Därför måste det ges hög prioritet åt att försöka öka vårdens och omsorgens förmåga att åstadkomma god kvalitet och ökad effektivitet. Kvaliteten ska ökas genom att ny kunskap tas fram och används. Kompetensen behöver kontinuerligt underhållas och ökas, organisering av vård och omsorg behöver fortlöpande ses över. De resurser som i dag används för äldres vård och omsorg måste användas så effektivt som möjligt. Med den åldrande befolkningen följer att fler personer än i dag kommer att behöva vård och omsorg. Även om en god hälsa kan stödjas ytterligare och ohälsan skjutas framåt i tiden så är det troligaste ändå att de allra flesta under senare delen av livet kommer att drabbas av sjukdomar, nedsatt funktionsförmåga och ökande beroende av hjälp och stöd. Viktigast i det fortsatta utvecklingsarbetet är vilket resultat det åstadkommer för den enskilde brukaren eller patienten.

Det måste vara möjligt att på ett enkelt sätt följa upp vad som görs och hur resultat ser ut. Sådan information utgör grundvalen för att kunna påvisa både de kvaliteter och de förbättringsbehov som finns. Uppföljning behövs för att styra verksamheter till att utveckla rätt kvalitet och kompetens med rätt mängd resurser. De prioriteringsbeslut som varje kommun och varje landstings budget vilar på blir synliga när resultaten kan följas och jämföras i öppna jämförelser.

I en överenskommelse mellan arbetsgivarorganisationer och fackliga organisationer har enighet nåtts om en etisk plattform som syftar till att öka insynen och att säkra kvalitet i välfärden. Arbetet med den etiska plattformen initierades av socialminister Göran Hägglund och barn- och äldreminister Maria Larsson. Öppenheten har ett värde i sig men bidrar också till att utveckla en hög kvalitet. Alla som ansluter sig till plattformen – kommuner och landsting, som ju både är beställare och utförare, samt privata utförare av olika slag – förbinder sig att ge allmänheten, brukare och patienter en god insyn i verksamheten. Allmänhetens insyn ska förbättras inom områden som kvalitet, ekonomi och ägande samt anställningsvillkor.



### **Ädelreformen**

År 1992 gavs kommunerna genom den s.k. Ädelreformen ett samlat ansvar för långvarig service och vård för äldre och funktionshindrade. Fram till dess hade landstingen ansvaret för hälso- och sjukvård och kommunerna ansvaret för sociala insatser enligt den s.k. kompetensprincipen. De problem som skulle lösas genom Ädelreformen var bl.a. att allt för många vårdades på institutioner under lång tid. Många vårdades vid kliniker inom akutsjukvård, långtidsvård och psykiatri utan att egentligen behöva de resurser som finns där. Förutsättningarna för trygghet och integritet var otillräckliga i sådana miljöer. Sjukhemmen hade ofta flerbäddsrums och en i övrigt stark institutionell prägel.

Den äldres vård- eller boendeform styrdes mer av vad det fanns plats än av den enskildes önskemål och faktiska vårdbehov. Bristen på alternativa boende- och vårdformer var den huvudsakliga anledningen till att de fanns kvar i institutionsvården. Många av de äldre med vad som då beskrevs som sammansatta vårdbehov blev kvar på akutsjukvårdens kliniker i brist på andra alternativ. Äldre par kunde inte fortsätta leva tillsammans när den ena parten behövde mer omfattande hjälp. Förhållandena för de äldre hade sin grund i den rådande fördelningen av ansvar och uppgifter mellan kommuner och landsting. Ansvarsfördelningen ansågs vara till men för den enskilde och försvåra en ändamålsenlig resursanvändning. Ädelreformen var både en bostadspolitisk och vård- och omsorgspolitisk reform.

Ekonomiskt reglerades reformen med en skatteväxling där resurser motsvarande drygt 20 miljarder kronor fördes över till kommunerna från landstingen. Genom reformen förtydligades kommunernas ansvar för olika boendeformer samt den vård och service som lämnades där. Ansvaret i de särskilda boendeformerna kom att omfatta såväl sociala som medicinska insatser. Landstingens huvudsakliga uppgifter omfattar utredning och behandling. Vården och omsorgen för äldre har därefter strukturerats om. Bl.a. har vård och omsorg i hemmet förstärkts kraftigt. Särskilt boende har moderniserats men också genom hemvårdens utbyggnad minskat i omfattning. Vårdtiderna vid sjukhusen har förkortats genom effektivare behandling.

### **Äldreomsorgen i dag**

I dag är äldreomsorgen en välfärdstjänst som kommunerna ansvarar för inom ramen för socialtjänstlagen. I ansvaret ingår också hemsjukvård som stegvis förts över till kommunerna. Efter 2014 återstår endast Stockholms län med 26 kommuner där hemsjukvården i ordinärt boende ännu är landstingets ansvar. Landstingen ansvarar dock för alla läkarinsatser oavsett de äldres boendeform. Kommunerna ska när det gäller äldre arbeta för att de kan leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Omfattningen av vård och omsorg för äldre är i dag mycket stor. Sverige använder 3,6 procent av BNP till vård och omsorg för äldre.

År 2011 hade ca 220 600 äldre beviljats hemtjänstinsatser, inklusive dem som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning i ordinärt boende. Ca 92 200 äldre hade beviljats särskilt boende. År 2007 bodde ca 198 900 i ordinärt boende med pågående hemtjänstinsatser och ca 97 500 äldre bodde permanent i särskilt boende.

### **De som får äldreomsorg**

En analys av lokala data från SNAC-K (Swedish National Study on Ageing and Care – Kungsholmen) visar att de som får äldreomsorg för första gången får det vid en ålder av ca 84 år. Analysen visar också att många av dem har svårigheter som är vanligt förekommande hos personer i mycket hög ålder, den s.k. fjärde åldern. Knappt en fjärdedel av dessa personer kommer direkt till särskilt boende med heldygnsoomsorg. Efter tre år har hälften av personerna avlidit, efter sex år lever cirka en fjärdedel fortfarande. Efter sex år hade en tredjedel av de överlevande som initialt fanns i ordinärt boende flyttat till särskilt boende med heldygnsoomsorg.

De som får äldreomsorg för första gången är i genomsnitt beroende i fyra av fem vardagliga instrumentella aktiviteter (I-ADL aktiviteter, dvs. laga mat, göra inköp, städa, tvätta samt sköta barn). Hälften är beroende i minst en vardaglig personlig aktivitet (P-ADL aktiviteter, dvs. att äta och dricka, klä på och av sig, sköta sin personliga hygien och övriga kroppsvård samt göra toalettbesök). En tredjedel är svårt rörelsehindrade och en av sex är svårt kognitivt nedsatt. Graden av funktionsnedsättning ökar starkt med tiden. Hälften av de överlevande efter sex år har tre eller fler ADL-beroenden och tre av tio är svårt kognitivt nedsatta.

### **Valfrihet och trygghet**

Äldres inflytande och valmöjligheter har stärkts genom ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) och genom införandet av lagen om valfrihetssystem LOV (2008:962). En central del i människors liv är boende och möjligheten att själv kunna bestämma hur detta ska vara utformat. Med många alternativ finns möjligheten att tillgodose den äldres behov på det sätt som passar honom eller henne bäst. I dag finns möjlighet till stöd och insatser i hemmet, trygghetslarm, trygghetsboende, seniorboende och särskilt boende. För äldre i dag finns också möjligheten att köpa RUT-tjänster med skattereduktion.

Den som är äldre ska så långt det är möjligt kunna bo kvar i sin bostad om de så önskar. Den som har stora behov och som inte känner sig trygg ska kunna få vård och omsorg anpassad efter behoven. Hjälpn ska utformas och genomföras tillsammans med den äldre och den äldre får efter en lagändring i socialtjänstlagen 2009 så långt möjligt välja när och hur stöd och hjälp ska ges. I de kommuner som erbjuder valfrihet inom äldreomsorgen ges den äldre också möjlighet att själv välja och bestämma vem som ska utföra de insatser som beviljats.

När de insatser som kan ges i hemmet inte räcker till ska de äldre kunna erbjudas ett boende som ger en högre grad av omsorg och omvårdnad. Att vara bosatt i en särskild boendeform i dag innebär ett eget boende som erbjuder en hög grad av stöd, service och omvårdnad dygnet

runt. Äldre par som delat ett långt liv tillsammans ska efter en ändring i socialtjänstlagen 2012 ges möjlighet att få fortsätta att bo ihop även om deras omsorgsbehov skiljer sig åt. Skr. 2013/14:57

### 3 Värdighet och välbefinnande

Viktiga principer om värdighet och välbefinnande:

**Regeringsförklaringen 2006**

- De som inte alltid kan föra sin talan ska särskilt värnas.
- Alla ska garanteras en trygg och värdig äldreomsorg.
- Äldreomsorgen måste bedrivas med respekt för människovärdet.

**Regeringsförklaringen 2010**

- Omsorgen om de äldre ska utformas med människovärdet i centrum.

#### 3.1 Världighetsreformen

I propositionen Världigt liv i äldreomsorgen (prop. 2009/10:116) framhåller regeringen att relationen och mötet mellan den äldre personen och omsorgspersonalen har avgörande betydelse för den äldre personens livskvalitet. Den i lag fastställda nationella värdegrunden är en förutsättning för att kunskap om omsorg ska kunna bli till insikt och förståelse och tillämpas på ett sätt som bidrar till livskvalitet för äldre kvinnor och män. Den nationella värdegrunden infördes den 1 januari i socialtjänstlagen (2001:453). Som en del i världighetsreformen infördes samtidigt i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter en befogenhet för kommunerna att lämna kompensation till en enskild person, t.ex. när denna inte har fått bistånd enligt socialtjänstlagen verkställt inom skälig tid. Socialstyrelsen har i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram handledningsmaterial och informationsmaterial om den nationella värdegrunden för äldreomsorgen.

Värdegrunden i 5 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453)

*Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).*

Genom bl.a. vägledningsmaterial, studiecirkel, utbildning av värdegrundsledare och högskoleutbildning för chefer stödjer regeringen det praktiska införandet och tillämpningen av den nationella värdegrunden.

Världighetsreformen tar enligt regeringens proposition (prop. 2009/10:116) avstamp i att varje människa har en grundläggande värdighet och ett unikt värde redan i att vara människa. Alla ska kunna få leva ett värdigt liv. Begreppet värdigt liv har en övergripande karaktär och kan innebära sådant som respekt för privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet, individanpassning, insatser av god kvalitet och gott bemötande av den äldre personen och hennes eller hans närstående.

Som äldre person ska man kunna fortsätta vara den man är och har varit hela livet med sina vanor och intressen och få stöd när det behövs också för att kunna upprätthålla kontakt med familj och vänner. Äldreomsorgen bör värna och respektera vars och ens rätt till privatliv och integritet. Det kan gälla sådant som möjlighet till avskildhet, såväl det fysiska området t.ex. bostaden som finkänslighet och diskretion vad gäller den kroppsliga omsorgen.

Äldreomsorgen behöver respektera och stödja den enskildes självbestämmande och autonoma livsföring. Den äldre personen behöver kunna påverka den omsorg hon eller han får, en rättighet som den enskilde har enligt 3 kap. 5 § socialtjänstlagen. Det gäller såväl innehållet i ett beslut om bistånd, som hur insatserna ska genomföras. Den äldre kvinnan eller mannen måste kunna påverka när hon eller han vill stiga upp eller gå och lägga sig, när måltiderna ska intas och vilken mat man önskar äta. I möjligaste mån bör det vara möjligt att påverka vilken personal som ska utföra insatserna. Självbestämmande innebär även rätt att tacka nej den omsorg som erbjuds.

I propositionen betonas vidare att människor har olika behov, önskemål och intressen. Det förutsätter en lyhördhet inför varje persons unika förutsättningar och behov. Till individuellt anpassad omsorg kan höra att bl.a. erbjuda omsorg på det språk som den äldre förstår eller omsorg som på annat vis är kopplat till den äldre personens identitet. Inom ramen för en individuellt anpassad omsorg hör även att beakta olikheter i kvinnors och mäns behov och önskemål samt i övrigt vara lyhörd för individers olika förutsättningar och behov utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

Anpassning till individen innebär krav på variation, valfrihet och flexibilitet i äldreomsorgens insatser. I en omsorg som är individanpassad kan den äldre kvinnan eller mannen få en meningsfull vardag genom social samvaro, men också utrymme att leva enligt sin livsåskådning, kultur och tro. Det kan även handla om att slippa delta i sådana aktiviteter.

Ett gott bemötande förutsätter kunnighet, lyhördhet och empati. Alla människor har rätt till ett gott bemötande. För äldre personer är det oftast särskilt viktigt att ha möjlighet att uttrycka sig på sitt modersmål. I detta sammanhang bör även de nationella minoriteternas språkliga och kulturella behov och rättigheter beaktas.

Det bör vara en central uppgift för äldreomsorgen att uppmärksamma och försöka förstärka välbefinnandet. Verksamheterna inom äldreomsorgen ska inriktas på att den äldre känner välbefinnande med de insatser som ges. Till en persons välbefinnande kan höra sådant som känsla av trygghet och meningsfullhet.

De offentliga trygghetssystemen kan inte ta hand om all oro men äldreomsorgens ansvar bör vara att så långt som möjligt erbjuda en trygg miljö med god vård och omsorg så att den äldre kvinnan eller mannen kan uppleva välbefinnande även om hon eller han har omfattande omsorgs- och vårdbehov. Den äldre personen behöver känna igen sig i den vardagliga situationen och därför är det viktigt med kontinuitet och pålitlighet i hur omsorgen bedrivs och i dess vardagliga rutiner samt att den äldre personen slipper omständigheter som kan skapa ovisshet och

oro. Trygghet kan också innebära sådant som information om förändringar, att ha trygghetslarm, att kunna påverka förändringar så långt det är möjligt, att veta att ingen oönskad kommer in i bostaden etc. För att öka fokus på äldre personers välbefinnande bör, enligt propositionen, biståndsbedömningen uppmärksamma den enskildes behov av socialt innehåll.

Av 2013 års brukarundersökning framgår att andelen nöjda brukare och anhöriga ökar. Nära 90 procent känner sig trygga medan omkring 3 procent känner sig otrygga. 87 procent svarar att personalen utföra sina uppgifter bra eller mycket bra. Fler äldre än tidigare är positiva till de aktiviteter som erbjuds på äldreboenden.

### **Värdighetsgarantier**

En lokal värdighetsgaranti är kommunens utfästelse till de äldre med äldreomsorg. Den tydliggör vad de äldre kan förvänta sig och tar sin utgångspunkt i hur man ska säkra eller värna den enskildes självbestämmande, delaktighet, integritet, individanpassade insatser samt känsla av trygghet och meningsfullhet. Det är viktigt att ta fram och införa lokala värdighetsgarantier för att göra det tydligt för äldre personer, anhöriga och kommuninvånare vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen i kommunen. Därför har regeringen under 2011–2012 stimulerat kommunerna genom vägledning och ekonomiskt stöd. I en lägesrapport har Socialstyrelsen redovisat erfarenheter från satsningen (Källa: Prestationsersättning för lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen, Socialstyrelsen 2013).

I satsningen om lokala värdighetsgarantier deltog 264 kommuner. Drygt en tredjedel av dessa har utformat och redovisat minst tre garantier för Socialstyrelsen. En förutsättning för att värdighetsgarantierna ska komma till nytta för de äldre är att personalen i äldreomsorgen är delaktig i utvecklingen av garantierna och i hur de omsätts i praktiken.

Socialstyrelsen har under 2012 bland annat publicerat allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg, vägledningsmaterial till personal och chefer samt en folder som vänder sig till enskilda äldre och deras anhöriga.

### **Lex Sarah**

Den 1 juli 2011 infördes nya regler i socialtjänstlagen (2001:453) om anmälan av missförhållanden, Lex Sarah. Bestämmelserna utvidgades från att omfatta äldreomsorg till att gälla hela socialtjänsten inklusive verksamhet vid Statens institutionsstyrelse. All personal m.fl. ska medverka till god kvalitet i verksamhet och insatser. De är skyldiga att rapportera om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden. Alla allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg av socialnämnden, ledningen för Statens institutionsstyrelse eller av den som bedriver yrkesmässig enskild verksamhet.

## Vistelsebegreppet har förtydligats

Socialtjänstlagens vistelsebegrepp har förtydligats. Om den enskilde är bosatt i en annan kommun än vistelsekommunen, ansvarar bosättningskommunen för stöd- och hjälpinsatser. Detta gäller även när den enskilde tillfälligt vistas i en annan kommun än den egna oavsett om det är en längre eller en kortare tid, t.ex. under en semester.

## 3.2 Samlad och förstärkt tillsynsorganisation

Den 1 januari 2010 stärktes och förtydligades tillsynen genom ändringar i socialtjänstlagen (2001:453) samtidigt som den samordnades med tillsynen av hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Den 1 juni 2013 bildades en ny tillsynsmyndighet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården, Inspektionen för vård och omsorg, som ett fortsatt led i att stärka tillsynen. Tillsynen har fått ökade befogenheter och större resurser.

Tillsynen har åren 2009–2013 haft ett uppdrag om förstärkt tillsyn inom äldreområdet. Inspektionen för vård och omsorg lämnade en slutredovisning den 1 oktober 2013 (Källa: Äldre efterfrågar kontinuitet, Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre, Inspektionen för vård och omsorg 2013). I uppdraget ingick att granska vården och omsorgen om äldre med särskilt fokus på hur äldreomsorgen och hälso- och sjukvården uppfyller kraven på samverkar enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Äldre personer med stora, sammansatta behov av vård och omsorg är ofta omgivna av en mängd olika aktörer och personal. Det är en utmaning för dessa aktörer och personal att samordna vården och omsorgen så att patientsäkerhet, kontinuitet och kvalitet garanteras. Nya metoder har inneburit att vårdtiderna kan kortas ned, och alltmer av den vård och behandling som tidigare krävde den slutna vårdens resurser kan skötas i öppenvården. Den planering som enligt lag förutsätts för att tillgodose den enskildes ev. behov av fortsatt vård och omsorg s.k. vårdplanering genomförs i regel parallellt med den medicinska utredningen. Det får till följd att det vid vårdplaneringstillfället inte alltid går att fastställa till exempel vilka läkemedel, behandlingar eller hjälpmedel den äldre behöver vid utskrivningen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter blir heller inte alltid kallade till vårdplaneringen med risk att rehabilitering försenas eller uteblir.

Under 2013 genomfördes inom uppdragets ram en uppföljande tillsyn. Vid denna tillsyn visade det sig att 74 procent av de berörda huvudmännen genomfört Socialstyrelsens krav på förbättringar. Åtgärder hade också på olika sätt fått genomslag i verksamheterna. Men i en fjärdedel av fallen hade Socialstyrelsens krav på åtgärder delvis eller inte alls vidtagits. Det som kvarstod handlade i huvudsak om dokumentation dvs. att säkerställa rättssäkerheten för den äldre vid handläggning av beslut och dokumentation när insatsen genomfördes. Enstaka verksamheter hade exempelvis inte heller genomfört planerade åtgärder avseende avvikelshantering eller bemanning.

Socialstyrelsen förtydligade kraven genom nya beslut. Socialstyrelsen bedömde att de allra flesta verksamheter som varit föremål för tillsyn

genomfört förändringar och förbättringar för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av äldre. Skr. 2013/14:57

Inspektionen för vård och omsorg finner det anmärkningsvärt att en så pass stor andel som 26 procent av de granskade verksamheterna i denna uppföljande tillsyn har låtit bli att vidta tillräckliga åtgärder. Inspektionen för vård och omsorg vill emellertid inte dra alltför långtgående slutsatser från resultatet i denna uppföljande tillsyn. Antalet tillsynsobjekt har varit begränsat, och i huvudsak handlat om krav på åtgärder för dem som bedriver äldreomsorg. Inspektionen för vård och omsorg vill i sammanhanget betona att verksamheterna genom ett systematiskt kvalitetsarbete själva behöver ta ett större ansvar för att ge en god vård och omsorg i enlighet med gällande bestämmelser.

### 3.3 Anhöriga och närstående

Familjen är viktig genom hela livet. Anhöriga är viktiga för varandra. Många ger ett på många sätt betydelsefullt stöd till sina äldre eller sjuka anhöriga. Även om anhörigas insatser är betydelsefulla också för samhället så ska det också understrykas att anhöriginSATSER inte får vara ett tvång.

Stöd till anhöriga är sedan den 1 juli 2009 en skyldighet för kommunerna. Då ändrades bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453) så att kommunerna är skyldiga att erbjuda stöd till de personer som vårdar eller stödjer en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har någon funktionsnedsättning. Socialstyrelsen följer utvecklingen av stödet till anhöriga. De mest vanliga stödformerna är enskilda samtal eller deltagande i anhöriggrupper som förekommer i de flesta kommuner. Andra vanliga stödformer är avlösning i eller utanför hemmet och hälsofrämjande aktiviteter.

Hösten 2011 genomförde Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen en pilotundersökning om anhörigomsorgens omfattning och konsekvenser (Källa: Anhöriga som ger omsorg till närstående, Socialstyrelsen 2012). Resultaten visar att:

- Drygt 1,3 miljoner personer, närmare var femte person i vuxen ålder (20 procent av kvinnorna och 16 procent av männen), vårdar, hjälper eller stödjer en närstående.
- Omsorgsgivande är vanligt i alla åldrar men förekommer mest i åldersgruppen 45–64 år, dvs. personer i förvärvsaktiv ålder.
- 86 procent tycker att det ofta eller alltid känns bra att ge hjälp.
- Drygt 80 procent svarar att omsorgsgivandet inte påverkar dem ekonomiskt.
- Kvinnor upplever i högre grad än män att deras livskvalitet påverkas negativt av deras omsorgsåtagande.

För att få djupare kunskap om konsekvenserna för anhöriga som ger omsorg till närstående har Socialstyrelsen fått i uppdrag att göra ytterligare databearbetning och undersöka bl.a. varför vissa omsorgsgivare skattar sitt hälsotillstånd som sämre än andra, dvs. om det beror på ålder, förvärvsarbete eller andra livsomständigheter. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 1 oktober 2014.

Under de år bestämmelsen i socialtjänstlagen om stöd till anhöriga varit i kraft har enligt Socialstyrelsens rapportering stödet till anhöriga fått en tydligare struktur (Källa: Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående, Socialstyrelsen 2012). Allt fler kommuner utvecklar strategier och planer för arbetet. Kommunerna avsätter medel, inrättar tjänster, utvecklar utbudet av serviceinsatser och förbättrar informationen om sitt stöd till anhöriga.

Utvecklingen av stödet till anhöriga har sin utgångspunkt i äldreomsorgen, ofta organiserat som en separat verksamhet. Äldreomsorgen och verksamheten för personer med funktionsnedsättning ingår ofta i samma förvaltning, vilket kan ge ömsesidiga fördelar. I individ- och familjeomsorgen ingår samarbetet med och stödet till anhöriga som en del i klientarbetet.

De problem som framkommer i Socialstyrelsens uppföljning är att anhörigas behov av stöd inte uppmärksammas systematiskt inom hela socialtjänsten. Det kan betyda att biståndshandläggarna inte utreder anhörigas behov av stöd och att de olika verksamheterna inte har rutiner för hur de ska uppmärksamma anhörigas situation och erbjuda stöd.

### **Stöd till anhöriga**

Socialstyrelsens studie visar att drygt tre fjärdedelar av de anhöriga inte hade behov av stöd. Bland dem som gav mer omfattande omsorg var det drygt hälften som inte hade något behov av stöd. Av de anhöriga som gav mer omfattande omsorg kände endast var tredje person till bestämmelsen om kommunernas skyldighet att stödja anhöriga i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453).

De som vårdar, hjälper eller stödjer en annan person anser inte alltid att de behöver hjälp för egen del från kommunen. Det kan bero på att de inte känner till vilken hjälp som finns att få eller att den hjälp som erbjuds inte svarar mot behoven. Ett annat skäl kan vara att anhöriga i första hand vill att den de vårdar ska få hjälp från socialtjänsten som t.ex. hemtjänst, korttidsvård, boendestöd eller plats i särskilt boende. Ofta är anhöriga till långvarigt sjuka mest intresserade av hjälp från landstingets hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens kartläggning lyfter fram flera hel del intressanta erfarenheter. Service i olika former som stöd till anhöriga är en mycket utbredd verksamhet även om det är svårt att värdera omfattningen efter en första kartläggning. Många anhöriga och den sjuke har långvariga kontakter med hälso- och sjukvården. Hittills har socialtjänstens samarbete med hälso- och sjukvården gått trögt. Men kontakterna och informationsutbytet börjar resultera i att samverkansrutiner växer fram. Kuratorn inom sjukvården är en viktig kontaktyta. Samarbetet mellan huvudmännen inom missbruks- och beroendevården innebär att stödet till anhöriga blir en naturlig del i klientarbetet.

Regionala och lokala vårdprogram i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård har bidragit till en bättre struktur för samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst. (Källa: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, Socialstyrelsen 2010).



Socialstyrelsens uppföljning visar att det finns ytterligare behov av vägledning i tillämpningen av bestämmelsen i socialtjänstlagen. Socialstyrelsen kommer att pröva möjligheten att ta fram en webbaserad utbildning om innebörden av 5 kap 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen kommer att stödja patient-, anhörig-, funktionshinder-, och frivilligorganisationerna i deras arbete för stöd till anhöriga, genom olika typer av initiativ. För att stödja socialtjänstens samverkan med hälso- och sjukvården i arbetet med att stödja anhöriga, kommer Socialstyrelsen att ta fram goda exempel på hur sådan samverkan kan utformas. Socialstyrelsen kommer, där det är relevant, att beakta de anhörigas situation i arbetet med att utveckla nya och revidera existerande nationella riktlinjer.

### 3.4 Nationellt kompetenscenter – anhöriga

Socialstyrelsen utsåg 2007, Regionförbundet Kalmar län för att utveckla ett nationellt kompetenscentrum för anhörigfrågor. Nationellt kompetenscentrum anhöriga har till uppgift att samla in, strukturera och sprida kunskaper och erfarenheter inom anhörigområdet, samt stimulera och stödja utvecklingsarbete och implementering av kunskaper rörande anhörigas situation. Nationellt kompetenscentrum anhöriga ska bidra till högre kvalitet och produktivitet inom vård och omsorg samt ta del av internationella erfarenheter och forskningsresultat. Man ska också ta vara på den kunskap och de erfarenheter som finns hos anhöriga och brukare, personal, beslutsfattare samt forskare.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga gör kunskapsöversikter över aktuell forskning och sprider goda exempel från olika utvecklingsprojekt. Nationellt kompetenscentrum anhöriga är medarrangör i Anhörigrisdagen, en konferens som samlar cirka 800 deltagare från alla målgrupper och hålls en gång per år. Vidare arbetar man med bl.a. regionala konferenser, lärande nätverk, informationsspridning genom nyhetsbrev och hemsidan. Nationellt kompetenscentrum anhöriga ska stimulera policyutveckling och policyskapare på lokal, regional och nationell nivå genom att erbjuda information och kunskap som kan vara värdefull i deras arbete.

### 3.5 Personer med demenssjukdom m.fl.

Regeringen satsar i ett särskilt åtgärdsprogram på stöd för utveckling av god kvalitet i vård och omsorg i syfte att minimera användningen av begränsningsåtgärder eller tvång. Åtgärdsprogrammet togs fram efter det att beredningen av betänkandet SOU 2006:110 Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom avslutades i början av 2013.

Det övergripande målet för åtgärdsprogrammet är att stärka utvecklingen av vägledning och annat stöd så att personer med nedsatt beslutsförmåga ska kunna vara så delaktiga som möjligt i beslutsfattande om sina egna liv och ytterst också kunna minimera användningen av

begränsningar och tvång. Programmet syftar till att stödja en utveckling av sådana stödformer som främjar beslutsförmögna personers integritet och självständighet. Det kan handla om bättre kvalitet i vård- och omsorgsinsatser, stöd till närstående, boendemiljö, teknik och hjälpmedel.

Socialstyrelsen ska följa upp hur vård och omsorg om vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga som kommunerna ansvarar för är utformad. Även stödet för anhöriga till personer med nedsatt beslutsförmåga ska beskrivas. I uppdraget ingår att särskilt beskriva vilka arbetssätt och metoder som används i vård och omsorg om olika grupper av personer som har beteendemässiga störningar samt i olika verksamheter där vård och omsorg till dessa ges. Socialstyrelsen ska även belysa i vilken mån bästa tillgängliga kunskap, relaterat till olika grupper av personer med nedsatt beslutsförmåga, används i vård och omsorgsarbetet och i utvecklingen av detta. Socialstyrelsen ska överväga om åtgärder behöver vidtas för att få till stånd en bättre kunskapsstyrning inom området.

I regleringsbrev för 2014 ges Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag att under 2014 genomföra en särskild tillsynsinsats avseende verksamheter där vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas. Vid genomförandet av uppdraget ska IVO särskilt granska hur verksamheterna bedriver sitt kvalitetsarbete och säkrar att uppnådda goda resultat i form av åtgärder som stöder en vård och omsorg med så få inslag som möjligt av både begränsningar och tvång blir varaktiga.

Handisam ska i samverkan med Hjälpmedelsinstitutet stödja utvärderingar av miljöanpassningar, teknik och användning av hjälpmedel. I uppdraget ingår att ta fram informationsmaterial som beskriver teknisk utveckling inom området och kan användas som vägledning vid upphandling i syfte att underlätta införande av teknik med nya eller förbättrade funktioner. Det behövs både inspiration och kunskap om ny eller förbättrad teknik som kan ge personer med nedsatt beslutsförmåga ökad självständighet och livskvalitet.

Svenskt Demenscentrum har beviljats medel för att ta fram en it-anpassad handbok som med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap om vård och omsorg om personer med demenssjukdom kan ge stöd bl.a. för bedömningar, val av stödsatser, planering och uppföljning.

För att sprida och tillgängliggöra kunskap är det lämpligt att tillvarata de möjligheter som kan skapas av lokala och regionala stödstrukturer. Återkommande samråd med Sveriges Kommuner och Landsting äger rum.

### 3.6 Nationella riktlinjer vård och omsorg vid demenssjukdom

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 är de första nationella riktlinjerna inom området. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder inom vård och omsorg för personer med demenssjukdom och för stöd till deras anhöriga.

De nationella riktlinjerna har genom Svenskt demenscentrums webbaserade utbildning Demens ABC gjorts tillgänglig för vårdpersonal. Över 52 000 personer har hittills genomgått utbildningen.

Skr. 2013/14:57

### 3.7 Föreskrifter om bemanning i särskilt boende

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram vägledning för kommunerna om hur man kan organisera särskilt boende dels för personer med demenssjukdom dels för andra grupper än dem med demenssjukdom. Socialstyrelsen planerar för att föreskrifterna ska införas den 1 januari 2015.

### 3.8 Hemsjukvården

I en del län övertog kommunerna huvudmannaskapet för hemsjukvård redan 1992 genom en överenskommelse i samband med Ädel-reformen. Ytterligare län har kommunaliserat hemsjukvården under åren. Socialstyrelsen genomförde på regeringens uppdrag en kartläggning av hemsjukvården. Socialstyrelsen fann att patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap. Regeringen tillsatte en nationell samordnare med uppdraget att under 2010–2011 stödja landsting och kommuner i de återstående tio länen att på frivillig väg föra över ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna. Resultatet har inte låtit vänta på sig. I nio av de tio länen kommer kommunerna att ha tagit över ansvaret för hemsjukvården senast under 2014. I Stockholms län har kommunerna och landstinget meddelat att en överflyttning av ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna inte är aktuell till år 2015.

### 3.9 Våld mot äldre

Kommunerna har lagstadgat ansvar när det gäller att förebygga våld och att utreda och ge stöd till alla inblandade när det förekommer våld i en nära relation. Regeringen har vidtagit flera åtgärder i syfte hjälpa och stödja kommunerna när det gäller att öka kunskapen och höja kompetensen bland omsorgspersonalen gällande våld mot äldre. Bland annat har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram allmänna råd för socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. (Källa: Socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld, SOSFS 2009:22 (S), Socialstyrelsen 2009.) Socialstyrelsen håller också på att ta fram ett utbildningsmaterial med särskilt fokus på våld mot äldre kvinnor och män. Vidare har Länsstyrelsen i Stockholm med hjälp av regeringens särskilda utvecklingsmedel, genomfört en utbildning om våld mot äldre inom äldreomsorgen i Stockholms län, ”Våga se, våga fråga, våga agera!”. Under 2013 kommer utbildningens steg 2 och 3 att genomföras. Utbildningen riktar sig till både

förtroendevalda, kommunernas äldreomsorg, privata verksamheter, ideella organisationer samt andra som kommer i kontakt med äldre.

Därutöver avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under 2014 genomföra informationsinsatser i länen. Syftet är att påverka attityder, kommunicera hur våld mot äldre kan identifieras och förebyggas, visa på goda exempel samt informera om utbildning och andra verktyg som finns att tillgå. Målgrupperna är kommunpolitiker och tjänstemän. Därutöver avser regeringen att återkomma till riksdagen med en redovisning av regeringens strategi för att motverka våld mot äldre. Strategin är tänkt att bl.a. utgöra ett praktiskt stöd i det kommunala planerings- och utvecklingsarbetet när det gäller våld mot äldre.

### 3.10 Äldre med psykisk ohälsa

I dag lider cirka 20 procent av alla äldre personer av psykisk ohälsa enligt en rapport från Socialstyrelsen. (Källa: Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa, Socialstyrelsen 2013). Psykisk ohälsa är en av våra största folksjukdomar och drabbar i hög grad äldre. Själv mord är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa och aktuell statistik visar att de flesta fullbordade självmorden återfinns bland män i åldersgruppen över 80 år. Regeringen har satsat på suicidprevention på flera sätt, bl.a. har ett material "Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre" tagits fram. Materialet kommer att användas i en utbildningsinsats under 2014.

I april 2010 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att ta fram vägledning för att utveckla det psykiatriska stödet till äldre personer med psykisk ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Socialstyrelsen har i en rapport visat att äldre inte får tillgång till specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård i samma utsträckning som yngre personer och riskerar därför att bli underbehandlade (Källa: Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd, Socialstyrelsen 2012). Det är relativt vanligt med olämplig läkemedelsbehandling av äldre. Det gäller exempelvis användningen av ångestdämpande läkemedel och sömnmedel. Trots att många får överförskrivning av psykofarmaka var det också relativt vanligt att äldre med behov av psykofarmaka underbehandlades.

Som en del i öppna jämförelser har Socialstyrelsen sedan 2011 följt upp hur huvudmännen tar emot den nya lagstiftningen om överenskommelser om samarbete mellan huvudmännen kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Inom ramen för uppdraget kartlades om dessa överenskommelser även inbegriper personer över 65 år. Resultaten visar att det finns brister i det formaliserade samarbetet mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst. Åttio procent av kommunerna hade samverkansöverenskommelser med landstinget, men enbart 61 procent anses stämma med de nya kraven i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Under 2010 och 2011 genomförde Socialstyrelsen olika aktiviteter inom området. En webbaserad kunskapsguide utvecklades i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting och andra myndigheter. Informations- och kunskapsmaterial framställdes och spreds t.ex. vid föreläsningar för vård- och omsorgspersonal. Därutöver har Socialstyrelsen

gett stöd till utvecklingsåtgärder inom området psykisk ohälsa bland äldre, i första hand med fokus på samarbete mellan huvudmännen.

Under 2012–2013 har tre vägledningsdokument tagits fram. Den ena vägledningen riktar sig till allmänläkare och sjuksköterskor och tar fasta på hur man upptäcker, diagnosticerar, behandlar och följer upp psykisk ohälsa bland äldre personer. Den andra riktar sig till Socialtjänstens personal med innehåll om vad som är psykisk ohälsa, att upptäcka ohälsa, relationsarbete och när man ska ta kontakt med andra yrkesgrupper. Den tredje vägledningen riktar sig till ansvariga politiker och tjänstemän kring utvecklandet av samverkansöverenskommelser, med fokus på äldre personer med psykisk ohälsa i enlighet med kraven i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om samverkan. Alla tre vägledningarna kommer att publiceras senhösten 2013. De kommer även att finnas tillgängliga på webbplatsen Kunskapsguiden.se. Socialstyrelsen har därutöver gett stöd till utvecklingsåtgärder inom området psykisk ohälsa bland äldre, i första hand med fokus på samarbete mellan huvudmännen.

Flera landsting saknar i dag specifika äldrepsykiatriska verksamheter, och många saknar boendestöd och daglig verksamhet för personer över 65 år. De flesta äldre som insjuknade efter 65 års ålder har inte tillgång till psykiatrisk expertis eller samtalsbehandling. Andelen personer 80 år och äldre som har tre eller fler psykofarmaka varierar över landet, men uppgår till mellan 2 och 11 procent.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att äldre får bättre diagnostisering och behandling i primärvården samt bättre socialt stöd. Vidare att kompetensen inom området psykisk ohälsa bland äldre stärks hos personalen samt att erfarenheter från samverkansöverenskommelserna sprids. Dessutom är det, enligt Socialstyrelsen, viktigt att utveckla former för att på regional nivå integrera utveckling, forskning, utbildning och praktik kring äldres psykiska ohälsa.

Socialstyrelsen bedömer också att det krävs ett samordnat agerande på nationell, regional och lokal nivå när det gäller äldres psykiska hälsa. Detta agerande bör leda till en gemensam strategi för att stärka personalens kompetens och öka tillgången till handledning, uppföljning och vetenskapligt prövade insatser.

### 3.11 Genomgång av kunskap om de mest sjuka äldre

Regeringen gav i december 2009 Socialstyrelsen i uppdrag att i samarbete med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) göra en kunskapsgenomgång och analys av den vård och omsorg som ges till de mest sjuka äldre samt stimulera att kunskap tas fram där kunskap saknas. Syftet var att stödja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att systematiskt identifiera kunskapsluckor, stimulera till ny kunskap och aktivt föra ut kunskap som kan bidra till att ge de mest sjuka äldre ett värdigt liv och en god vård och omsorg. Uppdraget redovisades vintern 2013. Socialstyrelsen har därefter fått uppdrag att årligen ta fram översikter och kartläggningar kring omsorgen om de mest sjuka äldre. Statens beredning för medicinsk utvärdering har fått uppdrag att utvärdera

### 3.12 Behovsbarometern – äldre

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag undersökt behovet av hjälp och stöd bland personer som inte har kommunalt finansierad äldreomsorg. Undersökningen har redovisats i rapporten Behovsbarometern – äldre. (Källa: Behovsbarometern – äldre, en undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg, Socialstyrelsen 2011).

Drygt 65 procent av äldre över 80 år som inte har äldreomsorg anser sig behöva någon form av hjälp. Framst behöver de hjälp med vardagliga sysslor och sociala aktiviteter, samt med service i och runt hemmet. Det är framför allt personer i tre grupper, kvinnor, ensamstående och äldre med dålig hälsa som anser sig ha behov av stöd och hjälp. De vanligaste behoven hos äldre är hjälp och stöd med praktiska småtjänster som att boka tid hos läkare, städa, tvätta, byta lampor, sätta upp gardiner, skotta snö och att klippa gräs. Mer än en fjärdedel anger också att de behöver hjälp med att komma ut för att delta i olika sociala aktiviteter, som att umgås med familj och vänner.

De äldre i undersökningen får hjälp från olika håll. Framst får de hjälp av familjen som make, maka, sambo, särbo, barn och barnbarn eller annan anhörig. Även grannar hjälper de äldre med en del småtjänster. Hälften av dem som får hjälp med städningen använder RUT-tjänster.

De äldre i undersökningen hade i liten utsträckning, 2,6 procent, ansökt om äldreomsorg. Skälen till att de inte ansökt om hjälp varierade. Vissa uppgav att de inte hade tänkt på det, medan andra var på väg att ansöka om hemtjänst. För några hade behovet precis uppstått medan andra inte hade kommit sig för att ansöka, eller drog sig för att ansöka om äldreomsorg. Det fanns även äldre som inte visste hur man ansöker om äldreomsorg eller var osäkra på om de kunde få äldreomsorg.

### 3.13 Nationellt kompetenscenter – Svenskt demenscentrum

Socialstyrelsen utsåg 2007 Stiftelsen Silviahemmet och Stockholms läns Äldrecentrum att utgöra nationellt kompetenscenter för demensfrågor. Svenskt demenscentrum ska fungera som en sambandscentral och kunskapsbank inom demensområdet.

Svenskt demenscentrum har till uppgift att samla in, strukturera och sprida kunskap, sammanställa utvärderingar och forskningsresultat. Därigenom kan kunskapsutvecklingen ges en mer tillämpad och praktisk inriktning och implementering av nya kunskaper i vård och omsorg kan underlättas. Genom webbaserade utbildningar når Svenskt demenscentrum ett stort antal anställda i vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Arbetet med att stödja utveckling av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten vilar på överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. Avsikten är dels att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap så att resurser kan riktas till områden där de gör bäst nytta. Dels är avsikten att skapa en långsiktig struktur för kunskapsöverföring mellan forskning eller utbildning och socialtjänstens verksamheter.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om sammanhållnen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013 betonas socialtjänstens uppgift att producera och använda relevant kunskap och informationsteknik. Det övergripande målet är att brukarna ska få del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. I samband med den första överenskommelsen med staten år 2009 om en evidensbaserad praktik – Program för en god äldreomsorg – inleddes arbetet med att skapa regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling.

Inom ramen för en överenskommelse om evidensbaserad praktik och eHälsa får länen del av ett statligt stimulansbidrag för införandet av eHälsa i kommunerna samt statlig finansiering för en regional samordnare av eHälsa. Målet är bl.a. att kommunerna ska införa Nationell patientöversikt, att personal inom äldreomsorgen får möjlighet till mobil dokumentation och åtkomst till information samt att fler e-tjänster införs inom äldreomsorgen.

### 3.15 Ny teknik för trygghetslarm

Socialstyrelsen och Hjälpmedelsinstitutet har haft regeringens uppdrag att ta fram vägledning och information i syfte att stödja kommunerna i samband med det pågående införandet av digital teknik inom teleområdet och särskilt i fråga om hur det påverkar säkerheten i trygghetslarmtjänsterna. Arbetet drivs nu vidare inom ramen för evidensbaserad praktik i socialtjänsten.

### 3.16 Samverkan och organisationsstöd

#### **Pensionärskommittén**

Pensionärskommittén är ett forum för överläggningar mellan regeringen och representanter för organisationer som företräder pensionärerna i frågor som är av särskilt intresse för pensionärerna. Pensionärskommittén har vanligen fyra möten per år. Sex pensionärsorganisationer ingår i kommittén och vid ett möte per år deltar också andra organisationer som företräder äldre.

#### **Stöd till anhörigorganisationer**

Socialstyrelsen fördelar statsbidrag utgår till organisationer som stödjer dem som vårdar eller hjälper någon närstående. Det ekonomiska stödet

har byggts ut stegvis och regeringens avsikt är att det från 2014 ska uppgå till 11 miljoner kronor.

### Stöd till pensionärsorganisationer

Socialstyrelsen fördelar statsbidrag till pensionärsorganisationer. Statsbidraget är reglerat i förordning (2003:752). För 2014 avsätts 8 miljoner kronor.

## 4 Självbestämmande och valfrihet

Viktiga principer om självbestämmande och valfrihet:

**Regeringsförklaringen 2006**

– Patienternas valfrihet ska öka.

**Regeringsförklaringen 2010**

– Vården ska fortsätta utvecklas så att människor får möjlighet att bestämma mer själva. I barnomsorgen, äldreomsorgen och sjukvården.

– Regeringens ambition är att ge äldre möjlighet att själva välja när det är dags att flytta till ett anpassat boende. Likaså bör äldre som så önskar få fortsätta att bo tillsammans, även om omsorgsbehoven skiljer sig åt.

Oavsett ålder uppfattar inte människor att det finns en enda sanning. Var och en formar sin världsbild och uppfattning om hur hon vill leva sitt liv. Rätten att själv få bestämma så mycket som möjligt är en naturlig del av våra liv. Tilltron till människors vilja och förmåga att påverka sin egen situation är en grundläggande intention i socialtjänstlagen och har varit det allt sedan lagens tillkomst 1980. Redan i första paragrafen anges att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Möjligheten att bestämma själv får inte förväxlas med skyldighet att välja eller bestämma t.ex. över sådant man inte vill ta ställning till. Den som inte kan eller vill bestämma själv t.ex. hur äldreomsorgen ska ges har lika fullt rätt till insatser av god kvalitet. Många som använder äldreomsorg kan ha svårt att fatta överlagda beslut i en eller flera situationer. Det förklarar dock inte att alla så långt det är möjligt ska ha full rätt att fatta egna beslut genom hela livet. För dem som har svårt att bestämma själva är det mycket viktigt att äldreomsorgens personal har god kompetens för att kunna arbeta med ett personcentrerat arbetssätt.

För att valmöjligheter ska vara reella krävs förutom ett utbud av utförare även relevant och lättförståelig information. Utredningen om en kommunallag för framtiden har föreslagit skärpta regler om information. Förslagen bereds inom regeringskansliet.

Enligt de äldre själva är det viktigt att få välja. I IHP undersökningen svarar svenskar över 75 år på frågan om hur viktigt det är att kunna välja utförare. (Källa: The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey – Resultat för Sverige, Ramböll 2012). De allra flesta, 80 procent, tycker det är viktigt att kunna välja utförare av äldreomsorg.



77 procent menar att det är mycket eller ganska viktigt att kunna välja utförare av planerad vård. 76 procent tycker det är viktigt att kunna välja primärvård.

Före valfrihetsreformen så fördelades brukare till utförarna medan det nu är allt fler äldre som får välja utförare. Möjligheten att välja leder till en från början mer jämställd relation. Det skapar i sin tur större förutsättningar för en vård och omsorg som utgår från personens förutsättningar, behov och önskemål.

För att möjliggöra ökat självbestämmande har flera förändringar i lagstiftningen genomförts. De äldre ska kunna känna sig trygga med att de kan fortsätta leva tillsammans så länge de vill. Genom en ändring i socialtjänstlagen (2001:453), den s.k. parboendegarantin, har äldre par sedan den 1 november 2012 rätt att själva bestämma om båda vill flytta när den ena parten behöver flytta till särskilt boende. För de äldre men även för deras familjer innebär denna beslutanderätt ökad trygghet. I dag kan det vara svårt att förstå att den rätten inte alltid har funnits. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram en vägledning, som ska ge stöd vid tillämpningen av bestämmelserna om rätten till parboende för äldre – Rätten att fortsätta bo tillsammans i ett äldreboende, vägledning för tillämpning av socialtjänst och hyreslagstiftningen. Socialstyrelsen följer upp tillämpningen av bestämmelsen och slutredovisar uppdraget senast den 15 december 2015. En delrapport från Socialstyrelsen visar att sedan bestämmelsen infördes har många fler äldre ansökt om att tillsammans få flytta till särskilt boende. (Källa: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013oktober>).

Självbestämmandet har även stärkts genom den bestämmelse som från 1 januari 2010 infördes i SoL – Socialtjänstlagen. 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. Genom ändringen förtydligas att den enskildes önskemål ska beaktas.

Genom en ändring i skattelagstiftningen infördes från 1 juli 2007 en möjlighet till skattereduktion för RUT-tjänster. År 2011 fick 150 963 personer 65 år eller äldre sådan skattereduktion (SCB statistikdatabas). Av dessa hade 59 procent eller 89 289 personer en inkomst som ungefär motsvarade högst garantipension och bostadstillägg till pensionär (BTP). RUT-tjänsterna ger utan tvekan många äldre personer möjlighet att själva bestämma om, i vilken omfattning, när och hur de vill ha service utförd i sina hem. För dem med en inkomst nära 159 000 kronor (ungefär motsvarande garantipension och bostadstillägg) är medelvärdet på RUT-avdraget 2 700 kronor per år. Medelvärdet för dem med en inkomst på 359 000 kronor är 3 900 kronor och medelvärdet för alla över 65 år är 3 000 kronor.

### **Sänkt skatt för pensionärer**

Regeringens politik syftar till att människor ska känna att Sverige är ett bra och tryggt land att åldras i. Som ett led i denna politik har regeringen vid fyra tillfällen sänkt skatten för pensionärer. Regeringen anser att det finns skäl att gå vidare i ambitionen att förbättra välfärden för dem som har fyllt 65 år och har därför i budgetpropositionen för 2014 föreslagit en höjning av det förhöjda grundavdraget för äldre (prop. 2013/14:1, volym

1, avsnitt 6.3). Den ytterligare skattelättnaden föreslås uppgå till 2,5 miljarder kronor. Sammantaget har regeringen därmed sänkt skatten för pensionärer med drygt 16 miljarder kronor.

## 4.1 Valfrihetsreformen

Den 1 januari 2009 infördes LOV – Lagen om valfrihetssystem (2008:962). Syftet med reformen är att skapa ökad valfrihet för den enskilde brukaren genom att öka mångfalden av aktörer samt mångfalden i utbudet inom bl.a. äldreomsorgen och stödet till personer med funktionsnedsättning. Genom de äldres ökade möjligheter att välja utförare av den offentligt finansierade servicen förväntas även tillgängligheten, kvaliteten och effektiviteten öka i de insatser som erbjuds.

Valfrihetssystem är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. LOV bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Kommunen ansvarar för att brukaren eller patienten får fullständig information om samtliga leverantörer som man kan välja emellan.

I oktober 2013 hade 144 kommuner ett valfrihetssystem i drift och ytterligare 37 kommuner hade vid denna tidpunkt fattat beslut om att införa LOV. 72 procent av Sveriges befolkning bor i en kommun där det antingen finns ett valfrihetssystem i drift eller där kommunen har fattat beslut om att införa LOV. De flesta har infört valfrihetssystem inom hemtjänsten men andra områden inom äldreomsorg förekommer också, t.ex. hemsjukvård, särskilt boende för äldre, ledsagning, avlösning, familjebehandling och boendestöd.

I samband med införandet av reformen satsade regeringen totalt 300 miljoner kronor för perioden 2008–2009 för att stödja utvecklingen av fria val inom äldreomsorgen och stödet till personer med funktionsnedsättning. Av dessa medel avsåg 280 miljoner kronor bidrag till kommunerna för de kostnader som uppkommer vid övergången till valfrihetssystem. Resterande medel användes för att upprätta en råd- och stödfunktion för kommunerna samt för att upprätta en nationell databas där kommuner som väljer att införa valfrihetssystem ska annonsera sina förfrågningsunderlag, den s.k. Valfrihetswebben som drivs i Kammarkollegiets regi. Regeringen har fortsatt att stimulera kommuner som önskar förbereda och utveckla ett valfrihetssystem för insatser enligt socialtjänstlagen som riktar sig till äldre och personer med funktionsnedsättning. Sammanlagt har drygt 360 miljoner kronor utbetalats till kommunerna under perioden 2008–2013. Regeringen har också beviljat särskilda medel till Sveriges Kommuner och Landsting för att ge stöd till kommuner som överväger eller beslutat att införa valfrihetssystem.

Över 900 utförare är verksamma inom de kommunala valfrihetssystemen. I ett 50-tal kommuner finns det bland dessa enskilda utförare sådana som erbjuder en särskild inriktning eller specialkompetens i sin verksamhet. Det handlar ofta om kunskaper i andra språk eller att

utförarna erbjuder specialkunskap om olika sjukdomar eller särskilda vårdinriktningar. I ett tiotal kommuner erbjuder utförare vad som kan kallas för särskild kulturell eller religiös kompetens. Ett annat specialområde är utförare med särskild kunskap om kost och nutrition. Det finns även utförare som är hbt-certifierade, andra erbjuder sociala hundar och några utförare erbjuder ledsagning för dövblinda.

I samband med införandet av reformen gavs ett antal regeringsuppdrag till olika myndigheter. Sammantaget har redovisningarna från uppdragen ökat kunskaperna om reformens betydelse ur brukarperspektiv, kvaliteten, effektiviteten och kostnader inom äldreomsorgen.

## 4.2 Valfrihetssystemen ur ett befolknings- och patientperspektiv

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag följt upp valfrihetssystem inom socialtjänst och primärvård enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) ur ett befolknings- och patientperspektiv. I sin slutrapport har Socialstyrelsen använt information från forskningsrapporter, kommunernas och landstingens egna uppföljningar och andra källor t.ex. Äldreguiden och Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård och även genomfört dialogmöten i sex kommuner (Källa: Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv – slutredovisning, Socialstyrelsen 2012). Av rapporten framgår att de allra flesta uppskattar och vill ha möjligheter att välja utförare av hemtjänst men att det är viktigt att titta närmare på själva valsituationen. Välinformerade val förutsätter att medborgarna får lättillgänglig information om olika vårdenheters kvalitet och effektivitet. Även om de flesta anser att informationen i stort sett varit lättfattlig och informativ, är det viktigt att personer som till följd av sjukdom eller bristande kognitiv förmåga får det stöd som behövs för att de ska kunna göra ett välavvägt val. Utan stöd till utsatta grupper riskerar vård och omsorg annars att bli ojämlig. Det är även viktigt att personer med syn- och hörselnedsättningar och personer med andra modersmål än svenska får information som är anpassad till deras situation.

Av antalet omval att döma är intresset för att välja om svalt både när det gäller vårdcentraler och utförare av hemtjänst. Många äldre tycker att det är känslomässigt svårt att byta utförare i hemtjänst eftersom de får en nära relation till hemtjänstpersonalen. Om medborgarna inte tar tillvara möjligheterna att välja och välja bort hämmas den kvalitetsförbättring som är en av målsättningarna med reformen, enligt rapporten. I rapporten slås även fast att valfrihetssystemen i sig inte påverkar kommunernas skyldighet att erbjuda stöd från hemtjänsten till alla som bedöms behöva det, men valfrihetssystem kan bidra till att tillgången till tilläggstjänster förbättras genom att privata utförare kan erbjuda sådana tjänster.

Avslutningsvis görs i rapporten bedömningen att valfrihetssystem ger mer makt och inflytande till äldre personer att kunna fatta egna beslut. De som inte har den förmågan behöver stöd i sina val och omval.

## 4.3 Val inom hemtjänst och äldreboende

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgången på data av god kvalitet inom socialtjänst och hemsjukvård. De öppna jämförelserna vänder sig till olika målgrupper: politiska beslutsfattare, yrkesutövare, brukare, patienter och övriga medborgare. I arbetet med öppna jämförelser har Socialstyrelsen även undersökt vilket behov av information som äldre och deras anhöriga har i samband med val. I rapporten Val inom hemtjänst och äldreboende redogör Socialstyrelsen för resultat från fokusgruppsintervjuer dels med äldre som valt utförare inom hemtjänsten, dels med anhöriga som har varit aktiva i samband med val av äldreboende (Källa: Val inom hemtjänst och äldreboende, Socialstyrelsen 2012).

### Valmöjligheten uppskattas

Av rapporten Val inom hemtjänst och äldreboende framgår att de intervjuade är positiva till möjligheten att själva välja utförare. Många intervjupersoner menar att informationen behöver finnas tillgänglig i olika former för att underlätta val. Den källa som uppfattas som mest pålitlig och styrande för valet är bekanta med erfarenhet av någon utförare inom hemtjänst eller äldreboende. En del menar att man endast genom egna besök på boenden kan skaffa sig underlag för ett beslut.

När det gäller utförare av hemtjänst visar den egna erfarenheter efter en tid om valet varit riktigt. Flera anhöriga vittnade om den korta tid de haft till förfogande för att skaffa relevant information inför valet. För att ett verkligt val ska kunna genomföras måste de äldre få en rimlig tid till sitt förfogande. Så är inte alltid fallet i dag. I en del kommuner råder brist på platser i äldreboenden, vilket försvårar valet. De som har erfarenhet av att byta utförare menar att det var väldigt viktigt att de bara behövde kontakta kommunen och inte den utförare man inte längre vill ha.

### Brukarundersökningen 2013

Det är enligt regeringens mening en tillfredsställande utveckling att brukarnas och anhörigas positiva omdömen om äldreomsorgen i årets undersökning ökar. Det är en äldreomsorg där de äldres värdighet betonas och där valfriheten ökar, där kompetensen ökar och där systematiskt kvalitetsarbete börjar få genomslag som gör fler nöjda.

### Jämförbar och opartisk information

Det finns enligt Socialstyrelsen starka önskemål om opartiska uppföljningar av såväl äldreboenden som hemtjänstutförare. Resultaten ska gå att jämföra och utläsa på ett enkelt och tydligt sätt. För att valet ska ses som reellt måste tydlig och omfattande information om varje äldreboende och hemtjänstutförare finnas lättillgänglig och jämförbar. Den måste vara aktuell och pålitlig samt finnas åtkomlig i olika former. Önskemål finns även om att biståndshandläggarna ska ha god kunskap om de olika utförarna samt informera om dessa med hänsyn tagen till individens behov.

#### 4.4 Kostnader och effektivitet

Regeringen gav i maj 2011 Statskontoret i uppdrag att undersöka vilken betydelse införandet av LOV har för utvecklingen av kostnader och effektivitet i kommunernas verksamheter. I mars 2012 lämnades slutrapporten Lagen om valfrihetssystem – Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna? (2012:15). Inledningsvis konstateras i rapporten att de flesta kommuner ännu saknar djupare eller längre tids erfarenhet av att tillämpa LOV. Många kommunföreträdare har ännu inte sett vilka möjligheter och problem som följer av att tillämpa ett valfrihetssystem enligt LOV. LOV innebär en stor omställning inte minst för de kommuner som inte har någon större erfarenhet sedan tidigare av kundvalssystem eller av entreprenadupphandling. Kommuner som väljer att tillämpa LOV behöver anpassa sin organisation och styrning till de förändrade krav som följer av ett valfrihetssystem enligt LOV. Hit hör till exempel att anpassa verksamheten i egen regi till de ekonomiska villkor som externa utförare erbjuder av kommunen. Statskontoret menar att även om det går att fastställa en tidpunkt från vilken en enskild kommun tillämpar LOV så ska tillämpningen av LOV ses som en process där kommunerna successivt arbetar för att svara upp mot de krav som följer med LOV. I övrigt framkommer följande i rapporten:

##### **Mer nöjda brukare**

Statskontoret har i den kvantitativa analysen mätt kvaliteten i den kommunala verksamheten som kundnöjdhet i hemtjänsten och antalet fallskador bland äldre. Resultaten från analysen visar att de äldre har blivit mer nöjda över tid med hemtjänsten i kommuner som har ett valfrihetssystem enligt LOV. Den ökade nöjdheten kan vara ett uttryck för att hemtjänstens kvalitet ökat i dessa kommuner. Den kan också vara ett uttryck för att brukarna uppskattar möjligheten att välja utförare.

##### **Brukarna får aktiv roll**

Kommunens roll vid entreprenadupphandling enligt LOU består i att välja utförare i egenskap av beställare. Denna uppgift överförs med LOV till brukaren som väljer bland olika utförare. I ett valfrihetssystem enligt LOV har kommunen i uppgift att fastställa kvalitetskrav i de förfrågningsunderlag som kommunen upprättar. Samtidigt förväntas brukarna svara för en viktig del av kvalitetsprövningen genom sitt val av utförare. Genom denna uppgift tar brukarna över en del av den kvalitetssäkring som kommunen tidigare ansvarat för.

Många av de företag som ingår i kommunernas LOV-system säljer sina tjänster på den privata tjänstemarknaden, som växt fram med stöd av RUT-avdragen. Med en ökande privat tjänstemarknad blir det vanligare att äldre innan de beviljas biståndsinsatser anlitar samma företag som utför hemtjänstinsatser men då i egenskap av kunder. Även så kallad

förenklad biståndshandläggning förändrar brukarnas kontakter med utförarna. Sådan handläggning innebär ofta att biståndshandläggaren, åtminstone inledningsvis, får en mindre framträdande roll och att utföraren i stället får en viktigare roll gentemot brukaren. Statskontoret menar att det är viktigt att i detta sammanhang tydliggöra att biståndsinsatser med stöd av socialtjänstlagen beviljas genom myndighetsbeslut där biståndshandläggaren beslutar om enskilda personers behov av insatser.

### **LOV skapar incitament att följa upp verksamheten**

Den tid som utförarna ägnar åt brukarna följs i högre utsträckning än tidigare upp genom kommunernas ersättningssystem. Statskontoret menar att de ersättningssystem som kommunerna tillämpar inom LOV förstärker drivkrafterna för att skapa en mer systematisk uppföljning. När kommunerna i högre utsträckning följer upp den utförda tiden ökar kunskapen om hur mycket tid som kommer varje brukare till del. Ersättningssystemen som kommunerna utformar skapar ofta incitament för att de insatser eller timmar som kommunen beviljar också utförs. Det gör att biståndsansökningarna får ett allt större genomslag på hemtjänstens kostnader. Statskontoret menar att detta leder till att biståndsbedömarnas beslut får en allt mer strategisk roll. Ökade krav ställs därför på kommunen att hålla biståndsbesluten aktuella och realistiska. I många kommuner har det funnits en allmän medvetenhet om att utförd tid inte motsvarar beviljad tid men det har saknats närmare kunskap om hur relationen ser ut och vad som förklarar skillnaden.

### **Stor spridning i ersättningsbeloppen**

Statskontorets undersökning visar att det finns en stor spridning i de ersättningsbelopp som avser hemtjänstens insatser. Det finns variationer när det gäller ersättningsmodellerna och taxestrukturen. Två tredjedelar av de 92 kommuner som studerats ersätter utförd tid medan en fjärdedel av kommunerna ersätter för beviljad tid. Drygt hälften av kommunerna skiljer på taxor för tätort respektive landsbygd. Vidare har nästan hälften av kommunerna en högre taxa för omsorg än för service medan cirka en fjärdedel av kommunerna valt att likställa omsorgs- och servicetaxorna. Omsorgstaxan i tätort ligger i genomsnitt på 338 kronor per timme medan servicetaxan ligger på 303 kronor per timme. Taxorna för landsort ligger för motsvarande tjänster högre än i tätort. Skillnaderna i ersättningsbelopp är överlag stora mellan olika kommuner. Det gäller bland annat tätortstaxorna för omsorg utförd av privata utförare där det skiljer från 253 kronor per timme till 437 kronor per timme mellan lägsta och högsta belopp.

### **LOV ökar förutsättningarna för bättre kostnadskontroll**

I arbetet med att införa ett valfrihetssystem enligt LOV har kommunerna i regel ägnat mycket tid åt att se över de ekonomiska villkoren för verksamheter som omfattas av LOV. En viktig del i det förberedande arbetet har också varit att komma fram till bra ersättningsmodeller och att fastställa rimliga nivåer för ersättningsbeloppen. En annan del i arbetet

har varit att få fram uppgifter om kostnaderna för att driva verksamheten i egen regi. Arbetet med att identifiera och följa upp kostnaderna har ökat förvaltningens kunskap om den egna verksamhetens innehåll. Det har också lett till ökad insikt om vilka faktorer som påverkar de egna kostnaderna i framför allt hemtjänsten. Statskontoret menar att LOV ökar förutsättningarna för kommunerna att få bättre kontroll över kostnadsutvecklingen.

#### 4.5 Inga tydliga kvalitetsskillnader utifrån regiform

Regeringen gav i december 2011 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga om det finns några systematiska kvalitetsskillnader mellan den vård och omsorg om äldre som utförs av kommunala respektive enskilda utförare. De datakällor som Socialstyrelsen har analyserat ger ingen entydig bild av kvalitetsskillnader i vården och omsorgen om äldre utifrån om verksamheten bedrivs i kommunal eller i enskild regi. I vissa avseenden tycks de kommunala utförarna vara bättre och i andra avseenden verkar de enskilda utförarna erbjuda högre kvalitet. Kommunala utförare har ett bättre resultat när det gäller strukturmått, såsom personaltäthet, personalens kompetens och boendestandard. Enskilda utförare lyckas å andra sidan bättre när det gäller processmått, dvs. mått som visar hur man arbetar. Exempel på sådana mått är andelen äldre som har genomförandeplaner, andelen äldre som riskbedömts vad gäller fall, trycksår och undernäring samt andelen äldre med en nattfasta som är max 11 timmar. (Källa: Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre, Socialstyrelsen 2012).

#### 4.6 De nya omsorgsföretagen

Tillväxtverket och Tillväxtanalys följer på uppdrag av regeringen hälso- och sjukvård- samt omsorgsbranschens utveckling. I en rapport framkommer att flertalet av de intervjuade företagen har en långvarig yrkeserfarenhet inom omsorgsbranschen, men det finns även exempel på personer med helt andra yrkeserfarenheter. Huvudanledningen till att intervjupersonerna har valt att starta företag är att de, i samband med att kommunerna införde valfrihet inom omsorgen, såg en möjlighet att få göra något annat i sitt yrkesliv. (Källa: Drivkrafter och förutsättningar att driva och utveckla omsorgsföretag Tillväxtverket och Tillväxtanalys 2012).

##### **Hinder och möjligheter för utveckling**

Företagen uppger att verksamheten går runt med relativt små marginaler. Några uppger att de kan ta ut samma lön som om de vore anställda, men poängterar att det handlar om låga löner. Andra understryker vikten av att inte dra på sig onödiga kostnader som dyr marknadsföring, dålig logistik eller felrekryterad personal. Det finns olika strategier för att öka företagens lönsamhet. Hälften av företagen vill öka omsättningen genom att

erbjuda samma omsorgstjänster genom att få fler kunder på nuvarande geografiska marknad. En stor del av denna grupp vill också expandera genom att komma in på nya geografiska marknader. Knappt 30 procent av företagen vill växa genom att utveckla tjänster som är privatfinansierade. Vanligtvis rör det sig om att få fler kunder som efterfrågar RUT-tjänster. En fjärdedel av de intervjuade vill expandera genom att erbjuda andra kommunalt finansierade omsorgstjänster som exempelvis hemsjukvård eller trygghetsboende.

Det finns en stor spridning på hur mycket kommunen betalar för hemtjänsten. En dryg tredjedel av företagen påpekar att ersättningen är för låg. Man menar att kommunen inte betalar för resor eller obekvämt arbetstid alternativt att tiden som beviljas är för snålt tilltagen. Den generella uppfattningen hos företagen är att kommunernas fakturerings- och uppföljningssystem fungerar smidigt och att uppföljningen av kvalitén fungerar bra och är tillräcklig. Företagen har generellt sett inga större problem att rekrytera och behålla sin personal. Samtliga erbjuder någon form av kompetensutveckling och, med ett par undantag, får företagen delta i kommunen kompetensutvecklingsinsatser.

### **Konkurrensförhållanden**

Majoriteten av de intervjuade upplever att kommunen agerar konkurrensneutralt. En handfull framför dock synpunkter på att biståndshandläggarna inte informerar tillräckligt om möjligheten för brukarna att kunna välja eller att de tenderar att gynna den egna regionen trots att det finns turordningsregler för fördelning av utförare till brukare som inte gör ett val.

Flera av de tillfrågade upplever att marknaden präglas av en hård konkurrens, framför allt från stora privata företag. De företag som inte upplever någon utpräglad konkurrens finns i glesbygd, i kommuner som nyligen infört valfrihet i omsorgen eller så anser företagen att deras tjänsteinnehåll är så pass unikt att det i praktiken inte finns någon konkurrens. Nästan samtliga, 90 procent, av de intervjuade menar att de genomför tjänsten på ett sätt som skiljer sig från större organisationer, den kommunala omsorgen eller jämfört med de flesta andra utförarna. Dessa skillnader kan handla om att företagen erbjuder samma personal till samma kunder samt att man är mer serviceinriktad och i större utsträckning ser till kundens behov. Det finns också flera exempel på företag som har personal som kan flera språk eller att man satsar på vällagad mat.

Företagen är mycket positiva till valfrihetsreformen och tycker att kommunerna har genomfört den på ett bra sätt. Flera anser dock att de positiva konsekvenserna som reformen har fört med sig för brukarna är något som inte syns tillräckligt mycket i den offentliga debatten. Nationella och lokala politiker uppmanas att lyfta fram reformens fördelar och på så sätt skapa en mer balanserad syn på företaget inom välfärden.

### **Ägarprövning**

I december 2012 tillsatte regeringen en utredning med syftet att ytterligare säkra samhällets krav på att de som äger och driver företag inom



skola, vård och omsorg ska ha ett långsiktigt och seriöst engagemang och bedriva en god och högkvalitativ verksamhet. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2014. (Källa: Ägarprövning och mångfald vid offentligt finansierade välfärdstjänster, Dir. 2012:131.)

Skr. 2013/14:57

## 4.7 Utvecklingen av mångfald

Myndigheterna Tillväxtanalys och Tillväxtverket har haft regeringens uppdrag att följa och bedöma utvecklingen av mångfald och entreprenörskap inom vård och omsorg (Källa: Företag som arbetar med hemtjänst, Tillväxtverket och Tillväxtanalys 2012). En undersökning genomfördes bland företag som arbetar med hemtjänst. Två aspekter av mångfald i entreprenörskap har undersökts. Den ena är utförarnas verksamhetsform, det vill säga drivs verksamheten som ett vinstgivande företag eller är den icke-vinstdrivande och den andra är att beskriva det erbjudande företagen har till kunden.

De ägarledda företagen dominerar och nära 80 procent av verksamheterna i privat utförd hemtjänst sker inom ägarledda företag. Koncernföretag är visserligen få till antalet men dominerar som arbetsgivare. Ideella verksamheter är av liten ekonomisk betydelse. Kooperativa verksamheter är något större men utgör endast fem procent av det totala antalet heltidsanställda i branschen. Undersökningen visar att 72 procent av företagen erbjuder tilläggstjänster, framför allt RUT-tjänster. Det framgår även att mer än hälften av företagen levererar tilläggstjänster till kunderna samtidigt som de har en offentlig finansierad tjänst från företaget. Detta indikerar att företagen hittat affärssynergier i sina erbjudanden. Undersökningen visar att 62 procent av företagen som utför hemtjänst leds av en kvinna vilket är en större andel än i vård och omsorgssektorn som helhet. Om vård och omsorg tidigare varit en sektor som primärt sysselsatt kvinnor som anställda finns det nu även tecken på att sektorn skapar möjligheter för kvinnor att utvecklas som företagare. Det stora flertalet av företagen anger i undersökningen en tillväxt i omsättning över tiden vilket bekräftar andra observationer på att de nya privata utförarna som kommit till efter reformen också når ut till sin "marknad". Undersökningen indikerar dock att företagen upplever vissa problem kring marknadernas funktionssätt vilket kommunernas nya roll som "systemägare" i samband med valfrihetssystemets införande. I denna roll ligger att upprätta arenor där problem och missförstånd kan hanteras som berör de privata utförarnas villkor i valfrihetssystemet.

### **Få idéburna organisationer i välfärden**

Tillväxtanalys och Tillväxtverket följer och bedömer utvecklingen av entreprenörskap inom vård och omsorg samt sprider kunskaper kring detta. I en rapport diskuteras de faktorer som förklarar varför de ideella utförarna i Sverige har en mindre marknadsandel än i de flesta andra OECD-länder (Källa: Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden? Tillväxtverket och Tillväxtanalys 2012). Den ideella sektorn uppfattas ofta som ett alternativ till den offentliga eller den privata. Men en internationell utblick visar att idéburna verksamheter ofta är mycket

mer än bara ett alternativ – i många länder är sektorn den dominerande leverantören av välfärdstjänster. Även om Sverige har en livaktig ideell sektor – med föreningar, stiftelser och religiösa organisationer – är de idéburna organisationerna frånvarande inom vård och omsorg. Det finns vissa historiska förklaringar till att den ideella sektorn har en liten marknadsandel. Den svenska traditionen att kommunerna och lands-tingen organiserar vård och omsorg trängde inte bara undan privata leverantörer, utan även den ideella sektorn. När marknaderna nu öppnas för konkurrens via kundval och upphandlingar är det i huvudsak de vinstdrivande företagen som har det kapital som krävs för att kunna anställa personal och erbjuda tjänsterna. Även om det är svårt att entydigt avgöra om vinstdrivande eller icke vinstdrivande verksamhet är mest ändamålsenlig finns det viss forskning som tyder på att de ideella aktörerna i vissa fall kan fungera som referenspunkt för hela marknaden. De ideella aktörerna kan också i många fall identifiera behov som ligger vid sidan av det som är ekonomiskt lönsamt inom ersättningsystemen. Det är vid en sammanvägning av dessa aspekter som det kan vara motiverat att underlätta för de idéburna aktörerna på välfärdsmarknaden att spela samma roll som i de flesta andra OECD-länder.

### **LOV i stället för LOU**

Tillväxtverket och Tillväxtanalys rekommenderar bl.a. att de offentliga finansierarna i ökad utsträckning bör använda lagen om valfrihetssystem (LOV) snarare än lagen om offentlig upphandling (LOU) när de köper in välfärdstjänster. LOV ger medborgarna större möjlighet att väga in aspekter på verksamheterna som svårigen kan skrivas in i ett upphandlingsprospekt – än mindre följas upp och värderas. Små ideella aktörer har ofta stort förtroende bland brukarna, men kan inte vinna en stor upphandling om driften av ett eller flera äldreboenden. Det vore därför bättre om samtliga kommuner använde LOV inom såväl hemtjänst som äldreboende.

### **Utvecklingscheckar**

Tillväxtverket har haft regeringens uppdrag att genomföra en pilotsatsning med s.k. utvecklingscheckar inom äldreomsorgen i syfte att främja tillkomsten av innovationer inom äldreomsorgen. Checkarna har bl.a. bidragit till inrättandet av en särskild enhet för äldre på en vårdcentral som även inkluderar hemtjänst. Det finns även exempel på arbetskooperativ, insatser från svenska kyrkan samt satsningar på kultur inom äldreomsorgen som utvecklats med hjälp av utvecklingscheckarna.

### **Främja idéburet företagande**

Regeringen gav i januari 2013 Tillväxtverket i uppdrag att genomföra riktade insatser inom rådgivning och utbildning i syfte att främja tillväxt och nyföretagande av idéburet företagande inom vård och social omsorg som bedrivs med stöd av LOV. Genom insatserna ska såväl potentiella nya som redan etablerade idéburna företagare och organisationer få relevant information om förutsättningarna att verka som leverantörer inom ett valfrihetssystem. En annan målsättning är att både nya och

redan etablerade företag ska kunna få det stöd som behövs för att bedriva en affärsmässig verksamhet i ett längre perspektiv. Det gäller även för idéburna organisationer som är intresserade av att bedriva en sådan verksamhet. I uppdraget ingår även att tillvarata kunskaper och erfarenheter från andra länder inom EU. En slutredovisning ska lämnas senast den 31 januari 2015.

### **Konkurrens i valfrihetssystem**

Regeringen har gett Konkurrensverket i uppdrag att följa upp och utvärdera konkurrensförhållanden i kommunernas valfrihetssystem. Slutrapporten bygger på intervjuer och personliga möten med kommunanställda i tio urvalskommuner (Källa: Kommunernas valfrihetssystem – med fokus på hemtjänst, Konkurrensverket 2013:1). Utredarna har även talat med verksamma och potentiellt verksamma externa utförare och brukare. I rapporten lämnas ett antal åtgärdsförslag till de kommuner som valt att införa valfrihetssystem. Förslagen handlar om ökad transparens, förbättrade etableringsmöjligheter för externa utförare, förenklade förfrågningsunderlag, insatser som underlättar brukarens val samt ökad konkurrensneutralitet. För att öka etableringsmöjligheterna för externa utförare föreslås bl.a. att kommunerna bör införa en öppen redovisning av prissättningen utifrån egenregins kostnader och att förfrågningsunderlagen bör utformas så att det stimulerar till profilering. För att öka konkurrensneutraliteten föreslås att kommunerna tydliggör sina dubbla roller, dvs. att man är både beställare och utförare samt att kommunerna bör införa en årlig öppen redovisning av kommunens efterkalkyl för egenregiverksamheten.

Efter intervjuer i de tio urvalskommunerna kan Konkurrensverket konstatera att brukare kan ha svårigheter att skilja utförare åt. De brukare som vill ha mer information uppmanas ofta av biståndshandläggaren att själva ta kontakt med utföraren. För att underlätta för brukarna att jämföra utförarnas kvalitet bör kommunen publicera utförarnas kvalitetsresultat och kundundersökningar i samband med valsituationen, enligt Konkurrensverket.

### **Vägledning för upphandling**

Från att kommunerna tidigare organiserade och utförde i princip all omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning sker nu en betydande ökning av antalet enskilda utförare inom vård- och omsorgsbranschen. Utvecklingen har gått snabbt och ställer höga krav på kommunerna att hitta sin nya roll som både beställare och utförare av välfärdstjänster. Upphandling av vård och omsorgstjänster är komplicerat och ställer höga krav på kompetens.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utarbetat en vägledning om upphandling av vård och omsorg för äldre och uppföljning av denna verksamhet (Källa: Ställa krav på kvalitet och följa upp – en vägledning för upphandling av vård och omsorg för äldre, Socialstyrelsen 2013). Upphandling av välfärdstjänster är en komplex process. Detta är bl.a. en följd av att ett stort antal regelverk behöver hanteras inom upphandlingen. Det ställs krav utifrån lagar och regelverk på själva upp-

handlingen och krav utifrån lagar och regelverk på vården och omsorgen. Dessa krav behöver identifieras och synliggöras. Socialstyrelsens vägledning vänder sig till beslutsfattare, verksamhetschefer, kvalitetsutvecklare och beställare av vård och omsorg för äldre personer och kan användas som ett stöd i upphandlingsprocessens behovsanalys för att identifiera och beskriva vilken vård och omsorg det är aktuellt att upphandla. Vidare kan det användas som ett stöd för att tydliggöra på vilka kvalitetsområden det behöver ställas krav i förfrågningsunderlaget.

### **Utbildning i upphandling**

Regeringen gav i januari 2013 Kammarkollegiet i uppdrag att genomföra utbildning i upphandling av vård och omsorg om äldre. Det övergripande målet med utbildningsinsatserna är att öka kunskaperna hos kommunala företrädare om hur förfrågningsunderlag, kravspecifikationer och uppföljningsrutiner kan utformas så att äldres behov av god vård och omsorg tillgodoses. I de delar som berör landstinget ska även företrädare för landstinget bjudas in till utbildningen. Utbildningen ska även ge vägledning för leverantörer som är intresserade av att lämna anbud. Utbildningen vänder sig till politiker, beställare och upphandlare i både kommuner och landsting. Ett viktigt inslag i utbildningen är att förstärka ett mer regelbundet samarbete mellan de ovan beskrivna målgrupperna inom kommunerna respektive landstinget. Ett annat syfte är att tydliggöra strategier som underlättar samverkan mellan de båda huvudmännen för att möjliggöra en mer sammanhängande vårdkedja för personer som är i behov av insatser från både kommun och landsting. Ytterligare ett syfte med utbildningen är att lyfta fram möjligheterna att samverka kring förfrågningsunderlag och uppföljningsrutiner över kommungränserna, vilket är av särskild betydelse i glesbygdskommuner. Under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet avser regeringen att 2014 avsätta ytterligare medel till utbildningsinsatser inom detta område.

### **Framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten**

I september 2013 tillsatte regeringen en särskild utredare som fick i uppgift att analysera och utvärdera effekterna av införandet av LOV på socialtjänstområdet (Källa: Framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten, Dir. 2012:91). Utvärderingen ska särskilt fokusera på vilken effekt reformen har haft för brukarna och därutöver ge en samlad bild när det gäller utvecklingen av utförare ur ett mångfaldsperspektiv, hur LOV fungerar ur konkurrenssynpunkt samt vilken betydelse reformen haft för utvecklingen av bl.a. kvalitet, kostnader och effektivitet i de kommuner och inom de områden där LOV tillämpas. Utifrån denna utvärdering ska utredaren överväga för- och nackdelar med att införa en obligatorisk lagstiftning om valfrihetssystem på socialtjänstområdet. I bedömningen ska beaktas i vilken utsträckning landets kommuner redan har infört valfrihetssystem på frivillig väg. Även det kommunala självstyret ska beaktas vid bedömningen.

I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av de verksamhetsområden där LOV i dag tillämpas och utifrån denna kartläggning bedöma lämpligheten av att införa valfrihetssystem inom fler verksam-

hetsområden inom socialtjänsten. I denna del ingår bl.a. att analysera möjligheter och hinder när det gäller att införa valfrihetssystem inom särskilda boendeformer samt att föreslå hur införandet av valfrihetssystem på frivillig väg inom detta område kan underlättas.

Vidare ska utredaren analysera hur ersättningssystem och förfrågningsunderlag påverkar kvalitet och vinstutdelning och om det finns något samband mellan vinstutdelning och kvalitet i de verksamheter som ingår i valfrihetssystem inom socialtjänsten och hur kvalitetsuppföljningen genomförs. Om så bedöms vara fallet ska förslag lämnas som möjliggör en effektivare uppföljning, kontroll och tillsyn. Utredaren ska lämna nödvändiga författningsförslag inklusive följdändringar.

## 4.8 Etisk plattform

Arbetsgivarorganisationerna, branschorganisationerna och de fackliga organisationerna inom vården och omsorgen har enats om en etisk plattform. Den etiska plattformen kommer att få betydelse både för allmänhetens tilltro till att t.ex. äldreomsorgen sköts på ett riktigt sätt och för den fortsatta utvecklingen av kvalitet. Arbetet med den etiska plattformen initierades av socialminister Göran Hägglund och barn- och äldreminister Maria Larsson. Syftet var att starta en process för att öka insyn och öppenhet i offentligt finansierad välfärd, oavsett om utföraren är offentlig, privat eller idéburen.

Öppenheten har ett värde i sig men bidrar också till att utveckla en hög kvalitet. Den etiska plattformen bygger på nyckelorden öppenhet och insyn. Alla som ansluter sig till plattformen – kommuner och landsting, som ju både är beställare och utförare, samt privata utförare av olika slag – förbinder sig att ge allmänheten, brukare och patienter en så god insyn i verksamheten att det går att jämföra kvalitet och se att resurserna används på ett effektivt och ansvarsfullt sätt. Allmänhetens insyn ska förbättras inom områden som kvalitet, ekonomi och ägande samt anställningsvillkor.

### **Kvalitet**

I dag är det svårt för både patienter eller brukare, allmänhet och politiker att avgöra vilken kvalitet till exempel ett visst äldreboende eller en vårdcentral erbjuder, och hur denna verksamhet står sig i en jämförelse med andra. Den som ansluter sig till plattformen ska medverka till att kvaliteten mäts och redovisas på ett lättillgängligt sätt. En utförare åtar sig att medverka i både nationell och lokal kvalitetsuppföljning. Bemannning och kompetens hos de anställda ska redovisas öppet.

### **Ekonomi och ägande**

Dagens oro för att välfärdens pengar inte används rätt behöver mötas med en öppen och tydligare redovisning från alla parter. Den ekonomiska ställningen hos en utförare måste redovisas på ett sätt som gör att omvärlden kan bedöma långsiktighet och seriositet. Ägarförhållanden måste

framgå tydligt. Också kommuner och landsting måste redovisa ekonomin tydligt, bland annat för att visa att ingen utförare gynnas framför andra.

### **Anställningsvillkor**

Kvaliteten i vården och omsorgen skapas i stor utsträckning i mötet mellan medarbetare och patienter eller brukare. En del av allmänhetens oro rör de anställdas villkor. Oron gäller både personalens förutsättningar att ge bästa möjliga vård och omsorg och deras möjligheter att slå larm när det inte fungerar. Parterna är överens om att anställningsvillkoren och därmed kollektivavtalen har stor betydelse för kvaliteten. Därför ska den som är ansluten till plattformen redovisa de tecknade kollektivavtalen.

En anställd måste ha alla möjligheter att rapportera avvikelser eller missförhållanden som kan drabba enskilda eller hota kvaliteten i vården. Därför slås i plattformen fast att det meddelarskydd som gäller offentlig verksamhet också så långt möjligt ska gälla även privata vårdgivare.

## **4.9 Hjälpmedel**

Hjälpmedelsutredningen har beräknat att ungefär 800 000-850 000 personer använder någon typ av personligt hjälpmedel (Källa: Hjälpmedelökad delaktighet och valfrihet, SOU 2011:77). Cirka 70 procent av alla hjälpmedel används av personer som är äldre än 64 år. Många äldre förblir friska länge, men med hög ålder följer också att fler personer lever med olika funktionsnedsättningar. En konsekvens av att befolkningen åldras är att behoven av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel kommer att öka. Tillgången till väl fungerande hjälpmedel är för många personer med funktionsnedsättning en förutsättning för att kunna leva ett autonomt, självständigt liv och vara delaktig i samhället.

Regeringen vill stärka de äldres självbestämmande i frågor som rör den egna vardagen, och ser det som en självklar utgångspunkt att personer med behov av hjälpmedel utifrån den egna kunskapen om sin funktionsnedsättning, sin livssituation och sitt önskemål själva ska ha möjlighet till delaktighet och inflytande i valet av sitt hjälpmedel. Regeringens bedömning är att det behövs en större mångfald av lösningar för att öka valfriheten när det gäller personliga hjälpmedel, både inom den ordinarie hjälpmedelsverksamheten och inom ramen för ett system med fritt val av hjälpmedel. Inom ramen för gällande lagstiftning kan landsting och kommuner välja att erbjuda förskrivning genom Fritt val av hjälpmedel med s.k. Eget ägande. Den enskilde ges då möjlighet att välja hjälpmedel utanför det ordinarie sortimentet.

I augusti 2007 gav regeringen Hjälpmedelsinstitutet i uppdrag att samordna genomförandet av en försöksverksamhet för fritt val av hjälpmedel. Landstingen i Kronobergs, Stockholms och Sörmlands län deltog i projektet. I Sörmland ingick även kommunerna Eskilstuna, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund och Trosa. I Kronoberg ingick kommunerna Växjö och Älmhult. Hjälpmedelsanvändarna i försöksverksamheten var i stort eniga om att försöksverksamheten Fritt val av hjälpmedel stärker användarnas inflytande. Man var mer nöjd med informationen om hur hjälpmedlet fungerar, och man kände sig tryggare med

att använda hjälpmedlet och hjälpmedlet motsvarade bättre förväntningarna när de köpte sitt hjälpmedel via fritt val. Dessutom var fler mer nöjda med bemötandet de fick i samband med köpet jämfört med tidigare erfarenheter av att få hjälpmedel.

Regeringen anser att erfarenheterna från försöksverksamheten med Fritt val av hjälpmedel i de tre landstingen har skapat en god grund för en fortsatt utveckling mot ett ökat inflytande för den enskilde i hjälpmedelsförsörjningen.

Erfarenheterna från försöksverksamheten visar tydligt på behovet av en förbättrad information till hjälpmedelsanvändarna för att möjliggöra ett ökat inflytande och större delaktighet i valet av hjälpmedel. Tillgången till en för ändamålet väl anpassad information är en viktig förutsättning för införandet av fritt val av hjälpmedel. Mot denna bakgrund beslutade regeringen i november 2012 att, efter ansökan från Sveriges Kommuner och Landsting, bevilja medel för en utvecklingsinsats som ska stärka brukarnas möjligheter till information om hjälpmedel och konsumentprodukter.

Regeringen har den 5 december 2013 beslutat en lagrådsremiss där det föreslås att hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659) ändras så att det tydligare framgår att den enskilde har rätt att välja hjälpmedel när det finns flera likvärdiga hjälpmedel tillgängliga inom landstingets och kommunens hjälpmedelssortiment. En avsikt är det tydligt ska framgå att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om de hjälpmedel som finns samt att en patient ska ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

## 4.10 Framtidsfullmakt

En utredare har fått i uppdrag att senast den 15 maj 2014 lämna förslag till vissa kompletterande bestämmelser till den tidigare Förmynderskapsutredningens förslag till lag om framtidsfullmakter (Källa: Dnr Ju2013/4614/P). En framtidsfullmakt innebär att den enskilde ges möjlighet att genom fullmakt utse någon som i framtiden ska ta hand om hans eller hennes angelägenheter om personen senare blir förhindrad att göra det. Inriktningen ska vara att en framtidsfullmakt ska ha en privaträttslig karaktär. Vidare ska systemet med fullmakter vara så enkelt som möjligt samtidigt som det uppfyller tillräckliga krav på rättsäkerhet.

## 4.11 Äldres hälsa

Regeringen anser att det är angeläget att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på lokal och regional nivå förstärks och utvecklas. Det är särskilt viktigt att skapa stödjande miljöer och mötesplatser för äldre och deras anhöriga samt att vidareutveckla samverkan med föreningslivet. Av dessa skäl gav regeringen 2010 Statens folkhälsoinstitut (FHI) i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen verka för ett hälsosamt åldrande och främja ett aktivt åldrande genom att dels ta fram

en vägledning till kommuner och landsting, dels initiera och administrera försöksverksamheter som involverar landsting, kommun och ideell sektor.

Den nationella vägledningen lanserades våren 2012 i form av en webbplats – Seniorguiden (Källa: <http://www.fhi.se/seniorguiden>). Seniorguiden samlar kunskap och ger inspiration för att främja ett hälsosamt åldrande. Det är också möjligt att följa arbetet med regeringsuppdraget. Vägledningen vänder sig främst till politiker, beslutsfattare eller tjänsteman på olika nivåer inom landsting eller kommun.

Försöksverksamheter med en samverkansmodell har prövats i fyra landsting och 16 kommuner sedan 2011. Samverkansmodellen gör det möjligt för landsting och kommuner att bygga partnerskap med den ideella sektorn inom befintliga strukturer. Försöksverksamheterna riktar sig till kvinnor och män med lättare sjuklighet i åldrarna 60–75 år. De insatser som genomförs är fysisk hälsoundersökning, upprepade motiverande samtal och erbjudande om ett brett utbud av aktiviteter. Såväl samverkansmodellen som insatserna har kontinuerligt följts upp.

Utvärderingen 2013 visar bland annat att regelbundna hälsokontroller med muntlig eller skriftlig återkoppling under ett år förbättrat hälsan hos målgruppen. För att säkert kunna uttala sig om långvariga effekter har regeringen i budgetpropositionen för 2014 aviserat ett uppdrag till FHI att genomföra ytterligare en uppföljning av försöksverksamheterna (Källa: Prop. 2013/14:1, volym 6. Avsnitt 7.5.2). Slutredovisning beräknas kunna ske i oktober 2015.

## 4.12 Teknik för äldre

Hjälpmiddelsinstitutet fick 2007 regeringens uppdrag att samordna genomförandet av satsningen Teknik för äldre. Satsningen syftade till att stödja utvecklingsprocesser med målet att ge äldre personer förbättrad tillgång till funktionella och särskilda produkter och tjänster där teknik underlättar olika aktiviteter i vardagen. Särskilt fokus har riktats till anhöriga, information och tillgänglighet, boende samt fullskaleförsök med implementering av teknik. Satsningen pågick tom 2012.

Resultaten från satsningen har publicerats på en egen webbplats där såväl olika projekt som utvärderingar är lätt tillgängliga (Källa: [www.teknikforaldre.se](http://www.teknikforaldre.se)). Stora delar av informationen finns också översatt till engelska.

## 4.13 Bostäder och boende

Bo bra på äldre dar var ett regeringsuppdrag vars syfte var att stödja nytänkande och utveckling av bostäder och boendemiljöer för äldre. Programmet omfattade totalt 50 miljoner kronor och leddes av Hjälpmiddelsinstitutet under åren 2010 till 2012. Uppdraget resulterade i 76 projekt i 58 kommuner samt tre arkitekttävlingar. Hjälpmiddelsinstitutet fortsätter arbetet genom olika egna initiativ.



## 4.14 Mer och bättre kunskaper om äldre och åldrande

Skr. 2013/14:57

Vårdforskning är av central betydelse för att utveckla vården och omsorgen och för att förbättra befolkningens hälsa. Vårdforskningen ser ofta individen ur ett socialt perspektiv och är därför ett viktigt komplement till det traditionellt medicinska perspektivet i forskningen. Forskning om vårdens arbetsorganisation och personalens arbetsmiljö har betydelse både för kvaliteten i vården och omsorgen och för ett hälsosamt arbetsliv. Medicinsk vårdforskning och en mer omsorgs- och samhällsorienterad vårdrelaterad forskning behöver kopplas samman, t.ex. genom inrättande av transnationella miljöer och genom satsningar där forskare från olika bakgrund arbetar tillsammans. Regeringens satsning på forskning om åldrande och hälsa genom Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) byggs ut ytterligare enligt förslag i den forskningspolitiska propositionen (Källa: Forskning och innovation, prop. 2012/13:30).

Genom insamling av data i SNAC (Swedish National study on Ageing and Care) möjliggörs att genom forskning följa hur den åldrande befolkningens hälsa och vård och omsorgskonsumtion förändras över tid. Statens stöd till de fyra delstudierna uppgår till totalt 14 miljoner kronor per år.

## 4.15 Vad tycker de äldre själva?

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att årligen genomföra nationella brukarundersökningar. Syftet är att ur ett brukarperspektiv följa upp kvaliteten och tillgängligheten inom vård och omsorg om äldre kvinnor och män på nationell nivå. Målet är att resultaten ska vara jämförbara över tid, mellan olika kommuner och mellan kvinnor och män, m.m. Socialstyrelsen har under 2013 genomfört den femte undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende. För första gången har undersökningen genomförts som en totalundersökning.

I årets undersökning har Socialstyrelsen samlat in och redovisat resultat på enhetsnivå (Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen 2013). Därmed blir kommunernas möjligheter att använda resultaten för verksamhetsförbättringar ännu större.

### **De flesta är fortsatt positiva och mer nöjda generellt**

Enligt årets undersökning har andelen nöjda ökat och fler har svarat att de är mycket nöjda i stället för ganska nöjda. Äldre med hemtjänstinsatser i ordinarie boende har högst andel som sammantaget är nöjda, 89 procent är ganska eller mycket nöjda. En större andel av de äldre som bor på särskilda boenden svarade i år att de är nöjda, 83 procent uppgav att de är ganska eller mycket nöjda. Det är en ökning med tre procentenheter från föregående år. I årets undersökning är nära 89 procent av de anhöriga också positiva till samarbetet mellan dem och äldreboendet och

87 procent är nöjda med samarbetet med hemtjänsten. Sammantaget är kvinnor och män nöjda i lika hög grad.

Äldre som upplever sitt hälsotillstånd som mycket gott eller ganska gott svarar mer positivt än de som upplever sitt hälsotillstånd som mycket eller ganska dåligt.

Trygghet är enligt Socialstyrelsen en avgörande faktor för att äldre ska känna sig nöjda, i synnerhet inom äldreboendena. Upplevelsen av att känna sig trygg har ökat under det senaste året. Av dem med hemtjänst känner sig 87 procent trygga och av dem i särskilt boende känner sig 90 procent trygga. Centralt för att vara nöjd med hemtjänsten är upplevelsen av att personalen är bra på att utföra sina uppgifter vilket de äldre i större utsträckning tycker i årets undersökning. Cirka nio av tio äldre känner förtroende för flertalet i personalen.

Av de äldre som har enskild utförare för hemtjänst svarar 71 procent att det oftast eller alltid går att påverka tidpunkten när personalen ska komma. Av de äldre där kommunen är utförare svarar 59 procent att det oftast eller alltid går att påverka tidpunkten när personalen ska komma.

Fler äldre är nöjda med de aktiviteter som erbjuds på äldreboenden, men variationen är stor. I några kommuner är det fler som är missnöjda än nöjda med just aktiviteterna. Upplevelse av kränkningar förekommer och i år har Socialstyrelsen kompletterat enkäterna med en fråga om eventuella överträdelser från personalens sida. Exempel som uppges har varit respektlöshet i tilltal, minner, brist på respekt för den äldre och dennes privatliv, hårdhänthet eller stölder.

### **Skillnad mellan kommuner**

Andelen äldre som är nöjda varierar mycket mellan kommunerna. 63 av 290 kommuner inom hemtjänst och 39 kommuner inom särskilda boenden har enbart fått nöjda svar på frågan om den sammantagna nöjdheten. På nationell nivå svarade i genomsnitt cirka 3 procent att de är missnöjda med sin hemtjänst eller sitt särskilda boende. Det finns kommuner eller stadsdelar där fler än var tionde äldre är ganska eller mycket missnöjda med vården och omsorgen.

## **4.16 Uppdrag att komplettera brukarundersökningen**

Myndigheten för vårdanalys har fått i uppdrag att utveckla en metod för att analysera skillnader i vårdkvalitet för äldre utifrån ett brukarperspektiv. Dessutom ska de föreslå en metod för hur anhöriga kan fungera som ställföreträdare för brukare som är för sjuka för att besvara frågor i riktade undersökningar. Den metod som Vårdanalys tar fram ska jämföras med den befintliga brukarenkäten för att analysera eventuella likheter och skillnader i resultat. En slutredovisning ska ske senast den 16 december 2014.

Viktiga principer för utveckling av kvalitet:

**Regeringsförklaringen 2006**

– Resurser tillförs för att förbättra det medicinska omhändertagandet och det sociala innehållet i äldreomsorgen.

**Regeringsförklaringen 2010**

– För att nå en ökad samverkan mellan kommuner och landsting till stöd för de mest sköra äldre görs en bred satsning på vården och omsorgen.

Många äldre saknar förmåga att rätt hantera och administrera nödvändiga och ofta frekventa kontakter med vården och omsorgen. Det är lätt att den som är sjuk och gammal hamnar mellan stolarna trots många kontakter och mycket personal runt den äldre. De mest sjuka äldre har av naturliga skäl ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över specialitets-, professions- och organisationsgränser. Problemet är att vården och omsorgen inte alltid är uppbyggd för att på ett lämpligt sätt möta äldre sköra personer med omfattande eller snabbt föränderliga behov. Inriktningen måste vara att skapa en sammanhållen vård och omsorg av god kvalitet som bidrar till att de mest sjuka äldre känner sig trygga och att behovet av slutna hälso- och sjukvård därmed kan minska. Det krävs i detta sammanhang åtgärder för såväl organisation och annan infrastruktur som åtgärder för ökad kompetens inom planering och direkt verksamhet.

Det är i det konkreta arbetet i vård och omsorg som kvalitet skapas. Kommuner och landsting har inom sina respektive ansvarsområden ansvar för att planera sin verksamhet och erbjuda socialtjänstinsatser av god kvalitet eller en god hälso- och sjukvård. Det är också kommuner och landsting som tillsammans med enskilda utförare åstadkommer faktiska förbättringar t.ex. i fråga om kvalitet och tillgänglighet.

Statens roll är främst att stödja utvecklingen av goda förutsättningar för en strukturerad och långsiktigt fortgående kvalitetsutveckling. Regeringens insatser är allt oftare inriktade på att stärka strukturer för att åstadkomma goda resultat. Det är genom denna inriktning som prestationsrelaterade statsbidrag införts för t.ex. kvalitetsregister inom äldreomsorg och äldreomsorg, öppna jämförelser och läkemedelsuppföljningar. Det har lett till förbättringsresultat som också är möjliga att kontinuerligt följa.

## 5.1 Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre

Sedan 2010 har regeringen ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I dessa överenskommelser har statsbidraget inriktats mot att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt,

långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Från 2011 har satsningen successivt breddats och inriktats på att ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en bättre sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Denna bredare satsning fortsätter även 2014.

### **Satsningens målsättning**

De medel som avsatts för 2012 och framåt fördelas huvudsakligen enligt en prestations- och resultatbaserad modell där mål och krav successivt höjs. Med de mest sjuka äldres behov i centrum syftar satsningen till att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Satsningen ska leda till att användningen av resurser blir effektivare genom att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen.

Ett mål som utgår från den enskildes perspektiv har antagits. ”Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg”.

### **Målgrupp för satsningen**

För att kunna förbättra livssituationen för de mest sjuka äldre så krävs det vetskap om vilka personer som omfattas och hur stor gruppen är. Socialstyrelsen har därför haft i uppdrag att ta fram en definition av gruppen mest sjuka äldre, inte minst för att kunna följa upp överenskommelsens satsningar på ett enhetligt sätt. Den definition av de mest sjuka äldre som Socialstyrelsen föreslagit och som används i denna överenskommelse är följande:

Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

2011 utgjorde denna grupp 17 procent av befolkningen 65 år och äldre dvs. 305 000 personer.

### **Den ekonomiska omfattningen av satsningen**

Regeringen har sammanlagt avsatt cirka 4,3 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Medlen fördelas huvudsakligen enligt en prestationsbaserad modell och utbetalas till de huvudmän som uppfyller på förhand bestämda krav. Den prestationsbaserade ersättningen utformas som ett erbjudande till kommuner och landsting för att förstärka arbetet med att gemensamt ta ansvar för de mest sjuka äldre.

### **Fördelning av medel**

För att ha möjlighet att delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen som avsatts är parterna överens om att huvudmännen måste uppfylla vissa grundläggande krav.

De kommuner och landsting som uppfyllde följande förutsättningar har möjlighet att ta del av medlen för 2014:

1. Det ska i länet finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan. En gemensam handlingsplan ska bl.a. innehålla en beskrivning av förbättringsområden utifrån lokala förutsättningar, konkreta och mätbara mål, planerade aktiviteter samt en beskrivning av hur uppföljningen ska gå till och hur resultaten ska redovisas.
2. Samtliga kommuner och landsting har under 2012 fattat beslut att införa ett ledningssystem för kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Under 2013 har kommuner och landsting dokumenterat hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering enligt 5 kap. SOSFS 2011:9 ska bedrivas när det gäller vård och omsorg om äldre. Under 2014 ska kommuner och landsting dokumentera hur det systematiska förbättringsarbetet bedrivits när det gäller vård och omsorg om äldre och hur de använt de resultat som framkommit för att utveckla verksamheternas kvalitet.

## Stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete

### *Utvecklingsledare*

Utvecklingsledarna utgör viktiga delar av den regionala nivåns utvecklingsarbete. Mellan tre till fem utvecklingsledare per län samt samordnare för de enskilda idéburna aktörerna och Vårdföretagarnas medlemmar har fått statlig finansiering för detta arbete.

Utvecklingsledarnas roll förändras i takt med att utvecklingsarbetet framskrider. I den första fasen av satsningen har mycket tid tagits i anspråk för att få äldreomsorgens medarbetare att komma igång med registrering i kvalitetsregister. Efterhand som spridningen av registren ökar ställs krav på att analysera och dra slutsatser av resultaten för att kunna initiera förbättringsarbeten.

Utvecklingsledarna är viktiga motorer i utvecklingsprocesserna och arbetar på uppdrag av cheferna. I takt med att kvaliteten på länens handlingsplaner förbättrats och med tillkomsten av projektet Ledningskraft har utvecklingsledarnas roll och mandat blivit tydligare.

Med tiden har fokus skiftat till att ge stöd i förbättringsarbetet och i att presentera data på ett attraktivt sätt så att chefer och verksamhet kan använda dem för att förbättra verksamheterna. Utvecklingsledarna arrangerar också utbildningar och andra mötesplatser på lokal och regional nivå.

## Ledningskraft – att gå från ord till handling

Politiker, chefer och ledare på alla nivåer måste prioritera att nå de uppsatta målen och följa upp resultaten av arbetet så att de handlingsplaner som arbetats fram i alla län verkligen blir genomförda fullt ut. Som kompletterande stöd för chefer har det under 2012 och 2013 erbjudits mötesplatser kallad Ledningskraft i syfte att skapa nationella

sammanskomster som kan stärka chefers kompetens i förbättringsarbetet med fokus på att gå från ord till handling och omsätta den läns-gemensamma handlingsplanen till praktisk vardag. Projektet Ledningskraft har blivit ett bra steg i det påbörjade arbetet att införa ett nytt arbetssätt i vård och omsorg om äldre som är mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat och använder sig av resultat från kvalitetsregister och öppna jämförelser i såväl styrning och ledning som i det dagliga förbättringsarbetet i verksamheterna.

### **Försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg**

I överenskommelsen från 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting ingår en treårig satsning på försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Sveriges Kommuner och Landsting har ansvarat för utlysning, beredning och beslut att tilldela 19 projekt försöksmedel med början hösten 2010. Projekten handlar bl.a. om organisatoriska lösningar: äldrelots, mobila team, samlokaliserade verksamheter liksom ett antal projekt som syftar till att förbättra vård- och omsorgsprocessen. Socialstyrelsen har dessutom i uppdrag att vetenskapligt utvärdera försöksverksamheterna samt ett antal samverkansnätverk. Socialstyrelsen lämnar en slutrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 april 2014.

## **5.2 Kvalitetssäkrad välfärd**

Sveriges Kommuner och Landsting inledde med ekonomiskt stöd från regeringen år 2011 ett utvecklingsarbete kring uppföljning och kontroll av välfärdstjänster inom ramen för det prioriterade området Kvalitetssäkrad välfärd. Kvalitetssäkrad välfärd har ett beställarperspektiv och ger stöd till landets kommuner i arbetet med att förbättra beställningar och uppföljning av kvalitet inom vård och omsorg. En interaktiv hemsida har utvecklats. Uppföljningsguiden har utvecklats som stöd för kommunernas uppföljningsarbete. 190 kommuner deltar i arbetet och stödet varierar beroende på kommunernas förutsättningar och önskemål.

## **5.3 Stöd till förändrat arbetssätt med hjälp av kvalitetsregister**

Sedan 2010 har två kvalitetsregister – Svenska Palliativregistret och Senior alert – valts ut för utvecklingsstöd med syfte att användas i hela landet. Sedan 2011 har regeringen även gett utvecklingsstöd till ytterligare två kvalitetsregister – Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD). Samtliga fyra register innehåller uppgifter om angelägna förbättringsområden som är relevanta för de mest sjuka äldre. Deltagande i registren kan stimulera personalen till ett förändrat arbetssätt. Det handlar om att på ett systematiskt och standardiserat sätt förebygga fallskador, undernäring, trycksår, förbättra munhälsan, den

## 5.4 God vård i livets slutskede

Årligen dör cirka 95 000 personer i Sverige, varav cirka 80 procent är väntade dödsfall där det finns behov av någon form av palliativ vård. God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Ett stöd i arbetet är användning av Svenska Palliativregistret. De enheter som registrerar kan utifrån den kunskap som registreringen erbjuder bedriva en strukturerad vård i livets slutskede. Intresset för att delta i registret har ökat kraftigt sedan 2010. I Sverige registreras nu 67 procent av samtliga dödsfall i Svenska Palliativregistret. 181 kommuner har nått 70 procents täckningsgrad för äldre i registret. Av dessa har 108 kommuner också nått målet om 5 procent förbättring av de indikatorer som mäts. 44 kommuner har nått förbättringar på 10 procent.

## 5.5 Preventivt arbetssätt

I kvalitetsregistret Senior Alert görs riskbedömningar som ger underlag för förebyggande åtgärder och stödjer därigenom minskad förekomst av trycksår, undernäring och fallskador samt förbättrad munhälsa.

Att arbeta för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är viktigt för de äldres hälsa och välbefinnande. Olika professioner inom vård och omsorg arbetar dagligen med dessa områden och de har en stark koppling till varandra; t.ex. har en undernärd person större risk för att falla och ådra sig en höftfraktur samt löper större risk att utveckla trycksår. Deltagande i kvalitetsregistret Senior alert innebär att personalen får stöd att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte. Deltagande i registret har ökat sedan prestationsersättning infördes våren 2010. Från sex till samtliga landsting och från 10 till 282 kommuner hösten 2013. I nuläget finns 11 164 enheter anmälda för att registrera i Senior alert, varav 5 700 använder registret aktivt. Sedan 2008 uppskattas minst cirka 400 000 personer ha fått en riskbedömning avseende fall, trycksår och undernäring. Varje månad görs cirka 20 000 riskbedömningar med registrering i Senior alert. Nu har 70 procent av alla personer med en risk för fall, undernäring eller trycksår fått minst en åtgärd insatt.

Genom Patientsäkerhetsöverenskommelsen för 2013 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting mäts förekomsten av trycksår och förbättringsarbeten genomförs avseende förekomst av trycksår.

## 5.6 God vård vid demenssjukdom

Svenska Demensregistret (SveDem) är ett nationellt kvalitetsregister avseende demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten i demens-

vården och målet är en likvärdig, optimerad behandling av patienter med demenssjukdom, där patienten följs med årliga uppföljningar. De kvalitetsindikatorer som registreras är exempelvis att demensutredning görs enligt de nationella riktlinjerna, att behandling med demensläkemedel för vissa typer av demenssjukdom ges och att boende i enheter särskilt anpassade för personer med demenssjukdom erbjuds vid svår demenssjukdom. SveDem används i alla landsting med ca 95 procent täckningsgrad på specialistnivå men har betydligt lägre täckningsgrad inom primärvården. Hösten 2011 var 80 av cirka 1 200 vårdcentraler anslutna till registret. Efter att prestationsersättning införts var 812 vårdcentraler anslutna hösten 2013 Under 2011 registrerades 523 demensutredningar i primärvården i SveDem och under 2012 närmare 6 700.

90 procent av alla personer med demenssjukdom får någon gång problem med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD, såsom t.ex. aggressivitet, oro, hallucinationer och sömnstörningar. De olika symptom som kan uppträda vid demenssjukdom kan inte alla behandlas på ett och samma sätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symptomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Det kan också vara orealistiska eller för stora krav på den demenssjuke, brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög dos av läkemedel eller olämpliga läkemedel. Symptomen kan också bero på personens hjärnskada. Grunden för behandling är enligt de nationella riktlinjerna för demens en personcentrerad omvårdnad och en översyn och anpassning av den fysiska miljön.

Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) registrerar beteendemässiga och psykiska symptom vid demens. Behandlingsmetodikerna som utgör grunden för BPSD-registrets arbetssätt bygger på en skattning av olika symptom som bemöts med olika åtgärder som följs upp med en ny skattning. Arbetssättet är mycket lovande med stora möjligheter att förbättra vården och minska lidande och användandet av tvångsåtgärder för personer med demenssjukdomar. Registret är relativt nytt och för närvarande deltar 263 kommuner i registret. Intresset att ansluta vård- och omsorgsenheter är mycket stort. Innan man kan börja registreringen i registret måste personalen genomgå en tvådagars utbildning i behandlingsmetodiken.

Genomslaget för BPSD registret har överträffat förväntningarna. På mindre än tre år har registret kommit att spridas till 263 kommuner och omfattar nu drygt 10 000 personer. Genom ett bättre anpassat bemötande och personcentrerade omvårdnadsinsatser kan personal som möter dem som har demenssjukdom påverka symptomens förekomst och allvarighet i mycket stor omfattning. Det leder i sin tur till en bättre tillvaro för de demenssjuka, deras anhöriga och inte minst för personalen. För personalen innebär det att deras yrkesskicklighet synliggörs på ett mycket tydligt sätt och att deras arbetsmiljö förbättras.



Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren vilket är resultatet av att äldre får tillgång till samma behandlingar som yngre och att vi lever längre med kroniska behandlingsbara sjukdomar.

Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär dock en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsinteraktioner. En tydlig och allvarlig konsekvens av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är det faktum att en betydande andel, uppemot 30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar.

Detta är mest påtagligt för äldre i särskilda boendeformer men också för multisjuka äldre i ordinärt boende. I dag är de vanligen ordinerade 8–10 olika läkemedel.

För att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre ges sedan 2012 ett resultatbaserat stöd till landsting och kommuner som minskar olämplig användning av några olika läkemedelsgrupper. Minskningen av olämpliga läkemedel till äldre är över 10 procent i åldersgruppen 75 år och äldre i alla län.

Alla län klarar 2013 års mål för minskad förskrivning av olämpliga läkemedel och antiinflammatoriska läkemedel till äldre. Tretton län klarar målet för minskning av antipsykotiska läkemedel.

## 5.8 Sammanhållen vård och omsorg

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas. För den äldre personen kan en resa till akutsjukvården innebära onödigt och farligt exponering för infektioner, långa väntetider och ökade förvirringstillstånd.

Ett resultatbaserat stöd ges till kommuner och landsting för att främja ett hälsofrämjande perspektiv och nå en mer sammanhållen vård och omsorg som utvecklar vård, rehabilitering och ett tryggt och gott omhändertagande utifrån den äldres behov. För att mäta utvecklingen används de etablerade indikatorerna ”undvikbar slutenvård” och ”återinläggning inom 30 dagar”. Som stöd för det konkreta arbetet har Sveriges Kommuner och Landsting tagit fram särskilda rutiner. Dessa handlar om uppringning inom 72 timmar efter utskrivning, adekvat och begriplig skriftlig information, samtalsmetodik för att säkra att patienten förstått samt vårdplanering.

Sedan 2012 har omfattande analyser påbörjats lokalt för att identifiera problemen för de äldre i vårdprocesserna. Under 2013 klarar 10 län målet om minskning av undvikbar slutenvård och 10 län klarar målet om minskade återinläggningar inom 30 dagar. Tre län klarar båda målen.

## 5.9 Nationell patientöversikt

Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett verktyg för att tillgängliggöra information till rätt person vid rätt tillfälle. En fungerande informationsöverföring är central för att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg över gränser mellan olika utförare eller organisationer. Alla landsting har infört NPÖ men fortfarande finns stora variationer hur mycket information som ligger i systemet. På sikt kommer NPÖ vara av stor betydelse för en smidig informationsöverföring mellan kommuner och landsting. Detta kan bidra till att stärka säkerheten för den enskilde patienten och bidra till sammanhållna vårdkedjor, oavsett vem som är huvudman för den aktuella insatsen. Detta kräver dock att även kommunerna inför NPÖ.

För att tillgodose både kommunernas, landstingens, enskilda idéburna och privata utförares behov av information och möjlighet att kommunicera genom NPÖ har regeringen inom eHälsarbetet gjort insatser.

## 5.10 Väntetider och patientens väg genom vården

Sedan 2010 har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. De flesta läkarinsatser sker genom läkare inom primärvården. För att förstå vad som händer i de äldres vårdprocesser behöver även det omfattande arbete som bedrivs inom primärvården av läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter inkluderas i uppföljningen av multistjuka äldres vårdprocesser.

Huvudproblemen är koordineringen av insatser och om insatserna verkligen löser de problem den äldre multistjuka har. Som vården och omsorgen för närvarande är utformad blir ansvaret splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Det leder till vad som brukar kallas ett ”stuprörstänkande” och resultatet blir ofta att de äldre multistjuka får omfattande insatser utan att det sker någon långsiktigt hållbar uppföljning och samplanering.

En nyckelfråga i det fortsatta arbetet kring patientens väg genom vården är att kunna koppla samman olika vårdkontakter kronologiskt till en process. En möjlig väg framåt som för närvarande utreds av Socialstyrelsen är införandet av begreppet ”hälsoärende” och vårdprocess-ID och omsorgs-ID.

## 5.11 De mest sjuka äldres vård och omsorg

I en rapport beskriver Socialstyrelsen de mest sjuka äldres situation utifrån uppgifter från hälsodata- och socialtjänst registren, kvalitetsregistren Rikshöft och Riks-Stroke, forskningsstudien SNAC-K och undersökningen om äldres uppfattning om äldreomsorgen (Källa: Registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg, Socialstyrelsen 2013).

I rapporten beskrivs förändringar i gruppen över tid samt olika aspekter av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre som bor i ordinärt och särskilt boende.

Socialstyrelsen konstaterar att:

- De mest sjuka äldre har många kontakter med sjukvård och socialtjänst. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar för att kunna ge en god vård och omsorg.
- En större andel av de mest sjuka äldre i ordinärt boende återfår funktionsförmågan efter stroke och höftfraktur jämfört med dem som bor i särskilt boende. Fler i ordinärt boende får träffa sjukgymnast och arbetsterapeut direkt efter en stroke och en större andel återfår förmågan att gå, klä sig och klara av toalettbesök själv. De har också lägre risk för trycksår efter höftfraktur.
- De mest sjuka äldre som bor i särskilt boende har bättre möjligheter att snabbt få vård efter stroke och höftfraktur jämfört med dem som bor i ordinärt boende. De vårdas också av specialistläkare vid psykisk sjukdom i större utsträckning och har lägre risk för självmord.
- Läkemedelsanvändningen i särskilt boende är hög, speciellt avseende psykofarmaka. Förskrivning av kombinationer av läkemedel som bör undvikas för att de kan ge upphov till allvarliga kliniska konsekvenser är vanligare i ordinärt boende än i särskilt boende.
- De mest sjuka äldre är generellt sett nöjda med äldreomsorgen. De har stort förtroende för personalen och anser att bemötandet är bra. Däremot är de mindre nöjda med möjligheterna att komma i kontakt med läkare och många besvärar av ensamhet.

## 5.12 Bedömningsinstrument för äldreomsorg

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag utvecklat ett bedömningsinstrument för äldreomsorg (Källa: BAS – Behov av stöd, Socialstyrelsen 2013). Bedömningsinstrumentet 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 med fri text.

BAS kan användas av biståndshandläggare i samtal med personer som ansöker om äldreomsorg, eller vid uppföljning av redan beslutade omsorgsinsatser. Att använda BAS är en del av den faktainsamling som bör göras vid en behovsbedömning och formuläret kan användas vid alla ärenden där handläggaren bedömer det lämpligt. Om den äldre är intresserad av att få en utredning av olika aspekter av sin livsföring, så är BAS i sin helhet lämpligt att användas.

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. Tillsammans med annan relevant information ger uppgifterna ett underlag för beslut om insatser enligt socialtjänstlagen. Vid en behovsbedömning för personer som har nedsatt beslutskapitet kan närstående personers uppgifter ha särskilt stor betydelse.

## 5.13 Delaktighet i vård och omsorg för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett stöd för att främja delaktigheten i vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras närstående. Det närmare syftet var att i liten skala undersöka om det går att föra samtal med demensdrabbade personer om deras vård och omsorg samt om avgränsade frågor kan fylla någon funktion i uppföljningen av genomförandeplaner. Uppdraget har redovisats i en rapport (Källa: Delaktighet i vård och omsorg för personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen 2013).

Utvecklingsarbetet har bedrivits i två steg. Först konstruerades fem frågor, varav tre är riktade till personer med demenssjukdom och två är riktade till närstående. Därefter testades frågorna praktiskt genom att undersköterskor gjorde halvstrukturerade intervjuer med demensdrabbade och närstående, med utgångspunkt från individuella genomförandeplaner och med hjälp av de fem frågorna.

Totalt deltog 19 personer med demenssjukdom, 17 närstående och nio undersköterskor med särskild utbildning i demensvård. De medverkande fanns både i hemtjänst och på särskilda boenden i fem olika kommuner/stadsdelar.

Resultatet visar att undersköterskor med särskild demensvårdsutbildning kan genomföra uppföljningssamtal med demensdrabbade personer. Möjligheterna i det enskilda fallet styrdes av hur långt framskriden sjukdomen var samt vårdtagarens ”dagsform”. Flertalet närstående uppgav att de haft nytta av samtalet.

Tre av de fem testade frågorna bedömds som användbara i uppföljningssamtal, främst eftersom de stimulerade till samtal om det som var viktigt för den enskilde individen.

Sammantaget visar resultatet att det är möjligt att främja delaktighet i vård och omsorg för personer med demenssjukdom och närstående, med hjälp av uppföljningssamtal.

## 5.14 Andra uppdrag till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i samband med överenskommelsen om de mest sjuka äldre fått flera uppdrag. Socialstyrelsen ska bl.a. fortsätta arbetet med att göra en samlad kartläggning och analys av dels primärvårdens uppdrag och insatser, dels korttidsboende och andra vård- och omsorgsformer i gränslandet mellan akutsjukvård och permanenta insatser från kommunal vård och omsorg samt identifiera huvudfrågor för fortsatt arbete. Vidare ska ett webbaserat stöd om läkemedelsgenomgångar utvecklas. Dessutom ska kunskapsöversikter om evidensbaserad kunskap kring omsorgen om de mest sjuka äldre tas fram. I samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna ska nya indikatorer utvecklas. Inriktningen är att de så långt möjligt ska omfatta enhetsnivå för vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Socialstyrelsen ges även i uppdrag att utveckla brukarundersökningen om äldres uppfattningar om vård och omsorg när det gäller undersökningsmetod och antal deltagare i

undersökningen så att resultat kan redovisas på enhetsnivå för särskilt boende och hemtjänst. Skr. 2013/14:57

Socialstyrelsen ska även i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, Famna och Vårdföretagarna utveckla presentationen av Öppna jämförelser så att de i högre grad visar hur kvaliteten i och resultaten av vård och omsorg om de mest sjuka äldre utvecklas. Inriktningen bör också vara att öka aktualiteten av webbpublicerade data i Öppna jämförelser.

Socialstyrelsen ska också utveckla vägledningen till kommuner och enskilda verksamheter för att förbättra rättssäkerheten för äldre personer inom äldreomsorgen och särskilt uppmärksamma situationen för de mest sjuka äldre.

## 5.15 Statskontoret följer regeringens överenskommelser

Statskontoret har regeringens uppdrag att följa upp de årliga överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om de mest sjuka äldre. De förslag Statskontoret lämnar i de årliga rapporterna beaktas vid utformningen av nästa överenskommelse. Statskontoret lämnar 2015 en slutrapport som också belyser hur väl den här typen av överenskommelser fungerar som styrform.

## 5.16 Öppna jämförelser

I januari 2007 beslutade regeringen att Socialstyrelsen, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, ska utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet inom kommunernas vård och omsorg om äldre samt landstingens hemsjukvård.

### **Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre**

Socialstyrelsen genomförde hösten 2012 en kommun- och enhetsundersökning om vård och omsorg om äldre. Kommun- och enhetsundersökningen är den enda datakällan på nationell nivå för rikstäckande uppgifter på enhetsnivå av hemtjänstverksamheter och särskilda boenden och resultaten används i Äldreguiden och som underlag till öppna jämförelser.

I 37 procent av kommunerna och stadsdelarna i undersökningen finns garantier att den som använder sitt trygghetslarm i ordinärt boende, när behov finns, får hjälp av personal på plats inom 30 minuter. Av dem som bor i särskilt boende för äldre har 65 procent tillgång till styrke- och balansträning minst en gång per vecka. Av de som är över 75 år använder 20 procent av de boende i särskilt boende och 18 procent av dem med hemtjänst tio eller fler läkemedel.

Varje heltidsanställd handläggare i kommunerna har i genomsnitt ansvar för 161 personer som är 65 år eller äldre. Det påverkar möjligheterna att följa upp ett beslut. Av dem som har hemtjänst har 36 procent

fått minst ett av sina beslut uppföljda av kommunernas handläggare under perioden 1 april till 30 september 2012. Motsvarande uppgift för särskilt boende är 14 procent.

### **Läkemedelsbehandlingar**

För första gången redovisar Socialstyrelsen en samlad öppen jämförelse av läkemedelsområdet. Rapporten har tagits fram i samverkan med Läke-medelsverket och Sveriges Kommuner och Landsting.

I rapporten redovisas 29 indikatorer avseende läkemedelsbehandling. Urvalet av indikatorer har gjorts utifrån redan befintliga, tidigare publicerade indikatorer. Öppna jämförelser av läkemedelsbehandlingar är ett långsiktigt arbete och det finns behov av att utveckla fler indikatorer inom flera prioriterade områden.

### **Resultat som visar på en positiv utveckling**

- Utvecklingen fortsätter i rätt riktning när det gäller antibiotikaförskrivningen i Sverige. Sett till antal expedierade recept för antibiotika minskar förskrivningen av antibiotika långsamt. Andelen av den antibiotika som skrivs ut till barn som behandlas för luftvägsinfektioner som har smalt antibakteriellt spektrum (penicillin V) ökar, vilket är en positiv utveckling. Det finns dock fortfarande relativt stora variationer mellan landstingen vilket tyder på fortsatt utrymme för förbättring.
- I de flesta landsting får en allt större andel av patienter med stroke trombolysbehandling och det går också fortare att starta behandlingen efter ankomst till sjukhus jämfört med tidigare år.

### **Resultat som visar på förbättringsområden**

- Äldres läkemedelsbehandling kan fortfarande förbättras. Personer över 75 år behandlas med i genomsnitt fem läkemedel samtidigt, vilket är en ofta tillämplig gräns för så kallad polyfarmaci. Polyfarmaci är den enskilt största riskfaktorn för läkemedelsbiverkningar hos äldre. Elva procent av alla personer över 75 år behandlas med tio eller fler läkemedel samtidigt, och var tionde person förskrivs läkemedel som bör undvikas till äldre. Av kvinnorna hade i genomsnitt 14 procent tio eller fler läkemedel, motsvarande andel bland männen var 12 procent.
- Under 2011 hade sex av tio patienter som besökte läkare i primärvården ett recept med sig efter besöket. Många patienter upplevde informationsbrister i samband med förskrivningen. De blev inte i tillräcklig utsträckning tillfrågade om vilka andra läkemedel de använde eller vilka biverkningar de skulle vara uppmärksamma på.
- Antal patienter som har regelbunden behandling med lugnande medel eller sömnmedel varierar stort mellan landstingen, och det finns också stora könsskillnader. Kvinnor behandlas i högre utsträckning än män och cirka 4 procent av alla kvinnor mellan 20–79 år använder regelbundet lugnande medel eller sömnmedel.

- Kvinnor som har haft benskörhetsfraktur behandlas i liten omfattning med läkemedel mot osteoporos och variationen mellan olika landsting är betydande. Skr. 2013/14:57

### **Jämförelser öppnar för ökad kvalitet**

Myndigheten för vårdanalys har utvärderat Öppna jämförelser inom vård och omsorg för äldre. Av rapporten framgår att det finns mer kvar att göra innan öppna jämförelser har nått målsättningarna. Öppna jämförelser är dock under utveckling och har kommit en bit på väg mot att bli en produkt med betydelse för utvecklingen av vården och omsorgen om äldre.

- Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Resultaten analyseras och används lokalt i allt större omfattning.
- Öppna jämförelser lyckas i några fall följa upp kvaliteten i vården och omsorgen av äldre som rör sig mellan kommunernas och landstingens ansvarsområden. I nuläget saknas dock ofta en tydlig mottagare för de indikatorer som speglar kvaliteten för äldre i gränssnittet mellan vård och omsorg. Detta minskar möjligheterna till förbättring avsevärt.
- Öppna jämförelser har medfört en ökad transparens men presentationsformen är inte lämplig för allmänhet och media. Äldreguiden som bland annat ska användas av befolkningen som underlag för val av vård- och omsorgsgivare brister i relevans och användbarhet.
- Utvecklingen av data avseende vård och omsorg om äldre är snabb, till stor del som följd av prestationsbaserade ersättningsystem för ökad rapportering till de nationella kvalitetsregistren som utvecklas på området, men också genom kommunernas ökade användning av data som medför kvalitetssäkring av data.
- Misstro mot underliggande data begränsar genomslaget av öppna jämförelser i kommunerna. Misstron gäller bland annat om rätt data rapporteras i kommunenkäten och om de olika datakällor som används mäter kvaliteten i omsorgen på ett riktigt sätt.
- Öppna jämförelser är inne i ett intensivt utvecklingsarbete. Det medför en svår balansgång mellan att å ena sidan kontinuerligt förbättra och utveckla nya indikatorer och att å andra sidan kunna följa resultaten över tid och mäta resultatet av förbättringsarbetet. Inriktningen att fortsätta fokusera på utveckling är nödvändig, men följden blir att det omedelbara värdet av jämförelserna minskar under uppbyggnadsfasen.
- Organisationen för öppna jämförelser fungerar relativt väl och förmår driva utvecklingen framåt. Öppna jämförelser har stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i vården och omsorgen om äldre.

Öppna jämförelser har bidragit till bättre möjligheter för uppföljning och jämförelser av resultat av vård och omsorg om äldre. För kommunledning och verksamhetschefer inom omsorgen utgör öppna jämförelser ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras.

Öppna jämförelser har inneburit att omsorgens resultat har blivit mer tillgängliga, särskilt för kommunledningar. Det finns fortfarande ett stort fokus på budget som inte öppna jämförelser lyckas bryta. Öppna jämförelser har underlättat möjligheterna för politiker och tjänstemän att föra en bättre dialog om innehållet i vården och omsorgen om äldre.

## 5.17 Kompetenssatsningar

Regeringen har på olika sätt satsat på att stärka kompetensen i äldreomsorgen. Sedan 2011 genomförs Omvårdnadslyftet, en kompetenssatsning som riktar sig till baspersonal inom äldreomsorgen. Omvårdnadslyftet är ett resultat från beredningen av Yrkeskravsutredningens förslag i betänkandet I den äldres tjänst (Källa: I den äldres tjänst, SOU 2008:126). Satsningen pågår under perioden 2011–2014 och omfattar totalt 1 miljard kronor. Syftet är att stärka den grundläggande kompetensen och från 2012 även kunskaper som behövs för specialiserade uppgifter. Från den 1 januari 2013 kan även utbildning för personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning också ingå i satsningen. Sedan 2011 har ca 10 000 personer påbörjat en utbildning inom ramen för Omvårdnadslyftet.

Regeringen genomför även en värdegrundsutbildning för biståndshandläggare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, medicinskt ansvariga för rehabilitering och enhetschefer inom äldreomsorgen. Fram till sommaren 2013 har 1 825 personer gått kursen ”Att leda och arbeta utifrån den nationella värdegrunden i äldreomsorgen” och 227 personer har gått den fördjupade värdegrundsutbildningen med betoning på ledarskapet. Värdegrundsutbildningarna avslutas årsskiftet 2013–2014. Regeringen beslutade i oktober 2012 om en satsning på 100 miljoner kronor på en ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer under 2013–2015. Utbildningen omfattar 30 högskolepoäng och fyra delkurser: värdegrund, organisation och ledarskap, lagar och regler samt upphandling och uppföljning. Ungefär var femte äldreomsorgschef sökte till den första kursstarten hösten 2013.

Demens ABC är Svenskt Demenscentrums webbutbildning baserad på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Demens ABC syftar till att motivera personal till att tänka och arbeta personcentrerat. Det handlar om att se människan bakom sjukdomen och låta denna bild påverka den vård och omsorg personalen ger. I riktlinjerna kallas detta för personcentrerad omvårdnad och lyfts fram som den kanske viktigaste förutsättningen för en god demensvård. Demens ABC riktar sig framförallt till personal inom vård och omsorg. Utbildningen förutsätter inte några förkunskaper och är även öppen för studenter och andra intresserade av demensområdet. Utbildningen kan också fungera som ett verktyg för chefer för att höja vårdkvaliteten. Fram till mitten av hösten 2013 har drygt 52 000 personer genomgått utbildningen och gjort ett godkänt kunskapstest.



Under åren 2007–2012 avsatte regeringen cirka 5 miljarder kronor för att med stimulansbidrag stödjade kommuner och landsting i arbetet med att höja kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer. Stimulansbidragen fördelades av Socialstyrelsen till projekt inom prioriterade områden som demensvård, förebyggande arbete, kost och nutrition, läkartillgång, läkemedelsgenomgångar och rehabilitering samt socialt innehåll.

### **Över 4 000 projekt**

Satsningen fick ett brett genomslag visar Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av de 4 300 projekt som kommuner och landsting genomfört med stöd av bidragen. Samtliga kommuner och landsting deltog i satsningen.

Projektet har handlat om allt från att erbjuda aktiviteter vid mötesplatser för äldre, möjlighet till fysisk träning, en trevligare måltidsmiljö till bättre utemiljöer i särskilt boende. Merparten av stimulansbidragen användes till utbildningsinsatser och teambaserade samverkansprojekt.

### **Ökad kompetens bland vård- och omsorgspersonal**

Utbildningsinsatserna har bidragit till att ge grupper av vård- och omsorgspersonal ökade kunskaper om personcentrerad omvårdnad, rehabiliterande arbetssätt och läkemedel för äldre samt vikten av näringsrik kost under hela dygnet och av socialt innehåll i de äldres dagliga liv. Såväl längre utbildningar på högskolenivå i demenskunskap som kortare utbildningar för stora grupper av anställda har genomförts.

### **Ökad samverkan mellan kommun och landsting**

Satsningen har också bidragit till ökad samverkan mellan kommuner och landsting. Flera kommuner och landsting har använt stimulansbidragen till teamarbete. Det har genomförts projekt som syftat till att skapa demensteam och rehabiliteringsteam, göra läkemedelsgenomgångar och förebyggande hembesök.

### **Särskilt boende har prioriterats**

Inom insatsområdena läkemedelsgenomgångar och kost och nutrition har stimulansmedlen i högre grad använts för projekt i särskilt boende än i ordinarie boende. Vidare är det endast ett mindre antal projekt som har haft äldre med annan språkbakgrund än svenska som målgrupp.

### **Efter satsningen**

Socialstyrelsen konstaterade i sin utvärdering en märkbar förbättring av läkemedelsanvändning för äldre under perioden av stimulansbidrag. Det är emellertid inte möjligt att avgöra om det beror på den aktuella satsningen eller andra satsningar eller insatser i landsting och kommun.

Kommunerna och landstingen uppger att kunskaperna från de omfattande utbildningsinsatserna kommer att finnas kvar i organisationerna även efter att satsningen upphört. Det man fortsätter med är till viss del sådant som ingår i nya satsningar med stimulansbidrag som kan generera nya medel till huvudmännen.

## 5.19 Investeringsstöd till särskilt boende enligt SoL

Investeringsstödet till äldreboendestäder trädde i kraft den 1 juni 2007. Fram till och med den 6 december 2012 hade drygt 11 000 bostäder för äldre beviljats stöd. Det handlar om cirka 9 400 lägenheter i särskilda boendeformer och 2 000 trygghetsbostäder, motsvarande ett stödbelopp på cirka 1,3 miljarder. Cirka 80 procent av de beviljade lägenheterna är nyproducerade. Andelen är lägre när det gäller trygghetsbostäder, där uppgår andelen lägenheter i nyproduktion till cirka 60 procent.

Boverket har utvärderat investeringsstödet. Boverkets enkät till samtliga sökande som beviljats stöd ger följande bild:

- 70 procent av de som hade beviljats stöd uppgav att stödet hade stor eller avgörande betydelse för deras beslut. Svaren tyder också på att stödet har haft särskilt stor betydelse för beslut att bygga trygghetsbostäder.
- Enligt enkätsvaren har stödet större betydelse vid nybyggnad än vid ombyggnad. Närmare 90 procent av de som har beviljats stöd för nybyggnad av trygghetsbostäder uppger att stödet har haft stor eller avgörande betydelse för deras beslut.
- Privata fastighetsägare uppger i högre grad än övriga aktörer att stödet har haft en avgörande betydelse för beslutet att bygga eller bygga om.

Att stödet har påverkat beslutet att bygga nytt eller omvandla behöver inte nödvändigtvis betyda att dessa bostäder inte alls hade uppförts om inte investeringsstödet hade funnits. Stödet kan ha påverkat beslutet på så sätt att beslutet att bygga eller omvandla togs i dag snarare än i framtiden.

Investeringsstödet har inte lyckats öka det totala antalet platser i särskilda boendeformer. Enligt Boverket har stödet sannolikt medverkat till att det inte försvinner platser i särskilda boendeformer i samma takt som i början av 2000-talet.

Det är fortfarande brist på platser i särskilda boendeformer i många kommuner, men det är fler kommuner som täcker behovet av platser i särskilda boenden i dag, än vid stödets införande.

Andelen kommuner som uppger att de täcker behovet av särskilt boende för äldre har ökat från 47 procent 2007, det år då stödet infördes, till 60 procent 2012 (Källa: Utvärdering av investeringsstödet till äldreboendestäder, Boverket, Rapport 2013:7).

Kartläggningen kommer att vara ett stöd för regeringen för att bedöma om en statlig satsning på området bör genomföras och, om så är fallet, hur denna bör utformas.

### 6.1 Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2013

Fler äldre hade äldreomsorg 2011 jämfört med året innan. Den långsiktiga trenden med att fler personer får hemtjänst och att färre personer bor i särskilt boende fortsätter. De som har omfattande hemtjänst, mer än 25 timmar per vecka, ökar mest. Något färre äldre har få timmar hemtjänst.

Fler undersköterskor och vårdbiträden har grundläggande yrkesutbildning, 75 procent i hemtjänst och 83 procent i särskilt boende. I de grupper av personal som har högskoleutbildning är förändringarna små, något fler arbetsterapeuter och sjukgymnaster och något färre sjuksköterskor. Det råder nu i stort sett balans mellan tillgång och efterfrågan på personal inom vård och omsorg om äldre, men en betydande brist beräknas uppstå under 2020-talet.

Vissa förbättringar i läkemedelsanvändning kan konstateras. Tillgången till platser för palliativ vård har ökat från 546 platser 2008 till 3 158 platser 2010.

De mest förekommande allvarliga missförhållandena enligt lex Sarah handlar om insatser som inte blir utförda eller som utförs på ett felaktigt sätt, brister i bemötandet samt fysiska och ekonomiska övergrepp.

## 7 Svensk äldreomsorg i jämförelse med andra länder

### 7.1 OECD länderna

I juni 2013 publicerade OECD rapporten A Good Life in Old Age? Vid en granskning av styrinstrument som används inom OECD länderna och EU-länderna för att driva på utvecklingen av kvalitet inom vård och omsorg för äldre (Long Term Care, LTC) pekar OECD på en kombination av åtgärder:

- Reglerande normer som följs, t.ex. miniminormer för personal och infrastruktur.
- Standarder som stöd för önskvärd utveckling av praxis samt kvalitetsindikatorer för att kunna följa måluppfyllelse.
- Marknadsincitament både för leverantörer och användare inklusive ekonomiska incitament för leverantörernas prestationer.

Standardiserade bedömningsinstrument bidrar till att utveckla individualiserade vårdplaner för lämpliga vårdinsatser. De främjar också enhetlighet i vården och kan t.ex. hjälpa till att förhindra biverkningar som följd av olämplig förskrivning av läkemedel. Exempel på sådana instrument finns i Kanada, Finland, Island, Italien, USA och Spanien som använder Resident Assessment Instrument (RAI), i Frankrike som

använder AGGIR skalan (autonomie, gérontologie, groupe iso-resources) och i Belgien som använder KATZ Index.

Många länder som använder standardiserade bedömningsinstrument gör tydlig åtskillnad mellan standardiserad process för bedömning och anpassad process för att utarbeta en individuell vårdplan. Detta gör det möjligt att hitta rätt balans mellan att göra en standardiserad bedömning och att utforma en skräddarsydd vård efter individuella behov och omständigheter.

Några länder låter användarna fatta beslut om den vård de vill ha t.ex. genom kontanta medel för att köpa vård. Sådana mekanismer har införts i nästan två tredjedelar av OECD-länderna och är vanligast i Europa. Även om det leder till högre tillfredsställelse bland användarna så kan oreglerad användning av kontantförmåner vara kontraproduktivt för kvaliteten på vården. Det gäller t.ex. när tillsynen över standarder och anställningsvillkor är otillräcklig vilket påvisats i t.ex. Italien och USA.

Människor som behöver vård- och omsorgstjänster för äldre har oftare en eller flera sjukdomar. Dåligt samordnad vård är en viktig orsak både till missnöje och även återinläggning på sjukhus. Flera initiativ visar potential för att förbättra samordnad vård i vård och omsorg för äldre, som:

- case-management eller koordinatörer som i Japan och Sverige,
- mångprofessionella team som i Belgien, Frankrike och Portugal,
- tillgången till integrerat informationssystem som möjliggör sammanlänkade och överförbara data genom vårdkedjan som i Portugal,
- multidisciplinära bedömningar, en ingång till vården som i Nederländerna och Sverige.

OECD konstaterar att Sverige använder 3,6 procent av sin BNP för vård och omsorg för äldre. Det var 2010 den näst högsta andelen i OECD. Inom OECD har Sverige det högsta antalet vårdanställda per 1 000 invånare över 65 år. Cirka fem procent av befolkningen över 65 års ålder fick vård och omsorg på institution (särskilt boende) under 2010, och fler än en av tio fick vård i hemmet under 2008. Båda är högre andelar än motsvarande medelvärden inom OECD.

Trots en så omfattande verksamhetsvolym och som ska fylla behoven hos en så stor del av befolkningen är det inte förrän under senare år som mätningar av äldreomsorgens kvalitet och resultat fått någon större omfattning i Sverige. Särskilt viktigt är detta i ett system som uppmantrar till konkurrens mellan utförare och där brukarna kan välja utförare, enligt OECD. Sverige försöker genom att rikta ekonomiska incitament till kommunerna att stimulera till bättre standard i äldreomsorgen. Ett exempel är användningen av finansiella incitament för att driva på kvalitetsförbättring och rapportering.

Ärliga bidrag från staten till kommuner är kopplade till resultat i förhållande till specifika mål som att minska onödigt sjukhusvistelse för gamla människor för kroniska sjukdomar och andra mål som bygger på indikatorer från kliniska register som Senior Alert och demensregistret SveDem. Sjukhusvistelser bland äldre människor på grund av vissa kroniska sjukdomar kan ofta undvikas genom bättre samordning av vården. Bland OECD-länderna har Sverige en av de högsta andelarna personer över 80 år som behöver sjukhusvård för KOL (kronisk

obstruktiv lungsjukdom). Sverige skulle också kunna öka standardisering av behovsprövning och vårdprocesser för att motverka variation i kvaliteten på tjänsterna inom kommuner och landsting. Kommunernas behovsbedömning har inte varit baserad på nationellt standardiserade riktlinjer eller verktyg för bedömning som i Finland, Kanada eller USA.

Skr. 2013/14:57

## 7.2 Active Ageing Index 2012

På uppdrag av FN och EU publicerade The European Centre for Social Welfare Policy and Research i Wien 2012 för första gången ett Active Ageing Index. Vid arbetet med att konstruera indexet har man följt den begreppsram som tillämpats i The 2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations, en metodik liknande den som används i FN:s Human Development Index (HDI). Active Ageing Indexet jämför de 27 EU länderna.

För indikatorn *Sysselsättning (betald)* placerar sig Sverige främst. Sverige har en hög andel av befolkningen sysselsatt också i högre åldrar. Sverige ligger främst också för indikatorn *Kapacitet/gynnsam miljö*. De äldre i befolkningen i Sverige kan t.ex. räkna med en hög andel år med god hälsa och social aktivitet. För indikatorn *Oberoende* hamnar Sverige på andra plats. Fysisk aktivitet, ekonomisk trygghet och tillgång till service är sådant som ingår i detta. För indikatorn *Social aktivitet och deltagande* hamnar Sverige på nionde plats. (Källa: <http://www.euro.centre.org/data/13560025549393.pdf>).

## 7.3 Global Agewatch Index 2013

På ett liknande sätt har den internationella organisationen Help Age International ställt samman data inom områdena ekonomisk trygghet, hälsostatus, arbete och utbildning samt aktiverande/tillgänglig miljö. Sverige hamnar på en sammanlagd förstaplats, tätt följt av Norge (Källa: <http://www.helpage.org/global-agewatch/>).

## 7.4 IHP studien

Under våren 2011 genomfördes The Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP-studien) i Sverige och 10 andra länder (Källa: The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey – Resultat för Sverige, Ramböll 2012). Studien genomförs årligen som en intervjuundersökning och beskriver skillnader mellan de olika ländernas hälso- och sjukvårdssystem men med varierande perspektiv olika år. Under 2011 var perspektivet att beskriva hälso- och sjukvård utifrån ”sjukare vuxnas” perspektiv.

De som skattar sin hälsa som dålig anser att delar av hälso- och sjukvårdssystemet fungerar bra medan de med mycket bra hälsa oftare anser att systemet fungerar bra. I Sverige har tre av fyra en fast läkarkontakt. I en del andra länder som Norge, Schweiz, Storbritannien,

Nederländerna och Nya Zeeland uppgår motsvarande andel till 100 procent. I Uppsala och Kalmar läns landsting svarar också alla att de har en fast läkarkontakt. Av de äldre uppger 76 procent att de får tillräckligt med tid tillsammans med sin läkare vid besöket. Även här är det svenska resultatet sämre än andra länders.

Klarar vården att samordna viktig information om medicinsk bakgrund och behandling? Av de äldre över 75 år svarar 82 procent att de inte varit med om att det inte fungerar. I Halland är det hela 89 procent som inte upplevt problem med detta. I internationell jämförelse är Frankrike högst rankat med 88 procent och Tyskland lägst rankat med 60 procent.

I Sverige svarar 40 procent av de äldsta att läkare eller farmaceut under det senaste året följt upp och diskuterat samtliga läkemedel man använder. I Tyskland är motsvarande resultat 70 procent och i Norge 27 procent. I Sverige svarar 8 procent, att de upplevt så negativa biverkningar av sina mediciner att de fått uppsöka sjukhus. I Frankrike är det en procent. I Sverige fick 42 procent en skriftlig information om den fortsatta vården efter sjukhusvistelsen. I USA fick 90 procent det.

I Sverige undersöktes också hur viktigt det är att kunna välja utförare. Av dem över 75 år tycker 77 procent att det är mycket eller ganska viktigt att kunna välja utförare av planerad vård, 76 procent primärvård, 80 procent äldreomsorg. Många, 86 procent, tycker att den vård och omsorg de får är tillräcklig. Men 12 procent svarar att hjälpen inte har tillräcklig omfattning.

I flera av frågeställningarna är Sveriges resultat genomsnittligt. När det gäller de äldres övergripande bedömning av hälso- och sjukvårdssystemet är Sverige ett av de högst rankade länderna. I olika frågeställningar som rör kommunikation, vårdplanering och koordination av vården hamnar dock Sverige bland de lägst rankade länderna.

## 8 Slutsatser och fortsättning

Genomgående för regeringens initiativ inom äldrepolitiken är att de äldre sätts i centrum. Först när respekten för människovärdet genomsyrar både utformningen och genomförandet av verksamheten i äldreomsorgen är det möjligt att garantera alla en trygg och värdig äldreomsorg. Särskilt viktigt är detta för de som inte alltid själva kan föra sin talan. Vårdighetsreformen har fått ett gott mottagande i form av ett stort intresse för de utbildningar som utvecklats och erbjuds för att stödja införandet av den nationella värdegrunden.

Regeringen har också tydligt betonat landstingens och kommunernas ansvar för vård och omsorg för äldre. Genom årliga överenskommelser mellan regeringen och landsting och kommuner har stora framsteg gjorts för att i samverkan förbättra tillgänglighet och kvalitet i vården och omsorgen.

Utvecklingen och användningen av indikatorer har ökat möjligheterna att följa upp men också att styra utvecklingen på ett mer målmedvetet sätt. Genom stödet för införandet av kvalitetsregister inom äldreomsorgsområdet finns nu ökade möjligheter för att genom systematiskt arbete

förbättra vården och omsorgen för de mest sköra äldre. Det handlar om att minska risker för t.ex. felmedicineringar, fallrisker, trycksår eller undernäring. Kvalitetsregister har också visat sig ha stor betydelse för utveckling av ett arbetssätt som leder till gott omhändertagande av personer med demenssjukdom där förekomsten av beteendemässiga och psykiska symtom kan minskas eller förebyggas genom ändrade arbetssätt. Arbetet med förbättrad kvalitet leder dels till bättre kvalitet för de mest sjuka äldre. Dels leder det till ett erkännande av vårdpersonalens yrkeskunnande och ett stöd för en fortsatt utveckling av ett yrkeskunnande som vilar på ett personcentrerat förhållningssätt i linje med den nationella värdegrunden.

Regeringen har lagt stor vikt vid att utveckla välfärden genom att öka äldre människors möjlighet att själva bestämma mer i fråga om äldreomsorg och sjukvård. Anhöriga och andra i det sociala nätverket är viktiga genom hela livet men vård- eller omsorgsinsatser är inte något som samhället har rätt att avkräva dem. Kommunerna ska erbjuda stöd till dem som vårdar närstående.

I många kommuner har lagen om valfrihetssystem (LOV) medfört att många äldre har fått möjlighet att påverka inte bara vem som ska vara utförare. Den enskilde kan också påverka vilken inriktning hjälpen ska ha och när eller hur hjälpen ska utföras. Den enskildes önskemål och preferenser, synpunkter eller klagomål har en framskjuten plats i ett valfrihetssystem. Genom en ändring i socialtjänstlagen (2001:453) är det nu det äldre paret själva som bestämmer om de båda vill flytta till ett särskilt boende när den ene parten behöver ett sådant boende. Genom investeringsstödet till trygghetsboende ökar äldres möjlighet att själva bestämma när de vill flytta till ett anpassat boende.

### **Utmaningarna är flera**

De senaste årens utvecklingsarbete visar att stora förändringar är möjliga på kort tid. Regeringen har tillsammans med kommunerna och landstingen samt offentliga och enskilda utförare tagit viktiga steg för utveckling av god kvalitet och god hushållning med ekonomiska och personella resurser. För regeringen innebär lyckade resultat av genomförda satsningar kunskap som ger inspiration till fortsatta förändringar.

### **Värdighet och välbefinnande**

Att kunna åldras i värdighet är grundläggande för vår känsla av trygghet. För att äldre personer ska kunna känna värdighet och välbefinnande måste alla som arbetar i vård och omsorg ha den nationella värdegrunden som utgångspunkt.

### **Självbestämmandet**

Självbestämmande, oberoende och integritet är för allt fler människor viktigt för att kunna känna att man har kontroll över sitt liv. Det är viktigt att rätten att själv få bestämma gäller hela livet igenom.

### **Kvalitet**

Hur väl vård och omsorg arbetar med metoder som utgår från bästa möjliga kunskap påverkar både livskvaliteten för de äldre och hur effektivt resurserna används. Effektiva metoder för implementering av kunskap är angeläget för att alla ska få del av en äldreomsorg med god kvalitet.

### **Ständig kompetensutveckling**

I takt med att andelen av de anställda som har grundläggande kunskaper för vård och omsorg om äldre ökar så ökar också efterfrågan på ytterligare kunskaper. Det är angeläget att kommuner och enskilda utförare inom äldreomsorgen också fortsättningsvis arbetar målmedvetet med kompetensutveckling.

### **Anhöriga**

Anhörigvård ska fortsatt vara ett frivilligt åtagande och regeringen välkomnar anhörigas engagemang. Stöd till anhöriga handlar om tillgång till väl fungerande äldreomsorg och avlösning så att anhörigskapet inte blir för betungande.

### **Hälsa och livskvalitet**

Förebyggande hälsoarbete bidrar tillsammans med förbättrade rehabiliteringsinsatser till ökad livskvalitet. I vilken grad vars och ens hälsa kan skyddas, stärkas eller återvinnas är avgörande för i vilken grad äldre kan leva utan att vara beroende av hjälp från andra och för hur stort det offentliga omsorgsåtagandet blir.

### **Resurser**

Med tanke på den åldrande befolkningens kommande behov av vård och omsorg är det ett stort ansvar se till att dagens resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt. Den framtida tillgången till arbetskraft beräknas vara begränsad. Kontinuitet är en viktig kvalitetsfaktor varför goda arbetsvillkor bör eftersträvas så att personal vill och kan stanna i yrket.

### **Rättssäkerhet**

Det är viktigt att vård och omsorg för äldre finns tillgänglig för alla som behöver den oavsett var i landet man bor.

### **Sociala innovationer och välfärdsteknik**

Välfärdsteknik kan förebygga och komplettera vård- och omsorgsbehov och bidra till livskvalitet och högre resursutnyttjande. Teknik är viktigt för att kunna effektivisera vård och omsorg och göra processer säkrare. Teknik kan förenkla tillvaron för många äldre och stärka oberoendet. Framstegen och möjligheterna är många inom informationsteknik (*IT*) och informations- och kommunikationsteknik (*IKT*), den del av IT som bygger på kommunikation mellan människor.



### **Samhällets anpassning**

Skr. 2013/14:57

En miljö som är anpassad för äldre underlättar vardagen och främjar äldres självständighet.

### **Genom uppföljning synliggörs resultat**

Med uppföljning och egenkontroll inom vård och omsorg för äldre kan resultat konstateras och värderas, för att i nästa steg tillvaratas i förbättringsarbetet.

## Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 december 2013

Närvarande: Statsministern Reinfeldt, ordförande, och statsråden Bildt, Ask, Larsson, Erlandsson, Hägglund, Billström, Adelsohn Liljeroth, Norman, Attefall, Kristersson, Elmsäter-Svärd, Ullenhag, Hatt, Lööf, Enström, Arnholm, Svantesson

Föredragande: statsrådet Larsson

---

Regeringen beslutar skrivelse 2013/14:57 Ett värdigt liv – äldrepolitisk översikt 2006–2014