

# Regeringens proposition 1997/98:113

Prop. 1997/98:113

## Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Prop.  
1997/98:113

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 6 april 1998

*Göran Persson*

*Margot Wallström*  
(Socialdepartementet)

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen fastslår regeringen de tre huvudprinciperna för äldrepolitiken

- att den skall vara demokratiskt styrd genom folkvalda församlingar
- att den skall vara solidariskt finansierad genom skattemedel
- att den skall vara tillgänglig efter behov, inte efter köpkraft.

Vidare föreslår regeringen mål och inriktning för den framtida äldrepolitiken. Målen som regeringen föreslår är att äldre skall

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

De nationella målen för äldrepolitiken omfattar de flesta samhällsområden. För att uppnå dem krävs insatser av staten, landstingen och kommunerna – men också av arbetsmarknadens parter, av föreningsliv, trosamfund, andra sammanslutningar och av enskilda människor.

*Ökade resurser samt bättre samverkan, ledning och organisation:* För att ge en nödvändig resursförstärkning har regeringen aviserat och delvis beslutat att höja statsbidragen till landsting och kommuner med sammanlagt 16 miljarder kronor under perioden 1997–2000. Regeringen har idag i den ekonomiska vårpropositionen (1997/98:150) föreslagit ytterligare höjningar av statsbidragen till kommuner och landsting. Regeringen understryker vikten av att resurstillskottet kommer äldreomsorgen tillgodo och lyfter särskilt fram behovet av samverkan mellan landsting och kommuner, bl.a. för att se till att medicinsk kompetens tillgodoses i den

kommunala äldreomsorgen. Ökad samverkan mellan vårdgivare är enligt regeringens uppfattning nödvändig för att åstadkomma nytänkande i frågan om hur vården skall styras och organiseras. Regeringen avser därför att se över och återkomma med förslag om vidgade lagliga möjligheter för samverkan inom vårdområdet. För att ge bättre förutsättningar för ledning och organisation av äldreomsorgen anser regeringen att särskilda medel skall kunna utgå till utbildningsinsatser för förtroendevalda. Det är också viktigt att kommuner och landsting tar till vara de erfarenheter som finns samlade inom de kommunala pensionärsråden (KPR) och landstingens pensionärsråd (LPR).

Utöver det generella resurstillskottet avser regeringen att i budgetpropositionen för perioden 1999–2001 föreslå en förstärkning av resurserna till äldreområdet med 300 miljoner kronor per år varav 100 miljoner kronor omprövas om tre år. Vidare avser regeringen att föreslå totalt 400 miljoner kronor under åren 1998 och 1999 som stimulansbidrag för anpassning samt till- och ombyggnad av äldreboenden.

*Rimligare avgifter:* Regeringen föreslår ändringar i socialtjänstlagen som innebär förtydligande av reglerna för avgifterna för äldre- och handikappomsorg.

*Förstärkt tillsyn, effektivare kontroll och kvalitetssäkring:* 20 miljoner kronor bör tillföras Socialstyrelsen och länsstyrelserna för att förstärka tillsynsarbetet. I Socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse om en generell anmälningsplikt för den som är verksam inom omsorger om äldre eller funktionshindrade. Regeringen anser vidare att det bör finnas en opartisk instans, i form av förtroendenämnder, dit enskilda och anhöriga kan vända sig när det uppstår problem i samband med vård och omsorg. En ny bestämmelse föreslås föras in i socialtjänstlagen som anger att kvaliteten i verksamheten fortlöpande skall utvecklas och säkras. Särskilda föreskrifter skall kunna utfärdas om detta.

*Mer forskning, ökad kunskap och kompetens:* Socialvetenskapliga forskningsrådet får i uppdrag att ta fram förslag till ett nytt forskningsprogram och ökade resurser föreslås tillföras äldreforskningen om totalt 60 miljoner kronor för perioden 1999–2001, med 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år 2000 och 30 miljoner kronor år 2001. En översyn av personalförsörjningen och kartläggning av utbildningsbehov skall snarast göras. Vidare sker en satsning på fortbildning av arbetsledare och förtroendevalda som är ansvariga för äldre frågor med 80 miljoner kronor år 1999, 70 miljoner kronor år 2000 och 60 miljoner kronor år 2001.

*Utveckling och förnyelse:* Regeringen föreslår att särskilda initiativmedel, om 90 miljoner kronor årligen under tre år, avsätts för att stimulera utveckling och nytänkande inom äldreområdet. Exempel på sådana initiativ är stöd till regionala äldrecentra och försöksområden, generationsöverbyggande kontaktverksamhet, satsning på telefonjourer samt utveckling av informationstekniken inom äldreområdet.

*Ökad livskvalitet för anhöriga och äldre* stöds genom att särskilda utvecklingsmedel om 100 miljoner kronor årligen avses att anvisas för att stödja anhöriga och andra närstående. Samverkan med frivilliga organisationer är viktiga i sammanhanget.

*Insatser mot ohälsa:* Förebyggande insatser för äldre genom bl.a. uppsökande verksamhet i hemtjänsten bör utvecklas, liksom ett brett folkhälsoarbete. Regeringens förslag till en förbättrad tandvård för äldre redovisas.

I propositionen lämnas också en redogörelse för regeringens strategi för äldrepolitiken under de närmaste åren. Regeringen har i december 1997 beslutat att ett äldreprojekt skall följa och driva arbetet med genomförandet av det nationella handlingsprogrammet för äldrepolitiken. Äldreprojektet leds av Socialdepartementet och skall ha en långsiktig inriktning och pågå under åren 1998–2000. Regeringen anser det angeläget med samma breda enighet angående äldrepolitiken i övrigt som den som uppnåtts på pensionsområdet, varför en parlamentariskt sammansatt äldreberedning kommer att tillsättas. Beredningen kommer bl.a. att tillsammans med äldreprojektet inneha uppgiften att initiera, samordna och följa aktiviteter i samband med Sveriges deltagande i FN:s internationella år för äldre (år 1999). Sveriges deltagande bör enligt regeringens bedömning präglas av långsiktighet och en strategisk diskussion om de äldrepolitiska frågorna med ett brett deltagande från de äldre själva, befolkningen som helhet, organisationer m.fl.

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	6
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1998:763).....	9
2.3	Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) ...	10
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1987:813) om homosexuella sambor.....	11
3	Ärendet och dess beredning.....	13
4	Inledning .....	14
5	Bakgrund .....	16
5.1	Äldrebegreppet och demografin.....	16
5.2	Att vara äldre i Sverige.....	20
5.2.1	De äldre i samhället.....	21
5.2.2	Äldre i arbetslivet.....	24
5.2.3	De äldre och ekonomin .....	25
5.2.4	Äldres boende .....	28
5.2.5	Närstående och sociala relationer.....	28
5.2.6	Hälsa och funktionsförmåga hos äldre .....	30
5.3	Utveckling av vård och omsorg .....	33
5.3.1	Hjälp i hemmet och särskilda boendeformer.....	33
5.3.2	De äldre och den medicinska utvecklingen.....	37
5.3.3	Personal för vård och omsorg om äldre .....	40
5.3.4	Den kommunala ekonomin .....	42
5.3.5	Kostnader och kostnadsutveckling.....	42
5.3.6	Kommunala variationer i servicenivå och kostnader .....	43
5.3.7	Förändrade förutsättningar inom vården och omsorgen om äldre .....	44
5.3.8	Vård- och omsorgssystem i förändring – en sammanfattning .....	48
5.4	Äldres situation inom vård och omsorg .....	49
5.4.1	Förändring, goda exempel och brister.....	49
5.4.2	Uppföljning av Ädelreformen .....	50
5.4.3	Socialstyrelsens Äldreuppdrag .....	52
5.4.4	Utredningen om bemötande av äldre .....	54
6	Nationella mål och inriktning för äldrepolitiken.....	58
6.1	Förslag till nationella mål för äldrepolitiken .....	60
6.2	Ett solidariskt samhälle för alla åldrar.....	62
6.3	Resurser för en offensiv äldrepolitik .....	64
6.4	En god vård och omsorg .....	67
6.5	Regeringens fortsatta arbete med äldrepolitiken .....	69
7	Åtgärder för att utveckla äldrepolitiken.....	70
7.1	Ökade resurser .....	70

7.1.1	Effektivare arbetsmarknadsåtgärder.....	71
7.1.2	Ekonomisk trygghet för vissa äldre invandrare .....	72
7.2	Bättre samverkan, ledning och organisation .....	73
7.2.1	Behov av fördjupad samverkan.....	73
7.2.2	Gemensamma nämnder m.m.....	77
7.2.3	Utbildning för förtroendevalda.....	78
7.2.4	Förstärkt inflytande i kommuner och landsting.....	79
7.3	Rimligare avgifter .....	80
7.3.1	Tydligare avgiftsregler .....	80
7.4.	Fler platser och högre standard i äldreboendet.....	83
7.4.1	Stimulansbidrag till äldreboendestäder.....	83
7.5	Förstärkt tillsyn, effektivare kontroll och kvalitetssäkring .....	84
7.5.1	Effektivare tillsyn .....	84
7.5.2	Anmälan om missförhållanden.....	86
7.5.3	Förtroendenämnder m.m. ....	90
7.5.4	Kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen.....	92
7.6	Mer forskning, ökad kunskap och kompetens.....	95
7.6.1	Ett nytt forskningsprogram för äldre .....	95
7.6.2	Satsning på fortbildning .....	99
7.6.3	Kartläggning av personalförsörjningen och utbildningsbehov .....	101
7.6.4	Uppföljning och utvärdering .....	104
7.7	Utveckling och förnyelse.....	106
7.7.1	Nya initiativ inom äldreområdet.....	106
7.7.2	Satsning på regionala äldrecentra och försöksområden ..	107
7.7.3	Satsning på telefonjourer.....	110
7.7.4	Informationsteknologi för äldre .....	111
7.8	Ökad livskvalitet för anhöriga och äldre .....	112
7.8.1	Nytt stöd till anhöriga.....	112
7.9	Insatser mot ohälsa.....	115
7.9.1	Uppsökande verksamhet i hemtjänsten .....	115
7.9.2	Folkhälsoarbete för äldre.....	116
8	Ikraftträdande och ekonomiska konsekvenser.....	118
9	Författningskommentarer .....	120
9.1	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).....	120
9.2	Förslag till ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	123
9.3	Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100) .	123
9.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1987:813) om homosexuella sambor.....	123
	Bilaga 1 Direktiv för äldreprojektet.....	124
	Bilaga 2 Lagrådsremissens lagförslag .....	129
	Bilaga 3 Lagrådets yttrande .....	133
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 6 april 1998 .....	135
	Rättsdatablad.....	136

Regeringen föreslår att riksdagen

1. antar regeringens förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
3. antar regeringens förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100),
4. antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (1987:813) om homosexuella sambor
5. godkänner regeringens förslag till mål för äldrepolitiken (avsnitt 5)

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620)<sup>1</sup>

*dels* att nuvarande 71 a och 71 b §§ skall betecknas 71 b respektive 71 c §§,

*dels* att 7 a, 10 och 35 §§ skall ha följande lydelse,

*dels* att rubriken närmast före nuvarande 71 a § skall sättas närmast före 71 b §,

*dels* att det i lagen skall införas en ny paragraf, 71 a §, och närmast före paragrafen en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

7 a §<sup>2</sup>

Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet.

För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

*Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För insatser inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder får regeringen, eller den myndighet som regeringen*

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1988:871.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1997:313.

*bestämmer, meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.*

10 §<sup>3</sup>

Socialnämnden bör genom *hjälp i hemmet, service och omvårdnad*, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

Socialnämnden bör genom *hemtjänst*, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

35 §<sup>4</sup>

För familjerådgivning, *hjälp i hemmet, service och omvårdnad*, verksamhet för barn och ungdom enligt 12 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Avgifter för *hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende* får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

För familjerådgivning, *hemtjänst*, verksamhet för barn och ungdom enligt 12 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Avgifter för *hemtjänst* får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, *boendekostnad och andra normala levnadskostnader*. När avgifterna fastställs skall kommunen försäkra

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1997:739.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1997:1230.

*sig om att omsorgstagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.* Prop. 1997/98:113

**Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre eller funktionshindrade**

71 a §

*Var och en som är verksam inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder skall vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild skall genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet utan dröjsmål avhjälps, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten.*

*Första stycket gäller även inom motsvarande yrkesmässigt bedrivna enskild verksamhet. Anmälan skall göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den ansvarige har att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta till tillsynsmyndigheten.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999. Anmälningsskyldigheten enligt 71 a § gäller inte för förhållanden som enbart avser tiden före ikraftträdandet.

Härigenom föreskrivs att 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:762)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

26 §<sup>2</sup>

Av patienterna får vårdavgifter tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 b §, skall därvid behandlas lika.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan vård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Detsamma gäller i fråga om sådan psykiatrisk långtidssjukvård med huvudsaklig omvårdnadsinriktning för vilken kommunen enligt 9 § samma lag har åtagit sig betalningsansvar.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar, enligt 18 b § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 eller 9 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får inte, tillsammans med avgifter som avses i 35 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar, enligt 18 b § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 eller 9 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får inte, tillsammans med avgifter som avses i 35 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, *boendekostnad och andra normala levnadskostnader. När avgifterna fastställs skall kommunen försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1996:1151.

Härigenom föreskrivs att 16 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

**16 kap.**

1 §<sup>2</sup>

*Nuvarande lydelse*

Att friheten enligt 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter i vissa fall är begränsad framgår av 7 kap. 3 § första stycket 1 och 2, 4 § 1–8 samt 5 § 1 och 3 tryckfrihetsförordningen och av 5 kap. 1 § första stycket samt 3 § första stycket 1 och 2 yttrandefrihetsgrundlagen. De fall av uppsåtligt åsidosättande av tystnadsplikt, i vilken nämnda frihet enligt 7 kap. 3 § första stycket 3 och 5 § 2 tryckfrihetsförordningen samt 5 kap. 1 § första stycket och 3 § första stycket 3 yttrandefrihetsgrundlagen i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

----

3. denna lag enligt

-----

10. 19 § första stycket 1 och 3 polislagen (1993:1684)

11. 71 b § socialtjänstlagen (1980:620)

12. förbehåll enligt 9 a § lagen (1965:94) om polisregister m.m.

*Föreslagen lydelse*

Att friheten enligt 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter i vissa fall är begränsad framgår av 7 kap. 3 § första stycket 1 och 2, 4 § 1–8 samt 5 § 1 och 3 tryckfrihetsförordningen och av 5 kap. 1 § första stycket samt 3 § första stycket 1 och 2 yttrandefrihetsgrundlagen. De fall av uppsåtligt åsidosättande av tystnadsplikt, i vilken nämnda frihet enligt 7 kap. 3 § första stycket 3 och 5 § 2 tryckfrihetsförordningen samt 5 kap. 1 § första stycket och 3 § första stycket 3 yttrandefrihetsgrundlagen i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

----

3. denna lag enligt

-----

10. 19 § första stycket 1 och 3 polislagen (1993:1684)

11. 71 c § socialtjänstlagen (1980:620)

12. förbehåll enligt 9 a § lagen (1965:94) om polisregister m.m.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:1474.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1997:1214.

## 2.4 Förslag till lag om ändring i lagen (1987:813) om homosexuella sambor

Härigenom föreskrivs att lagen (1987:813)<sup>1</sup> om homosexuella sambor skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Om två personer bor tillsammans i ett homosexuellt förhållande, skall vad som gäller i fråga om sambor enligt följande lagar och bestämmelser tillämpas även på de homosexuella samborna:

1. lagen (1987:232) om sambors gemensamma hem,
2. ärvdabalken,
3. jordabalken,
4. 10 kap. 9 § rättegångsbalken,
5. 4 kap. 19 § första stycket utsökningsbalken,
6. 19 § första stycket, punkt 1 nionde stycket och punkt 3 sjunde stycket av anvisningarna till 31 § samt punkterna 3 a, 3 b och 4 av anvisningarna till 33 § kommunalskattelagen (1928:370),
7. lagen (1941:416) om arvsskatt och gåvoskatt,
8. bostadsrättslagen (1991:614),
9. lagen (1981:131) om kallelse på okända borgenärer,
10. 5 kap. 18 § tredje stycket fastighetsbildningslagen (1970:988),
11. 10 § insiderlagen (1990:1342),
12. 14 kap. 3 §, 4 § tredje stycket och 8 § tredje stycket vallagen (1997:157),
13. 36 § första stycket lagen (1972:704) om kyrkofullmäktigeval m.m.,
14. 4 § lagen (1997:159) om brevöstning i vissa fall,
15. lagen (1993:1469) om uppskovsavgift vid byte av bostad,
16. 10 kap. 18 §, 11 kap. 2, 15 och

### *Föreslagen lydelse*

Om två personer bor tillsammans i ett homosexuellt förhållande, skall vad som gäller i fråga om sambor enligt följande lagar och bestämmelser tillämpas även på de homosexuella samborna:

1. lagen (1987:232) om sambors gemensamma hem,
2. ärvdabalken,
3. jordabalken,
4. 10 kap. 9 § rättegångsbalken,
5. 4 kap. 19 § första stycket utsökningsbalken,
6. 19 § första stycket, punkt 1 nionde stycket och punkt 3 sjunde stycket av anvisningarna till 31 § samt punkterna 3 a, 3 b och 4 av anvisningarna till 33 § kommunalskattelagen (1928:370),
7. lagen (1941:416) om arvsskatt och gåvoskatt,
8. bostadsrättslagen (1991:614),
9. lagen (1981:131) om kallelse på okända borgenärer,
10. 5 kap. 18 § tredje stycket fastighetsbildningslagen (1970:988),
11. 10 § insiderlagen (1990:1342),
12. 14 kap. 3 §, 4 § tredje stycket och 8 § tredje stycket vallagen (1997:157),
13. 36 § första stycket lagen (1972:704) om kyrkofullmäktigeval m.m.,
14. 4 § lagen (1997:159) om brevöstning i vissa fall,
15. lagen (1993:1469) om uppskovsavgift vid byte av bostad,
16. 10 kap. 18 §, 11 kap. 2, 15 och

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1997:393.  
Senaste lydelse 1997:775.

16 §§, 12 kap. 7 och 8 §§ samt  
16 kap. 7 och 9 §§ föräldrabalken,  
17. säkerhetsskyddslagen  
(1996:627), *samt*  
18. lagen (1996:1231) om skatte-  
reduktion för fastighetsskatt i vissa  
fall vid 1997–2001 års taxeringar.

16 §§, 12 kap. 7 och 8 §§ samt  
16 kap. 7 och 9 §§ föräldrabalken,  
17. säkerhetsskyddslagen  
(1996:627),  
18. lagen (1996:1231) om skatte-  
reduktion för fastighetsskatt i vissa  
fall vid 1997–2001 års taxeringar,  
*19. 35 § andra stycket social-  
tjänstlagen (1980:620), samt*  
*20. 26 § tredje stycket hälso- och  
sjukvårdslagen (1982:762).*

Prop. 1997/98:113

Förutsätter dessa lagar eller bestämmelser att samborna skall vara  
ogifta, gäller det också de homosexuella samborna.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

Genom beslut den 14 december 1995 bemyndigade regeringen dåvarande socialministern Ingela Thalén att tillkalla en särskild utredare med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötandet av äldre (Dir. 1995:159). Utredningen antog namnet Utredningen om bemötande av äldre.

I delbetänkandet *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:51) redovisas de brister i bemötandet av äldre, som utredaren funnit vid kartläggningen, medan hon i rapporten *Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:52) ger ett antal goda exempel på verksamheter där man arbetar med kvalitetsutveckling.

Delbetänkandet och rapporten med goda exempel skickades av utredningen ut på en informell remiss till enskilda äldre, anhöriga, organisationer, myndigheter, utbildningsinstitutioner m.fl. i maj 1997. Närmare 150 remissvar kom in och en sammanställning av svaren redovisas i slutbetänkandet *Bemötandet av äldre – trygghet, självbestämmande, värdighet* (SOU 1997:170), som överlämnades till regeringen i december 1997. Slutbetänkandet remissbehandlas för närvarande.

Ädel-reformen, som genomfördes år 1992, har följts upp och utvärderats av Socialstyrelsen under åren 1992–1996 med hänsyn till reformens innehåll, kvalitet, kostnader och genomförande. Utvärderingen genererade en omfattande kunskapsproduktion och drygt ett 50-tal underlagsrapporter och fyra årsrapporter publicerades. Ädel-reformens slutrapport överlämnades till regeringen våren 1996 (*Ädelreformen, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2*).

I oktober 1996 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under en treårsperiod följa utvecklingen på äldreområdet (S96/6117/H). I november 1997 överlämnade myndigheten en första årsrapport (*Äldreuppdraget, Årsrapport 1997:9*).

Regeringen gav i regleringsbrevet för budgetåret 1995/96 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och analysera de kommunala avgifterna på äldre- och handikappområdet. En redovisning av uppdraget överlämnades till regeringen hösten 1996 (*Äldreomsorgens avgifter, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6*).

En arbetsgrupp för en framtida äldrepolitik – Äldreprojektet – bestående av representanter för Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska Kommunalarbetareförbundet, Svenska Läkarförbundet, Akademikerförbundet, Vårdförbundet, Sveriges kommunaltjänstemannaförbund, Sveriges pensionärers riksförbund, Riksförbundet Pensionärs gemenskap, Pensionärernas riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund, Svenska kommunal pensionärernas förbund samt andra berörda departement tillsattes av socialministern under december 1997.

Propositionens lagförslag har beretts genom att inom Regeringskansliet upprättade förslag fortlöpande har diskuterats med företrädare för berörda myndigheter, fackliga organisationer och pensionärsorganisationer.

Regeringen beslutade den 26 mars 1998 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i bilaga 2. Lagrådets yttrande finns i bilaga 3.

Lagrådet har föreslagit vissa förtydliganden och justeringar i lagförslagen. Regeringen har i allt väsentligt följt Lagrådets förslag. Lagrådets yttrande kommenteras närmare under avsnitt 7.3.1 och 7.5.2 samt i författningskommentaren.

## 4 Inledning

Äldrepolitiken står inför en rad utmaningar. Kortsiktigt handlar det om att rätta till problem och brister inom äldreomsorgen som antingen uppkommit som en följd av den ekonomiska krisen eller i det ännu ej avslutade reformarbetet. Långsiktigt är det fråga om ingenting mindre än att ställa om hela samhället till en annan befolkningsstruktur med en betydligt större del av medborgarna i åldrarna över 65 år. Detta innebär i sig en ny syn på åldrandet och på äldre människors roll som samhällsmedborgare.

Befolkningsförändringen är i högsta grad en global företeelse. De flesta industriländer kommer under 2000-talets första del att genomgå en utveckling liknande den svenska, i många fall ännu starkare och mer utpräglad. Under följande decennier kommer detta att följas av en motsvarande, men ändå snabbare och mer omvälvande befolkningsförändring i utvecklingsländerna. Bland annat mot denna bakgrund har FN utsett år 1999 till ett internationellt äldreår.

I Sverige kommer den stora ökningen av antalet äldre personer till sin huvuddel på 2010–2020-talen. Det kan synas vara en lång tid framöver, men många av de förändringar som krävs för att ställa om samhället inför denna utveckling måste förberedas i en bred demokratisk process och den tar lång tid att genomföra. Det är därför hög tid att nu sätta igång detta arbete. En viktig del handlar om att omfördela resurser för att tillgodose ökade vårdbehov och högre pensioner till fler människor. Detta går att beräkna och dess betydelse skall inte förringas. Men befolkningsförändringen i vårt land betyder mycket mer än bara att en något större del av våra gemensamma resurser än idag måste gå till vård och omsorg om äldre.

En befolkningsförändring av detta slag får effekter på snart sagt alla områden inom samhällslivet; familjer och sociala relationer, arbetsmarknad och näringsliv, sparande och kapitalbildning, pensioner, vård och omsorg. För att möta de krav som dessa samhällsförändringar ställer krävs en bred och framåtsyftande äldrepolitik. En sådan äldrepolitik kommer att beröra nästan alla aspekter av livet. Det handlar om ekonomisk trygghet, om enskilda människors försörjning, om stabila och trygga socialförsäkringssystem. För att äldre personer skall kunna leva ett oberoende liv – även med omfattande funktionshinder – måste samhället vara tillgängligt för alla och det måste finnas en social bostadspolitik, som tar hänsyn också till äldres särskilda behov. En aktiv arbets-

marknadspolitik innefattar även behoven hos de som är äldre och utesluter ingen enbart på grund av ålder. För många äldre handlar äldrepolitik om trygghet och tillgång till en god hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Men äldrepolitik är också i grunden en fråga om hur man förändrar negativa attityder och fördomar mot äldre människor. På alla nivåer i samhället måste man bli medveten om behovet av ett bättre bemötande av äldre och agera i enlighet med detta.

Syftet med denna proposition är att lägga fast grundvalarna för en ny äldrepolitik, som tar sikte på förhållandena långt in i nästa sekel. Detta sker genom att regeringen formulerar nationella mål och inriktning för äldrepolitiken och inleder arbetet med att utveckla en långsiktig strategi för hur dessa mål skall förverkligas. En ny äldrepolitik som skall förbereda en betydande omställning av samhället till förändrade förutsättningar tar tid att utforma och genomföra. Detta arbete får inte undanskymma det faktum att det finns akuta problem som kräver mer omedelbara insatser. Dessa problem avser huvudsakligen resurser för och kvaliteten i vården och omsorgen om de vårdbehövande äldre. I propositionen redovisas ett antal förslag till omedelbara åtgärder i syfte att rätta till problemen. Andra frågor kräver ytterligare överväganden och utredning för senare ställningstagande. Regeringen avser att under de kommande åren återkomma med nya förslag till åtgärder inom ramen för det av regeringen beslutade äldreprojektet. I de fall sådana åtgärder kräver riksdagens ställningstagande kommer de att läggas fram i kommande propositioner. Exempelvis tas frågor som rör de äldres ekonomiska försörjning inte upp i denna proposition utan de utgör en del av regeringens arbete att utforma ett långsiktigt hållbart pensionssystem.

Genom regeringsbeslut den 11 december 1997 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att bilda ett äldreprojekt med uppgift att utarbeta och genomföra en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Samtidigt fastställdes direktiv för detta projekt. Äldreprojektet skall svara för den löpande samordningen och uppföljningen av handlingsplanens aktiviteter och åtgärder samt återkomma med fler förslag till insatser på området äldrepolitik. I direktiven framhålls att äldreprojektet skall ha en bred förankring och att arbetet skall ske i nära samarbete och samråd med berörda parter. Arbetet skall vara långsiktigt och pågå under åren 1998–2000. Äldreprojektet leds av Socialdepartementet. I projektgruppen ingår representanter från regeringskansliet samt Socialstyrelsen. Samverkan sker också i direkt anknytning till projektet med kommun- och landstingsförbunden, närmast berörda fackliga organisationer samt med pensionärernas organisationer i ett äldreråd. Denna proposition med förslag till en ny inriktning av äldrepolitiken är det första resultatet av äldreprojektets arbete.

FN:s äldreår 1999 erbjuder ett naturligt tillfälle att knyta an det svenska arbetet med att långsiktigt och strategiskt behandla de äldrepolitiska frågorna till den internationella diskussionen. Sverige har i detta sammanhang en unik position genom att vi redan har en mycket hög andel äldre – den högsta i världen – och har haft tid att utveckla system och lösningar som är anpassade till denna situation. Sverige har också under lång tid varit i fronten av den internationella utvecklingen. En kombina-

tion av goda ekonomiska resurser, en väl utbyggd verksamhet i kommuner och landsting och en mycket välutbildad och engagerad personal har gett oss ett bra utgångsläge för att ta oss an den nya utmaningen. Regeringens avsikt är att ansvaret för planeringen och genomförandet av Sveriges insatser under FN:s äldreår skall ligga på äldreprojektet.

Det är angeläget att arbetet med att utveckla äldrepolitiken kan ske i bred politisk enighet så att denna härigenom kan få en politisk stabilitet och förankring. Regeringen föreslår även att det under år 1998 tillsätts en parlamentarisk äldreberedning för att tillvarata vad som framkommer inom äldreprojektet, under FN:s äldreår och i de olika statliga utredningar som nu arbetar med dessa frågor. Den parlamentariska äldreberedningens arbete kan sedan läggas till grund för väl förankrade förslag med inriktning på samhällets långsiktiga äldrepolitik och förverkligandet av de äldrepolitiska målen.

## 5 Bakgrund

### 5.1 Äldrebegreppet och demografin

*Att vara äldre är ett relativt begrepp*

En grundläggande utgångspunkt vid utformningen av en äldrepolitik är givetvis vilka som skall innefattas i begreppet äldre. Äldre är ett relativt begrepp som används i många olika sammanhang och människor åldras i olika takt. De flesta människor känner sig sannolikt oftast unga till sinnet oavsett kronologisk ålder. Att känna sig gammal i negativ bemärkelse är en subjektiv upplevelse, som kan inträffa i unga år likaväl som när livet närmar sig slutet vid mycket hög ålder.

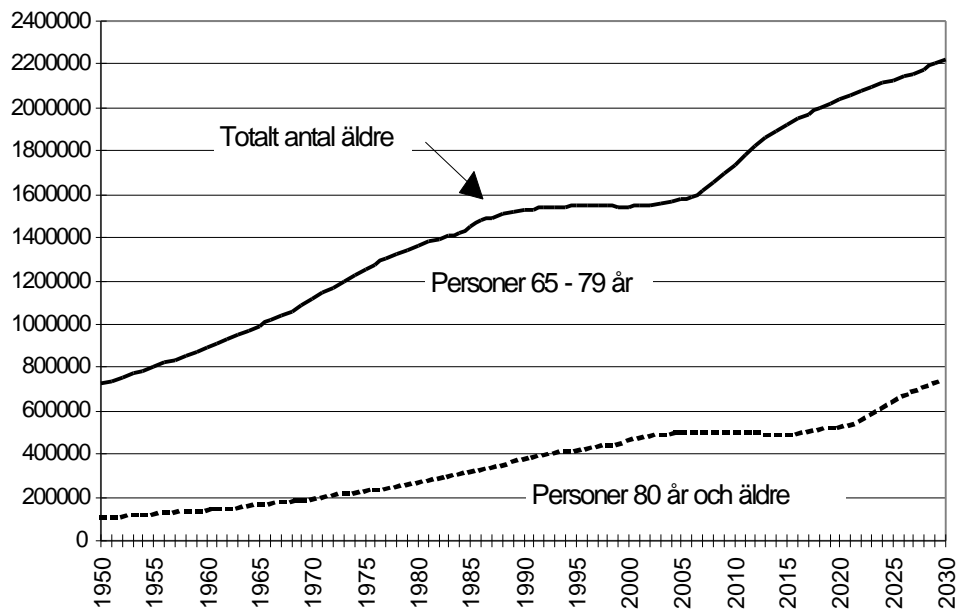
I fysiologisk mening börjar åldrandet vid födseln och många toppidrottsmän förlorar sin maximala förmåga redan i 25-årsåldern. Även i arbetslivet kan man betraktas som "äldre" vid relativt unga år. Svårigheterna att få nytt arbete eller komma tillbaka till arbetslivet efter t.ex. långvarig sjukdom kan i vissa yrken bli märkbara redan i 40-årsåldern. Särskilda åtgärder i arbetslivet riktade till äldre har ofta 55 år som åldersgräns.

I formella sammanhang är man vanligen hänvisad till att använda en kronologisk gränsdragning. En sådan, ofta använd, gräns utgör inträdet i folkpensionssystemet vid 65 år. Vid den tidpunkten slutar de flesta, som inte redan gjort det, att aktivt delta i förvärvslivet. Men inte många 65-åringar behöver hjälp i hemmet eller tillgång till särskilt boende. Här kan i stället 80-årsåldern vara en mer relevant gränsdragning. Behovsberäkningar och täckningsgrad för olika vård- och omsorgsinsatser utgår ofta från antalet "äldre-äldre", och då avses i allmänhet personer som är 80 år och äldre. Vad man menar med "äldre" beror alltså uppenbart av sammanhanget. Detta innebär att äldrepolitiken inte kan arbeta med snäva, en gång för alla givna avgränsningar. Situationen får i många fall avgöra var gränsen skall dras.

Under 1900-talet har Sverige, liksom merparten av industriländerna, genomgått en befolkningsmässig revolution. Dess omfattning kan belysas av att det vid seklets slut finns 28 gånger fler personer som uppnått sin 90-årsdag än vid seklets början. I Sverige lever idag 1,55 miljoner personer som är 65 år eller äldre. Det motsvarar 17,4 % av befolkningen, vilket är den högsta andelen i världen. Detsamma gäller andelen över 80 år som för närvarande motsvarar ca 5 % av befolkningen eller 430 000 personer.

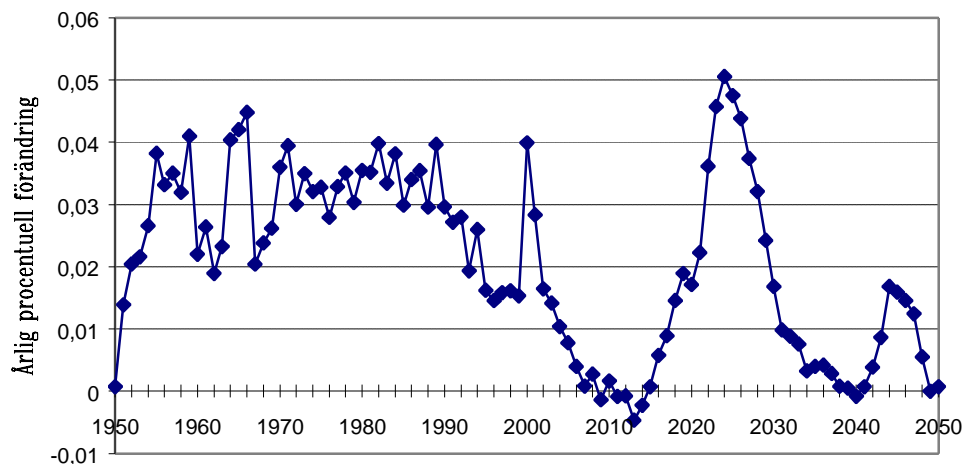
Den framtida befolkningsutvecklingen är uppenbart en avgörande faktor för äldrepolitiken framöver. Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) senaste befolkningsprognos kommer antalet personer över 65 år att vara relativt konstant de närmaste fem åren för att därefter åter sakta börja öka. Ökningen väntas bli mycket stark på 2010-talet och decennierna därefter. Antalet personer, som är 80 år och äldre, fortsätter att öka kraftigt ett tiotal år framåt varefter utvecklingen väntas plana ut. På 2020-talet kommer en ny mycket kraftig ökning (jfr. diagram 1).

Befolkningsprognoserna utgår från antaganden om den framtida dödligheten. För den närmaste tjugoårsperioden är det framförallt dödligheten hos de äldre som är avgörande. I detta sammanhang bör man observera att tidigare prognoser när det gäller antalet äldre systematiskt har underskattat minskningen av dödlighetstalen. Mycket talar för att det fortfarande är så. För tjugo år sedan beräknades att Sverige år 2010 skulle ha 340 000 personer i åldrarna 80 år och däröver. Dagens prognoser för samma år pekar mot 500 000. Om tendensen till underskattning står sig kan det verkliga antalet 80-åringar och äldre år 2010 komma att uppgå till 550 000–600 000 personer.



Källa: SCB:s befolkningsstatistik samt befolkningsprognos 1997, huvudalternativet

Som framgår av diagram 1 kommer ökningen av antalet äldre de närmaste åren att vara begränsad för att sedan om ett par decennier bli mycket stark. Detta är den andra vågen av tillväxt när det gäller antalet äldre i vårt land. Diagram 2 nedan visar den årliga ökningstakten av antalet personer 80 år. Man kan här se att ökningstakten var nästan lika stor från efterkrigstiden fram till 1990-talet som den som nu förväntas bli på 2020-talet.



### *Demografiska framskrivningar innehåller inte hela sanningen*

Befolkningsprognoser används ibland som underlag för att göra s.k. demografiska framskrivningar av vårdbehovet. Man utgår då från antagandet om ett oförändrad resursbehov per person i respektive åldersgrupp och beräknar det motsvarande resursbehovet om antalet personer i åldersgrupperna förändras. Demografisk framskrivning är dock en statisk metod, som bygger på att alla förhållanden som påverkar resursbehovet förblir oförändrade. Detta är ett mycket orealistiskt antagande. I verkligheten kommer en mångfald faktorer att påverka utgiftsutvecklingen inom äldreomsorgen. Några av dessa faktorer skall kortfattat kommenteras i det följande.

### *Den demografiska framskrivningen förutsätter oförändrade vårdstrukturer och vårdbehov*

Den demografiska framskrivningen förutsätter oförändrad servicenivå, dvs. att antal, innehåll och kvalitet av de tjänster som ges per person i resp. åldersgrupp är oförändrad. Detta innebär att man antar att omsorgsbehoven är konstanta och att de skall tillgodoses i en oförändrad vårdstruktur, där ingen ökning av produktivitet och effektivitet är möjlig. I verkligheten är behoven föränderliga och påverkas på olika sätt av samhällsutvecklingen i vid mening.

### *Behoven av vård och omsorg kan påverkas av den medicinska utvecklingen*

En påverkande faktor är förekomsten av ohälsa och brister i funktionsförmåga. En god utveckling inom hälso- och sjukvården kan bidra till att minska vård- och omsorgsbehoven inom äldreomsorgen genom framgångsrik behandling av ohälsa och bristande funktionsförmåga. Omvänt kan medicintekniska förändringar, som gör att fler äldre överlever med kroniska sjukdomar, verka ökande på de framtida vårdbehoven per ål-

dersgrupp räknat. Insatser i form av rehabilitering och eftervård kan påverka vårdbehoven genom att processen mot ökat vårdberoende bromsas och äldre i högre grad ges möjlighet att kunna klara sig själva. Medicinsk forskning som klarlägger mekanismerna bakom demenssjukdomarna och möjliggör förebyggande eller behandling skulle också kunna få mycket stor inverkan på de framtida resursbehoven. Den mest rimliga slutsatsen synes här vara att de äldres hälsa kommer att fortsätta att successivt förbättras.

### *Den framtida efterfrågan på omsorg påverkas av den informella omsorgen*

Alla omsorgsbehov resulterar inte i efterfrågan på offentlig äldreomsorg. Det finns tecken på att äldre idag i högre grad än tidigare avstår från att söka hjälp. Ett komplement till offentligfinansierad omsorg är s.k. informell omsorg, dvs. vård, omsorg och hjälp som ges av anhöriga, grannar, vänner m fl. Det är välbekant att den informella hjälpen inom äldreomsorgen har betydligt större omfattning än den formella, av kommunen organiserade. Eftersom en betydande del av den informella omsorgen ges av makar sinsemellan kan den utjämning i dödlighet emellan könen, som inletts det senaste decenniet, få stor betydelse i sammanhanget. Men en annan tänkbar utveckling är att ökad familjesplittring i stället försämrar tillgången till informellt stöd.

### *Strukturförändringar kan ha stor betydelse för utvecklingen*

Strukturförändringar inom vården kan också resultera i en helt annan utveckling än den en demografisk framskrivning visar på. Som exempel kan nämnas den omstrukturering som skett av den psykiatriska vården. En demografisk framskrivning år 1970 av antalet psykiatriska slutenvårdsplatser skulle uppenbart gett ett mycket annorlunda resultat än det vi i dag kan observera.

En demografisk framskrivning är alltså ett mycket ofullkomligt instrument för att uppskatta framtida krav på vårdresurser. Historiskt sett har demografin haft begränsad betydelse för resursutvecklingen inom vården. Som en första utgångspunkt för analys och debatt kan dock framskrivningen ha ett visst värde.

## 5.2 Att vara äldre i Sverige

### *De individuella skillnaderna är mycket större än skillnaden mellan olika grupper*

De allra äldsta och de yngsta ålderspensionärerna tillhör två olika generationer. Dagens 90–100-åringar växte upp samtidigt med fattigvårdslagens tillkomst och bildade familj under krisåren på 1930-talet. De yngsta pensionärerna fick sina förväntningar formade under 1950–60-talens tillväxtår, då Sverige blev en av världens rikaste länder och allt

syntes möjligt. I ett historiskt och generellt perspektiv har äldre människor under 1900-talet på många sätt fått det avsevärt bättre bl.a. genom utbyggnaden av de ekonomiska trygghetssystemen, bostadspolitikens framväxt och utvecklingen av den moderna äldreomsorgen och hälso- och sjukvården. En likaledes generell beskrivning av äldre människors levnadsförhållanden och livssituation visar en övervägande ljus bild. De flesta behåller hälsan högt upp i åren, är aktiva, vitala och väl integrerade i familjekretsen och i samhällslivet.

Precis som i alla andra åldersgrupper är de individuella skillnaderna bland de äldre mycket större än de mellan olika grupper. Också detta självklara konstaterande måste vara en utgångspunkt för den framtida äldrepolitiken. Det finns lika många livsberättelser och sätt att anpassa sig till åldrandet som det finns individer. En mindre grupp äldre använder en stor andel av de samlade vårdresurserna, många har endast behov av omsorg och vård i begränsad omfattning och flertalet klarar sig helt utan hjälp och stöd från samhället. Äldre människor utgör inte ett homogent kollektiv och stereotypa uppfattningar om äldre som t.ex. särskilt ensamma eller vårdbehövande måste ersättas av ett mycket mer individuellt förhållningssätt.

En generell beskrivning kan ändå behövas för att jämföra äldres levnadsförhållanden över tiden eller med andra gruppers utveckling. Men en sådan generell bild får inte fördölja de stora skillnader som finns inom gruppen äldre. I det följande beskrivs ett antal områden som speglar äldre människors levnadsförhållanden och livsvillkor i syfte att både belysa generella villkor och variationer.

### 5.2.1 De äldre i samhället

*De flesta äldre är aktiva högt upp i åren och bär upp en mycket stor del av den informella omsorgen*

Att vara äldre idag innebär inte att man står utanför samhällslivet. Tvärtom är de flesta äldre aktiva högt upp i åren och utbildar sig, deltar i föreningslivet och reser. Det är väl känt att det är den äldre befolkningen och där framförallt kvinnorna som uppbär en stor del av kulturlivet. De allra flesta har nära kontakt med familj och vänner och utgör viktiga personer för yngre generationer. Många bidrar också med frivilliga insatser och är aktiva i det politiska livet. Här är dock pensionärerna klart underrepresenterade i förhållande till sin andel av befolkningen. I riksdagen sitter för närvarande endast fyra ledamöter i åldersgruppen 65–70 år. Ingen är över 70 år.

Den informella omsorgen om närstående anhöriga bärs i stor utsträckning upp av de äldre själva – och där i första hand kvinnorna. Undersökningar har uppskattat att denna omsorg till sin volym är minst två gånger större än den formella, av samhället organiserade. Åtminstone hälften av all denna verksamhet utförs av personer som själva är äldre (SOU 1983:64). Vanligen är det fråga om maka eller make. Denna insats, som många gånger utförs i det tysta och med litet stöd från samhällets sida, har mycket stor samhällsekonomisk betydelse. Inte sällan är den mycket

### *Äldre personer betyder mycket för unga anhöriga*

Äldre personers betydelse för barn och barnbarn visas bland annat av att utbytet av såväl praktisk som ekonomisk hjälp i vårt land går mer i riktningen från de äldre än till. En viktig orsak till detta är givetvis det allmänna pensionssystemet som gjort de äldre ekonomiskt oberoende. De äldre har också tid att rycka in med barnpassning i kritiska lägen och kan med stöd av sin livserfarenhet hjälpa till att lösa kriser av olika slag. Ofta är det de äldre, och där särskilt kvinnorna, som håller ihop familjebanden.

Äldre är också viktiga aktörer i föreningsliv och frivilligverksamhet. Nästan varannan svensk utför någon form av frivilligt arbete och bland de frivilligt aktiva är det de som är i åldern 60–74 år som i genomsnitt arbetar flest timmar per månad. Undersökningar har också visat att föreningsaktiviteten bland äldre är mycket hög. Som genomsnitt är man medlem i tre olika föreningar – männen i något större utsträckning än kvinnorna.

### *Äldre i Sverige känner sig i allmänhet väl bemötta och respekterade*

Äldres livssituation och attityder i en rad avseenden har belysts genom en intervjustudie, som genomfördes år 1993 med ett representativt urval hemmaboende. Motsvarande undersökning genomfördes i samtliga EGländer år 1992. Ställd inför frågan om man som äldre behandlas med mer eller mindre respekt än när man var yngre, svarar de allra flesta äldre svenskar, 78 %, att det är som vanligt, dvs. varken bättre eller sämre. Ungefär lika många tycker att de behandlas med mer respekt (12 %) som med mindre respekt (10 %). Män tycker i högre utsträckning att de behandlas med mer respekt (15 %) än vad kvinnor gör (9 %). Åldrandet förefaller ur denna aspekt vara relativt odramatiskt i Sverige jämfört med t.ex. Tyskland, Belgien och Grekland, där närmare en tredjedel av äldre känner sig behandlade med mindre respekt. De intervjuade fick också ta ställning till hur de anser att de som äldre bemöts av olika myndigheter, institutioner osv. Resultatet visar att det är påtagligt få äldre svenskar, som anser att de bemöts nedsättande av t.ex. personal på försäkringskassan, hos lokala myndigheter eller andra offentliga verksamheter, på banken, posten, i affären, av personalen i kollektivtrafiken, hos advokater eller i familjer. Siffrorna är genomgående lägre än bland övriga länder i Europa.

### *Antalet äldre invandrare ökar snabbt, men villkoren varierar*

Antalet äldre människor med utländsk bakgrund ökar nu snabbt. Idag utgör dessa drygt 6 % av alla personer över 65 år eller cirka 100 000 personer. Det är stora skillnader mellan äldre invandrare beroende på när de kommit till Sverige, varför de kommit hit, vilka arbeten de har fått etc.. De som har kommit hit för att arbeta befinner sig vanligtvis i en annan

situation än de som anlönt som flyktingar. Arbetsinvandrarna har kunnat bibehålla normala kontakter med sina hemländer och många har kunnat förverkliga drömmen att återvända vid pensioneringen. För flyktingar däremot kan det vara oerhört svårt att upprätthålla kontakter med det forna hemlandet. Att återvända hem kan vara uteslutet. Det kan ge större motivation till att integreras i det svenska samhället och innebär att återinvandring till hemlandet inte framstår som aktuell ens om den skulle kunna gå. Många äldre invandrare kommer från länder med andra familjeformer än den svenska. Det är ofta svårt att omsätta dessa former i det svenska samhället och resultatet kan då bli rollproblem och växande konflikter. Den äldre generationen kan ibland finna sig nedvärderad genom att de har sämre kunskaper än de yngre om det svenska samhället. Traditionellt lägger äldreomsorgen en tung börda på de yngre kvinnorna i dessa familjer och det kan då uppkomma tvister när dessa känner sig beskurna i sina möjligheter att arbeta eller studera.

Villkoren för äldre invandrades pensioner varierar. De svenska pensionssystemet har anpassats efter EU:s regler. Enligt bosättningsregeln får man rätt till oavkortad folkpension om man varit bosatt i Sverige under 40 år mellan 16 och 64 års ålder. Vid kortare bosättningsstid reduceras pensionen med en fjrtiondel för varje år, som bosättningsstiden understiger 40 år. Pension kan också erhållas i relation till antalet år för vilka ATP-poäng räknats. Här krävs 30 år med ATP-poäng för full pension. De äldre invandrare som av olika skäl inte erhåller tillräcklig pension är hänvisade till socialbidrag för sin försörjning. Socialstyrelsens sociala rapport visar att omkring 6 % av utrikes födda ålderspensionärer mottar socialbidrag. Av dem saknade drygt hälften helt pension.

### *Äldres möjligheter till inflytande och delaktighet kan förbättras*

Pensionärernas möjlighet till inflytande och delaktighet har aktualiserats på senare år. År 1989 överlämnade den statliga utredningen om pensionärsinflytande ett betänkande om Pensionärerna – inflytande och medbestämmande (SOU 1989:65). Enligt betänkandet hade pensionärerna generellt sett goda möjligheter att delta i och påverka samhällsdebatten i de frågor som är angelägna för pensionärsgruppen. Pensionärerna hade då ett högt valdeltagande, men de var – liksom idag – underrepresenterade i de politiska församlingarna i förhållande till sin andel av befolkningen. Utredningen ledde bl.a. fram till bildandet av den statliga Pensionärskommittén år 1991. Idag ingår där representanter för fem rikstäckande pensionärsorganisationer, vilka återkommande träffar representanter för regeringen i olika frågor som rör pensionärsgruppens intresseområden. Representanter för pensionärsorganisationerna ingår också i en mängd statliga utredningar, utgör remissorgan och ingår i olika referensgrupper till regeringsuppdrag hos bl.a. Socialstyrelsen. I december 1997 fattade regeringen, som nämnts ovan, beslut om direktiv för ett treårigt äldreprojekt, i vilket representanter för pensionärsorganisationerna ingår i ett nybildat nationellt äldreråd.

Pensionärsorganisationerna engagerar sammanlagt ca 740 000 pensionärer. Många finns företrädna i kommunala och landstingskommunala

pensionärsråd eller i andra samrådsorgan. I det tidigare nämnda betänkandet om pensionärernas inflytande och medbestämmande uttalades att pensionärerna också på lokal nivå skulle ges ett reellt inflytande. Kommuner och landsting uppmanades att se över riktlinjerna för pensionärsråden. Betänkandets kartläggning av bl.a. pensionärsrådets sätt att arbeta visade att det rådde mycket delade meningar om rådets möjligheter till inflytande. En majoritet av de svarande ansåg att råden fungerade tillfredsställande, medan knappt en fjärdedel ansåg att råden hade tillräckligt inflytande. Många var kritiska till att rådets synpunkter inhämtades för sent och för sällan och att de mest fungerade som forum för efterhandsinformation. Det var dock stora olikheter mellan kommunerna.

År 1997 tog den statliga pensionärskommittén initiativ till en förnyad kartläggning av pensionärsrådets funktion och verksamhet. En omfattande enkät skickades ut till samtliga kommuner och landsting med frågor om bl.a. representationen i råden, rådets huvudsakliga funktion, vilka typer av frågor som behandlas och sammanfattande synpunkter på rådets funktion och värde och hur man skulle vilja förbättra samarbetet. Resultatet från kartläggningen kommer att redovisas till Pensionärskommittén under år 1998.

## 5.2.2 Äldre i arbetslivet

### *Äldres rätt att vara kvar i arbetslivet*

Enligt nuvarande regler i lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS) har en arbetstagare rätt att stanna kvar i sin anställning till fyllda 67 år med bibehållet skydd mot uppsägning utan saklig grund. Bestämmelsen är dock dispositiv, varför det står arbetsmarknadens parter fritt att träffa kollektivavtal om avgångsskyldighet vid en tidigare eller en senare tidpunkt. Individuella avtal kan också ingås om fortsatt arbete efter den genom kollektivavtal eller lag bestämda tidpunkten för avgångsskyldighetens inträde. Flertalet arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden – den offentliga såväl som den privata – är idag på grund av bestämmelser i kollektivavtal avgångsskyldiga före 67 års ålder, i regel vid 65 år. En del yrkeskategorier är t.o.m. avgångsskyldiga tidigare än vid 65 års ålder. Detta gäller bl.a. flygledare, militär personal och brandmän samt utövare av en del konstnärliga yrken.

Särskilda arbetsmarknadspolitiska åtgärder för de äldre riktar sig ofta till personer över 55 år, men de äldre arbetslösa har givetvis tillgång till alla övriga åtgärder som inte är åldersbegränsade. Några arbetsmarknadspolitiska åtgärder riktade till personer som fyllt 65 år finns inte.

### *De allra flesta lämnar numera arbetslivet i förtid.*

Andelen äldre som deltar i arbetslivet har minskat kraftigt under 1900-talet. År 1970 var nästan 30 % av männen i åldersgruppen 65–74 år yrkesverksamma, men år 1997 hade den relativa andelen sjunkit till 12 %. De äldre kvinnornas deltagande i arbetslivet minskade under samma tidsperiod från 9 % till 3 %. De flesta äldre arbetar få timmar, nästan

hälften under tjugo timmar. Det rör sig till övervägande del om företagare av vilka en stor del arbetar inom jordbruket. Den låga andelen äldre i arbetslivet motsvaras av en växande benägenhet att lämna arbetslivet före 65 års ålder. År 1970 förvärvsarbetade 71 % av männen året innan de fyllde 65 år mot 26 % av kvinnorna. År 1986 hade motsvarande andel bland männen sjunkit till 54 % och bland kvinnorna ökat till 29 %. År 1997 var andelen för männen inte högre än 39 % och kvinnornas andel hade sjunkit till 28 %. De allra flesta lämnar alltså numera arbetslivet i förtid.

Det finns flera orsaker till den ökande förtidiga avgången från arbetslivet. I många fall kan det röra sig om utslitning genom ett alltför påfrestande arbete. I andra fall är orsaken brist på arbete. Att lämna arbetsmarknaden i förtid med förtidspension eller avgångsvederlag framstår som ett bättre alternativ än att gå arbetslös. Många äldre kan också känna sig tvingade att gå för att de yngre skall kunna behålla jobbet. Inte sällan är den förtidiga avgången förenad med villkor som gör att den framstår som förmånlig för den enskilde. Slutligen kan man helt enkelt tycka att man gjort sitt och utnyttja de möjligheter som företagets eller organisationens villkor och en eventuell egen pensionsförsäkring ger.

### 5.2.3 De äldre och ekonomin

#### *De äldre har fått det bättre ekonomiskt – som grupp*

Som grupp betraktad har de äldre fått det avsevärt mycket bättre ekonomiskt under de senaste decennierna. Denna utveckling beror i huvudsak på ATP-systemets successiva framväxt. Det finns bland dagens pensionärer fler än tidigare som har en hög ATP och antalet pensionärer med enbart grundpension (folkpension och pensionstillskott) har minskat. Enligt finansdepartementets beräkningar (Pensionärerna och den ekonomiska krisen, Välfärdsprojektet , Nr.1, 1996) förbättrades den genomsnittliga reala standarden för gruppen pensionärshushåll med 35 % under perioden 1975–1993, medan ökningen för den övriga befolkningen stannade vid 10 %. Härefter fram till år 1997 har pensionärsgruppens ekonomiska standard varit i stort sett oförändrad. För den övriga befolkningen har den disponibla inkomsten justerat för försörjningsbörda sjunkit under samma tid med cirka 4 %. Pensionärsgruppens ekonomiska standard har däri-genom stigit från 80 % av genomsnittet för hushållen i aktiv ålder år 1980 till i dagsläget nästan 100 % (prop. 1997/98:1). Den positiva utvecklingen illustreras också av att för tio år sedan nästan hälften av ensamstående kvinnliga ålderspensionärer hade inkomster under socialbidragsnormen. År 1994 utgjorde dessa knappt 20 %.

Många äldre har förmögenheter i form av fastigheter eller kapital. Det genomsnittliga förmögenhetsinnehavet bland pensionärerna beräknades år 1996 uppgå till 300 000 kronor. Även bland de ensamstående kvinnorna med enbart grundpension hade hälften likvida tillgångar på mer än 50 000 kronor (Pensionärerna och den ekonomiska krisen, Välfärdsprojektet , Nr1, 1996).

Den gynnsamma ekonomiska utvecklingen för de äldre som grupp måste klart skiljas från inkomstutvecklingen för den enskilde pensionären. Gruppens goda utveckling beror på att nya pensionärer med bättre pensionsförmåner successivt ersätter äldre avlidna pensionärer med låga pensioner. Men man lever som individ, inte som grupp, och för den enskilde pensionären har inkomsterna i allmänhet minskat. Enligt beräkningar som utförts av Riksdagens utredningstjänst uppskattas de reala pensionsinkomsterna för den enskilde pensionären minska med i genomsnitt drygt 8 % under perioden 1991–1998. Detta kan jämföras med att inkomsterna för de i yrkesaktiv ålder beräknas minska under samma tid med drygt 7 % (Riksdagens utredningstjänst, PM 1997-12-05). Minskningen av pensionsinkomsterna beror bl.a. på att basbeloppet reducerats med 2 % och att reglerna för att räkna upp detta med hänsyn till prisutvecklingen justerats. Genom olika förändringar i grundpension och bostadsbidrag har dock effekten för de sämst ställda pensionärerna begränsats. Enligt beräkningar från Finansdepartementet uppgick standardminskningen för pensionärerna med lägst ekonomisk standard (dvs. de som endast har grundpension och är berättigade till bostadstillägg) till 2 % under åren 1994–97 (Finansdepartementet, PM 1997-12-11). Regeringen kommer nu i vårpropositionen att föreslå att reduktionen av basbeloppet minskas till 1 % år 1999 för att därefter tas bort helt. Fr.o.m. år 1999 kommer även basbeloppet att räknas upp fullt ut m.h.t. prisutvecklingen. Redan vid föregående årsskifte höjdes kompensationsgraden i bostadstilläggen från 83 % till 85 %.

#### *Ökade avgifter har också bidragit till att försämra pensionärernas ekonomiska situation*

Även utvecklingen av avgifterna för den kommunala och landstingskommunala vården och omsorgen har bidragit till att försämra de enskilda pensionärernas ekonomiska situation under 1990-talet. Enligt en undersökning, som Socialstyrelsen gjort, hade år 1995 hälften av pensionärerna årliga utgifter för hälso- och sjukvård överstigande 800 kr (Pensionärernas kostnader för äldreomsorg och hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1997:8). Drygt 10 % angav att deras kostnader överstigit 1 800 kr. Kostnaderna begränsades av högkostnads-skyddet för läkarbesök och läkemedel och mycket få hade kostnader över 2 400 kr. Många pensionärer hade dock höga utgifter för tandvård – i vissa fall överstigande 10 000 kr per år. Ett mindre antal pensionärer hade vidare utgifter för hjälpmedel och förbrukningsartiklar som tidigare tillhandahållits gratis. Dessa utgifter uppgick dock vanligen inte till några större belopp.

Medianutgiften per månad för hemtjänst uppgick år 1995 till 340 kr för ensamstående pensionärer och 500 kr för par. De flesta kommuner har avgifter som är relaterade till pensionärens inkomst. Pensionärer, som har hemtjänst, har lägre inkomster än genomsnittet för pensionärshushållen. Detta sammanhänger dels med åldersfördelningen, dels med skillnader i

hälsa och funktionsförmåga beroende på social bakgrund. Som genomsnitt betalade pensionärerna med hemtjänst 4–6 % av inkomsten i avgift för denna. Variationerna är dock stora beroende på hemkommun. Endast en liten del av de äldre (5 %) hade enligt Socialstyrelsens uppskattning sammanlagda utgifter för hemtjänst, öppen hälso- och sjukvård och läkemedel som översteg 1000 kr per månad. Flertalet av dessa hade relativt höga inkomster. De sämst ställda pensionärernas utgifter för vård och omsorg begränsas av att de flesta kommuner fastställt ett förbehållsbelopp. Detta har dock minskat något de senaste åren.

#### *Fortfarande har många pensionärer endast grundpension*

Spridningen i inkomster bland de äldre är något mindre än i den övriga delen av befolkningen. Till skillnaderna i inkomst kommer dock även betydande skillnader i förmögenhet i form av kapital, fastighetsinnehav, m.m. Genom att ATP och avtalspensioner är beroende av tidigare inkomster återspeglar inkomstskillnaderna bland äldre de skillnader som rådde innan man blev pensionär. ATP-systemet har heller ännu inte fått fullt genomslag i alla pensionärsgrupper. Fortfarande år 1997 var 22 % av ålderspensionärerna berättigade till pensionstillskott beroende på att de saknade eller hade för låg ATP-pension. Som en följd av ATP-systemets successiva införande och skillnaderna i tidigare inkomster har yngre pensionärer högre inkomster än äldre och män högre än kvinnor.

De pensionärer som har lägst ekonomisk standard är de som endast har grundpension och som, genom att de saknar annan inkomstkälla eller förmögenhet, är berättigade till bostadstillägg. Denna grupp utgjorde år 1997 cirka 8 % av samtliga ålderspensionärer. Omkring 70 % av dessa pensionärer var ensamstående kvinnor och majoriteten av dessa (82 %) var 76 år eller äldre. År 1997 var deras genomsnittliga inkomst 65 300 kronor, vilket kan jämföras med medelinkomsten för samtliga ålderspensionärer som (justerat för försörjningsbörda) samma år uppgick till 94 700 kronor. Av pensionärerna med enbart grundpension hade 28 % inkomster under Socialstyrelsens norm för socialbidrag, jämfört med 7 % för samtliga ålderspensionärer. Andelen socialbidragstagare av samtliga ålderspensionärer var betydligt lägre, cirka en procent. En viss ökning kan dock noteras. Bland dessa nytillkomna bidragshushåll finns relativt många äldre invandrare som enligt nya regler i vissa fall inte är berättigade till ålderspension i Sverige.

#### **5.2.4 Äldres boende**

##### *Äldres boendeförhållanden avviker numera inte påtagligt från befolkningens i stort*

Äldres boendeförhållanden avviker inte påtagligt från befolkningens i stort. Det har inte alltid varit så och är det heller inte i många andra länder. I början på 1950-talet saknade var tionde pensionär egen bostad och bodde hos t.ex. släktingar eller tidigare arbetsgivare. Äldre bodde då också ofta omodernt, trångt och med låg boendestandard. Idag är det svårt

att finna äldre som bor omodernt eller trångt. Senaste uppgifterna från folk- och bostadsräkningarna (1990) visar att knappt en procent är trångbodda och att 3 % saknar dusch/bad. Äldres boendestandard kan dock vara låg i andra avseenden, bl.a. genom bristande tillgänglighet i den yttre miljön. En fjärdedel av de äldre bor en eller flera trappor upp utan hiss och åtta av tio kan inte utan hjälp nå sin bostad med rullstol.

I början av 1950-talet uppgick andelen ensamboende äldre till 27 %. I dag är den drygt 40 %. Ensamboendet är vanligare bland äldre kvinnor än män beroende på att kvinnorna lever längre och att de ofta är yngre än männen i äktenskapen. Omkring 70 % av kvinnorna och 30 % av männen bor ensamma det sista levnadsåret. Sammanboende mellan generationerna har blivit mycket ovanligt i Sverige och bara ett par procent bor tillsammans med sina barn.

*Boendestandarden i de särskilda boendeformerna har höjts väsentligt, men brister kvarstår*

Totalt bor cirka 9 % av ålderspensionärerna i någon särskild boendeform, dvs. det som tidigare benämns servicehus, ålderdomshem eller sjukhem, och andelen ökar med stigande ålder. I åldern 80–89 år bor 15 % av männen och 21 % av kvinnorna i ett särskilt boende och i åldrarna över 90 år är andelarna 42 % respektive 50 %. Omkring en tredjedel av de äldre i särskilt boende är män och de är som genomsnitt betydligt yngre än kvinnorna. Medelåldern stiger dock för både kvinnor och män.

Under senare år har det skett en väsentlig höjning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna, men brister kvarstår. Fortfarande år 1996 saknade 23 % av de boende egen toalett, 33 % saknade egen dusch/bad och 10 % delade rum med annan än make/maka. Variationerna var stora mellan olika kommuner. I flera kommuner hade till exempel samtliga äldre i särskilt boende egen toalett, men i en kommun saknade mer än tre fjärdedelar av de boende en sådan.

### **5.2.5 Närstående och sociala relationer**

*Äldre har idag fler anhöriga och närstående än tidigare*

Familjenätverket kring äldre har stärkts under 1900-talet. I början på 1900-talet var relativt sett färre äldre gifta och betydligt fler i befolkningen förblev ogifta. I dag har betydligt fler äldre än tidigare barn och syskon som fortfarande är i livet. Cirka 15–20 % av de nyblivna pensionärerna har till och med minst en av föräldrarna kvar.

När de stora barnkullarna från 1940-talet blir pensionärer kommer denna utveckling att ytterligare accentueras. Den ökade medellivslängden gör också att tre, fyra och t.o.m. femgenerationsfamiljer blir allt vanligare. Detta motverkas dock i viss mån av att kvinnor numera får sitt första barn senare i livet. Härtill kommer effekten av de nya familjemönstren med ett ökat antal livspartners, som kan innebära ett ännu mer utvidgat familjenätverk.

Studier har visat att många äldre har ett eller flera barn boende inom ganska kort geografiskt avstånd eller mycket nära. En tiondel av de äldre har sina barn i grannskapet och de flesta har dem på högst några mils avstånd (SOU1997:10). Inte heller äldre i glesbygd har sitt närmaste barn så mycket längre bort än andra äldre. Jämfört med uppgifter från år 1954 (1952 års Åldringsvårdsutredning SOU 1956:1), då äldres avstånd till sina barn blev noggrant kartlagda, har inte avstånden ökat märkbart.

Umgänget är relativt stort mellan generationerna. Jämförbara uppgifter från år 1954 och framåt visar att de personliga kontakterna ökat i omfattning, bl.a. på grund av förbättrade kommunikationer och ny teknik. En av allt att döma minskande andel äldre är socialt isolerad, cirka 4 % av samtliga personer i gruppen 65–84 år (SCB 1993). Tvärsnittsundersökningar visar att många äldre har omfattande kontakter med vänner och grannar och är aktiva i föreningar, studiecirklar, osv. Samtidigt är det viktigt att observera att de som blir mycket gamla ofta förlorar många av dessa kontaktpunkter.

#### *De flesta bor nära där de växt upp*

Tidigare studier har visat att infödda svenskar i allmänhet inte bor så långt i från sin uppväxtort. Vid granskning av äldres nuvarande situation framträder ungefär samma mönster. Tre av tio i åldrarna 65–74 år bor kvar på uppväxtorten, nästan hälften bor högst någon mil därifrån och två tredjedelar inom högst fem mil från sin uppväxtort.

Äldre flyttar relativt sällan och de flesta blir kvar på den ort där de pensionerades. De flesta flyttningar är korta – inom kommungränsen – och i de högsta åldrarna är flyttningar mycket ovanliga. Äldre personer bor alltså ofta under mycket lång tid i sina bostäder. Det innebär att många äldre har jämnåriga omkring sig, vilket borde gynna kontakten med grannar. Uppgifter i flera olika undersökningar tyder dock på att många äldre enbart har ytliga grannkontakter. Grannkontakterna förefaller inte ha ändrats nämnvärt sedan år 1954 då många äldre fortfarande bodde på landsbygden.

#### *Äldre i Sverige är inte mer ensamma och isolerade än andra*

En av de vanligaste föreställningarna om äldre handlar om den utbredda ensamheten. Ett problem i sammanhanget är dock att det är ganska oklart vad som skall menas med ensamhet. Att vara socialt isolerad, dvs. att ha få sociala kontakter, behöver inte nödvändigtvis betyda att man känner sig ensam. Omvänt är det fullt möjligt att uppleva en inre ensamhet, trots att man umgås med många människor. Studier av ensamhet bortser ofta från dessa skillnader och resultaten blir därmed svåra att tolka. I en svensk studie (Tornstam 1988) fann man att en fjärdedel av de ensamstående i åldersgruppen 70–80 år ofta upplevde ensamhet. Bland de yngre äldre (60–70 år) var andelen något lägre men bland de yngre medelålders (30–

39 år) fanns lika många som kände sig ensamma. Bland gifta/samboende fanns inga statistiskt säkra ålderskillnader. I nästan alla studier rapporterar kvinnor högre grad av ensamhet jämfört med män, vilket möjligen kan bero på att kvinnorna har högre förväntningar på sociala kontakter. Bland ensamstående skiljer sig inte mäns och kvinnors ensamhetsupplevelser nämnvärt. Men bland gifta/samboende har kvinnorna större upplevelse av ensamhet än männen.

Den upplevda ensamheten kan ha mycket liten koppling till de faktiska kontakterna. En europeisk jämförelse (Äldre och äldreomsorg i Sverige och Europa, Ädel-utvärderingen 93:4) visade att i Sverige omkring en tredjedel av de äldre (över 60 år) träffar familjen varje dag och nästan tvåtredjedelar minst en gång i veckan. I Sydeuropa är de dagliga kontakterna betydligt högre. I Grekland och Portugal träffar tvåtredjedelar familjen dagligen. Men i de länder där familjekontakten är tätast, är paradoxalt nog också upplevelsen av ensamhet störst. 30 % av de äldre i Grekland känner sig ofta ensamma jämfört med endast 6 % i Sverige.

### 5.2.6 Hälsa och funktionsförmåga hos äldre

*Vi lever längre men antalet år med svår ohälsa har inte ökat*

En nyfödd flicka i Sverige hade år 1996 en förväntad återstående livslängd på 81,5 år och en nyfödd pojke 76,5 år. Till skillnad från tidigare ökar nu männens livslängd snabbare än kvinnornas. Jämfört med mitten av 1980-talet lever de svenska männen omkring tre år och kvinnorna omkring två år längre. Huvuddelen av denna ökning avser förväntad livslängd efter 50 års ålder.

En viktig fråga när det gäller att bedöma utvecklingen av de äldres behov av vård och omsorg är om de nytillkomna levnadsåren avser år av hälsa eller ohälsa. Utgående från data från Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) har ett hälsoindex konstruerats, som anger fördelningen av ohälsa på fyra olika hälsonivåer: svår ohälsa, måttligt svår ohälsa, lätt ohälsa och full hälsa. Med hjälp av detta index kan man beräkna det förväntade antalet levnadsår på resp. hälsonivå. En sådan beräkning visar att det förväntade antalet levnadsår med svår ohälsa minskat något för såväl män som kvinnor under de senaste tjugo åren. Men det har också skett en minskning av antalet år med full hälsa. De levnadsår, som tillkommit under perioden, har i huvudsak gällt år med lätt ohälsa.

*De flesta äldre upplever sig ha god hälsa, men betydligt färre är fria från långvarig sjukdom*

De flesta äldre i Sverige är relativt friska ända upp i hög ålder. En av Socialstyrelsen utförd undersökning avseende hemmaboende äldre över 75 år (Ädel-utvärderingen, 1996:6) visade att 83 % uppfattade sitt hälsotillstånd som mycket gott eller ganska gott. Andelen som ansåg att deras hälsa var mycket god sjönk med växande ålder, men anmärkningsvärt är att även i gruppen 85 år och äldre var det bara 22 % som skattade sitt

hälsotillstånd som ganska eller mycket dåligt. Den bästa hälsan rapporterades av gifta eller samboende personer. Änkor och änklings hade bättre hälsa än frånskilda. Det har även betydelse var man bor och den sämsta hälsan rapporterades av personer i ren glesbygd.

Betydligt färre än de som *anser* sig ha god hälsa är fria från långvarig sjukdom. Förekomsten av minst en långvarig sjukdom ökar starkt med åldern. Enligt SCB:s ULF-undersökning har cirka 70 % i åldersgruppen 65–74 år minst en långvarig sjukdom. I gruppen 75–84 år har andelen ökat till cirka 85 %. Kvinnor rapporterar långvarig sjukdom i något högre utsträckning än män.

Klasskillnaderna när det gäller sjuklighet är fortfarande tydliga i Sverige och de tenderar att växa med ökande ålder. Undersökningen av de allra äldstas levnadsförhållanden (SWEOLD) visar att det är dubbelt så vanligt bland f.d. arbetare än bland f.d. tjänstemän att själv uppfatta sin hälsa som dålig. Betydligt fler i den förra gruppen har också nedsatt funktionsförmåga i olika avseenden, syn – och hörselproblem mm (Socialstyrelsen, Ädel-utvärderingen 1996:6). Det finns även ett klart samband mellan taxerad inkomst och hälsotillstånd, också bland de allra äldsta.

*Hjärt- och kärlsjukdomar, psykiska sjukdomar och demenssjukdom är de vanligaste sjukdomarna*

Hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste långvariga sjukdomarna när man uppnått pensionsåldern, både bland män och kvinnor. I Socialstyrelsens ovan nämnda studie redovisas symptom och besvär hos personer över 75 år under de senaste tre månaderna. De vanligaste problemen är trötthet närmast följt av ont i benen, ledbesvär, ryggont och gångproblem. Vissa av dessa besvär innebär inskränkningar i rörlighet och förflyttning. Kvinnor i alla åldrar har psykiska besvär som bl.a. ängslan, oro och ångest i betydligt större omfattning än män, så också bland äldre. Högst självmordstal har gruppen män över 75 år.

Många äldre i Sverige lider av psykisk sjukdom. Enligt data från svenska studier med diagnoser enligt psykiatriska klassifikationssystem uppskattas att 150 000 äldre har depression, 100 000 ångestillstånd och 100 000 psykotiska tillstånd. Utöver dessa finns det ett stort antal som inte uppfyller kriterierna för psykisk sjukdom men som ändå är i stort behov av stöd och behandling. Inom ramen för Äldreuppdraget har Socialstyrelsen sammanställt en rapport om psykisk sjukdom hos äldre (Äldreuppdraget 97:9). Enligt rapporten är de flesta äldre med psykisk sjukdom odiagnosticerade och obehandlade. Om de är behandlade så är behandlingen ofta inadekvat.

Psykisk sjukdom är till största delen behandlingsbar med stödsamtal, psykoterapi och psykofarmaka. Behandlingen är inte dyrbar med den fordrar en kunskap om äldres speciella behov. Trots att detta är ett folkhälsoproblem till sin kvantitet är området mycket eftersatt. Det saknas grundläggande kunskaper om psykisk sjukdom hos äldre hos stora delar av vård- och omsorgssystemet. I vissa fall saknas resurser och på många håll i Sverige saknas en naturlig hemvist för äldre med psykisk sjukdom.

Andra områden som Socialstyrelsen pekar på i sin rapport är bristen på kunskapsöverföring mellan olika grupper, otillräcklig dokumentation och avsaknaden av vårdprogram.

Risken för äldre att drabbas av demenssjukdom är starkt relaterat till stigande ålder. I takt med att allt fler numera lever längre ökar antalet drabbade. År 1990 fanns det cirka 100 000 personer med måttlig–svår demens, motsvarande drygt 6 % av ålderspensionärerna (65 år och äldre). År 2000 beräknas antalet (vid oförändrad åldersrelaterad prevalens) ha ökat till cirka 121 000 och år 2010 till cirka 134 000. Detta motsvarar i båda fallen omkring 8 % av de som är 65 år och äldre.

*Nedsatt funktionsförmåga och rörelsehinder har blivit något mindre vanligt bland yngre äldre*

Behovet av vård och omsorg hos de äldre beror i hög grad på funktionsförmågan. Många äldre har funktionella begränsningar trots att de inte har någon sjukdom eller betraktar sig som sjuka. Nedsatt funktionsförmåga och rörelsehinder förefaller att ha blivit något mindre vanliga sedan slutet av 1980-talet i åldersgruppen 75–84 år. Rörelseförmågan har också förbättrats bland män i åldersgruppen 65 till 74 år. En rapport från Socialstyrelsen (Ädel-utvärderingen 1996:6) visade att endast 15 % av samtliga personer över 75 år hade någon begränsning när det gällde dagliga aktiviteter (ADL – Activities of Daily Living), som att kunna stiga upp och gå till sängs, att klä sig själv, att gå på toaletten och tvätta sig själv. Andelen växer, som man kan vänta, med stigande ålder och är något högre för kvinnor än för män. Det vanligaste bekymret var att man inte klarade att bada eller duscha.

Att behöva hjälp med att klara det dagliga livet om man bor hemma, t.ex. handla och laga mat, städa och tvätta är vanligt i den äldsta åldersgruppen, men ej så allmänt förekommande bland de yngre. Bland kvinnorna hade mer än tvåtredjedelar i åldersgruppen över 85 år behov av hjälp i något av dessa avseenden, vilket kan jämföras med mindre än en fjärdedel bland dem i åldersgruppen 75–79 år. Motsvarande andel bland männen var tre fjärdedelar resp. en tredjedel. Nedsatt rörlighet var också avsevärt mycket vanligare bland de äldsta – hälften av de äldsta kvinnorna och fyra av tio av de äldsta männen kunde inte gå i trappor.

## 5.3 Utveckling av vård och omsorg

### 5.3.1 Hjälp i hemmet och särskilda boendeformer

*Ålderdomshemmet var för många det enda alternativet*

Institutionsboende i form av ålderdomshem och långtidssjukvård utgjorde fram till 1960-talets början den huvudsakliga formen för äldreomsorg i Sverige. Fortfarande långt in på 1970-talet placerades äldre människor på ett ålderdomshem, när hjälpbehoven förändrades från praktiska vardagssysslor till mer omfattande behov av personlig omvårdnad. Ofta

var omoderna bostäder med dålig standard och tillgänglighet en starkt bidragande orsak till flyttning.

Ålderdomshemmen var dock sällan anpassade för att klara omsorgen om människor med stora funktionshinder eller svåra sjukdomstillstånd. Ytterligare en flyttning – till långtidssjukvården – blev därför ofta nödvändig. Moderna äldreboendestäder växte fram under 1970-talet och många omoderna ålderdomshem har sedan dess byggts om för att tillgodose kraven på tillgänglighet och god arbetsmiljö. Under 1980-talet tillkom gruppboendestaden som en småskalig boendeform särskilt anpassad för personer med åldersdemens. Ädel-reformen innebar att kommunerna övertog cirka 31 000 sjukhemsplatser från landstingen. Dessa platser utgör – tillsammans med gruppboendestäder mm och de tidigare kommunala äldreboendeformerna – särskilda boendeformer för service och vård enligt 20 § socialtjänstlagen (1980:620).

### *1970-talet – en snabb utbyggnad av den sociala hemtjänsten*

Hemhjälpverksamhet för äldre startade i frivilliga former i början av 1950-talet. År 1954 hade 1 % av ålderspensionärerna eller 5 000 personer hemhjälp. Tio år senare uppgick andelen som hade hjälp till 6 %. Hjälpinsatser i det egna hemmet byggdes ut kraftigt och andelen av den äldre befolkningen som fick hjälp ökade fram till början av 1980-talet. Som mest erhöll då 22 % av ålderspensionärerna hemtjänst i vanligt boende eller i servicehus och servicelägenheter någon gång under året, motsvarande cirka 17 % under en mätmånad.

### *1980-talet – hemtjänsten byggs ut, men antalet äldre ökar mer*

Även efter 1980-talets mitt har verksamheten byggts ut men inte i takt med ökningen av antalet äldre. Insatserna har också alltmer kommit att koncentreras till de äldsta med störst hjälpbehov. Den s.k. täckningsgraden har därigenom successivt minskat. Vid årets slut år 1996 hade 8 % av åldersgruppen 65 år och äldre hemtjänst. Bland de i åldersgruppen 65–79 år var andelen endast 4 %. Denna åldersgrupp utgjorde år 1980 omkring hälften av hjälptagarna i äldreomsorgen, år 1995 hade andelen sjunkit till något mindre än en tredjedel. Utvecklingen under perioden 1950–1996 av andelarna av befolkningen i resp. åldersgrupp med hjälp, totalt resp. i särskilt boende, visas i diagram 3A och B nedan.

*Diagram 3A. Utveckling av hemtjänst och platser i särskilt boende som andel av befolkningen för pensionärgruppen 65–79 år*

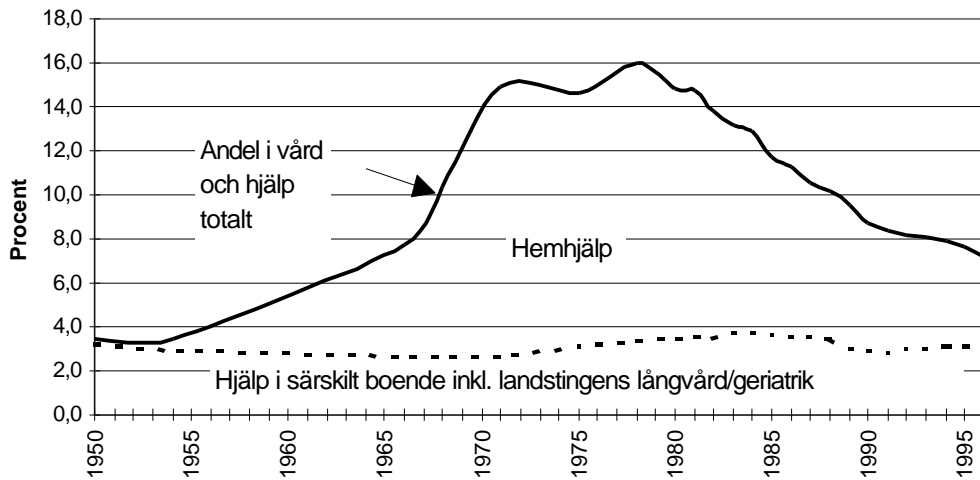
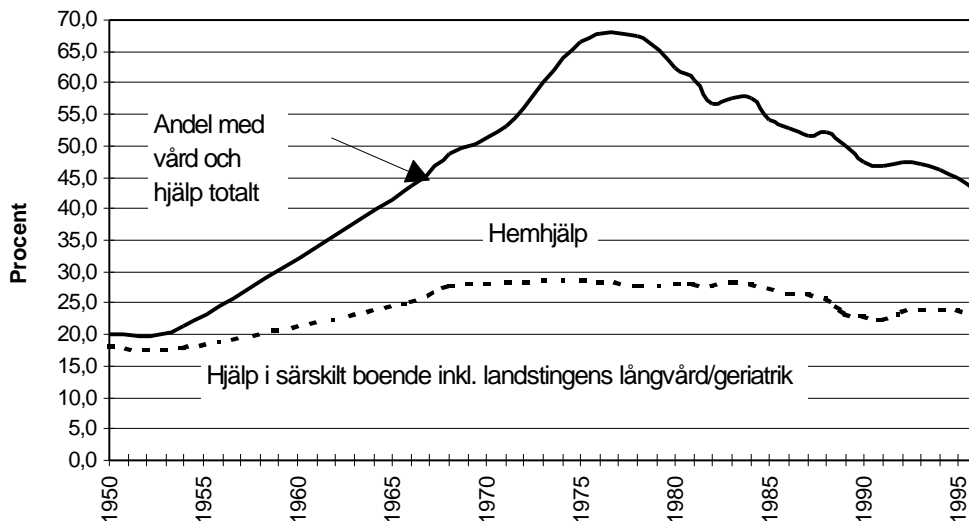


Diagram 3B. Utveckling av hemtjänst och platser i särskilt boende som andel av befolkningen för pensionärsgruppen 80 år och äldre



Källa: Socialdepartementet med stöd från bl.a. docent Gerdt Sundström, Institutet för gerontologi, Jönköping.

Under 1970-talet fram till mitten av 1980-talet skedde en omfattande utbyggnad av den landstingskommunala långtidssjukvården i sjukhem och långvårdssjukhus. Antalet vårdplatser börjades sedan reduceras till förmån för ökad omsorg i den egna bostaden. Ett stort problem inom akutsjukvården fram till Ädel-reformen var dock det stora antalet s.k. klinikfärdiga patienter inom akutsjukvården. Med detta avsågs patienter, som inte längre behövde den vård som gavs vid kliniken, men som på grund av platsbrist inte kunde beredas vård i adekvat boendeform. Omkring 20 % av patienterna inom den medicinska korttidsvården bedömdes vid 1980-talets slut tillhöra denna kategori. Detta ledde i sin tur till omfattande problem med överbeläggning och långa vårdtider.

Under verksamhetens uppbyggnad på 1960- och 1970-talen bestod hemtjänstens uppgifter huvudsakligen i praktisk hjälp med hemmets skötsel, inköp och matlagning. Reduceringen av institutionsvården och de allt kortare vårdtiderna inom den somatiska akutsjukvården har nu inneburit att personlig omvårdnad och insatser av sjukvårdskaraktär fått en mer framskjuten plats än tidigare. 1990-talets hjälptagare är i allmänhet äldre, sjukare och har mer omfattande funktionshinder. De är därmed i behov av större insatser än 1980-talets hjälptagare. Insatserna ges idag till ett mindre antal personer, men i större omfattning till var och en av dem som får hjälp. Fortfarande får dock fyra av tio hemtjänstmottagare mindre än 10 timmar hjälp per månad och andelen som får 120 timmar per månad eller mer uppgår till färre än 5 %. Utvecklingen mellan åren 1992 och 1996 framgår av följande tabell.

Tabell 1. Förändringar av antalet personer 65 år och äldre som erhåller hemhjälp inom respektive timintervall (insatsnivå) från åren 1992 till 1996.

Timmar hjälp per månad	Antal 1992	Antal 1996	Skillnad 1992–96	Relativ skillnad
1–9 tim	74 935	60 584	–14 351	– 19 %
10–25 tim	48 633	39 486	– 9 147	– 19 %
26–49 tim	30 599	28 255	– 2 344	– 8 %
50–119 tim	26 197	27 868	+ 1 671	+ 6 %
120 tim –	6 489	7 584	+ 1 096	+ 17 %

Källa: Äldreuppdraget, årsrapport 1997, Socialstyrelsen (1997:9).

#### *Fler hjälptimmar i hemtjänsten under 1990-talet, men inte i takt med ökningen av antalet äldre personer*

Den ökade tilldelningen per hjälpt person under 1990-talet överstiger i själva verket minskningen av antalet hjälptagare. Beräkningar baserade på SCB statistik visar att den totala hjälpvolymen, i hjälptimmar räknat, inom hemtjänsten i kommunal och enskild regi för personer över 65 år ökade med 4,5% under perioden 1988–1996. Räknat i förhållande till det ökade antalet äldre i befolkningen i olika åldersgrupper innebar detta dock en minskning med omkring 10 %. Den ökade hjälpvolymen inom hemtjänsten har alltså inte motsvarat befolkningsförändringen. Detta kan dock bero på att färre är i behov av hjälp eller avstår från att söka hjälp (jfr diskussionen i avsnitt 5.1).

#### *De flesta äldre önskar bo kvar i den egna bostaden*

Undersökningar visar att de flesta äldre önskar att så länge som möjligt få bo kvar i sitt eget hem. Möjligheterna för personer med omfattande behov av omvårdnad och vård att bo kvar i det egna hemmet var tämligen begränsade i början på 1980-talet, men har nu betydligt förbättrats. Av

samtliga 180 500 personer som i november 1996 fick hemtjänst och/eller erhöll hemsjukvård fick cirka 29 % hjälp varje kväll och/eller natt. De som idag flyttar till en särskild boendeform – sjukhem, ålderdomshem, serviceboende eller gruppboende m fl benämningar – är i allmänhet i så stort behov av omfattande omvårdnad och tillsyn dygnet runt att de inte längre har möjlighet att klara sig i det egna hemmet. Många har dessutom en demenssjukdom, vilket starkt ökar sannolikheten för flyttning till särskild boendeform.

Omkring en tredjedel av alla demenssjuka vårdas i hemmet, framförallt tack vare stora insatser av anhöriga. De återstående vårdas i någon form av särskilt boende. Upp till 80 % av de som bor på de f.d. sjukhemmen uppskattas vara drabbade av demens. Nästan hälften av dem som bor i någon form av särskilt boende beräknas vara måttligt eller svårt demenssjuka och bland dem som får hemtjänst i ordinärt boende utgör motsvarande andel cirka 15 %.

*Färre får hjälp i äldreomsorgen, men minskningen gäller i första hand de yngre äldre*

Tabell 2 nedan ger en översiktlig bild av förändringen totalt sett när det gäller omfattningen av äldreomsorgen (antal och andel av åldersgruppen med hemtjänst eller boende i en särskild boendeform inkl. geriatrik/långvård) under perioden 1980–1996.

*Tabell 2. Antal personer med vård och hjälp i ordinärt eller särskilt boende inkl. geriatrik/långvård – totalt resp. som andel av samtliga äldre, åren 1980–1996*

	1980	1990	1996
<b>65–79 år</b>	163 000 15%	101 000 9%	80 000 7%
<b>80 år och äldre</b>	164 000 62 %	175 000 47 %	180 000 43 %
<b>Samtliga 65 år och äldre</b>	327 000 24 %	276 000 18 %	260 000 17 %

*Landstingets geriatriska vård har minskat och ändrat karaktär efter Ädel-reformen*

Ädel-reformen, som beskrivs närmare längre fram, innebar bl.a. att sjukhemsplatserna år 1992 övergick till kommunerna. Det fanns då kvar omkring 8 000 geriatrikplatser inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Antalet har sedan successivt minskat till 4 700 platser år 1996. Medelvårdtiden i den geriatriska vården har under samma tid nästan halverats, från närmare 40 dagar till 23 dagar i genomsnitt för riket. Även antalet vårdplatser inom akutsjukvården har minskat kraftigt efter Ädel-reformen från 31 700 platser år 1992 till cirka 25 000 platser år 1996. Minskningen sammanhänger med minskade vårdtider samtidigt som allt fler åtgärder utförs i öppen vård.

Genom den utveckling som skett har geriatriken fått en annan, mer akut inriktning och är på sina håll på väg att förändras till en subspecialitet inom internmedicinen. Denna utveckling har inneburit att personer, som tidigare skulle ha vårdats och rehabiliterats inom t.ex. internmedicinen eller geriatriken, nu i stället tas om hand i kommunernas särskilda boendeformer men också i ordinärt boende. Många av dessa personer kräver avancerade insatser – medicinskt, tekniskt och omvårdnadsmässigt – och tid för utredning, diagnos, bedömning av funktionsförmåga, utprovning av mediciner samt planering av rehabilitering och återgång till det egna boendet.

Under senare år har på många håll i landet kommuner och landsting tillsammans byggt ut nya former för rehabilitering i hemmet, i dagverksamheter och i särskilda boendeformer.

Frågan om läkarmedverkan i rehabiliteringsverksamheten och i vården och omsorgen har stor betydelse. När vården i allt större utsträckning flyttas ut från sjukhusen måste också den kompetens som personalen där besitter följa med ut och komma de människor till del som nu bor och vårdas i sitt eget hem eller i särskilt boende. I princip är det allmänläkarna som skall svara för de primära hälso- och sjukvårdsinsatserna, men de geriatriska specialisterna har en betydelsefull roll som konsulter i primärvården samt för handledning och kompetensutveckling av vårdpersonalen när det gäller äldres sjukdomar och deras behandling.

### 5.3.2 De äldre och den medicinska utvecklingen

*Äldre personer över 65 år tar i anspråk omkring 40 % av landstingens sjukvårdsresurser*

Den medicinska utvecklingen under de senaste årtiondena har varit mycket snabb. Allt fler patienter kan nu bli botade, få bättre hälsostatus eller smärtlindring vid sjukdom. De medicinska framstegen medför också att patienterna i högre grad än tidigare överlever akuta sjukdomstillstånd. Äldre människor med en eller flera kroniska sjukdomar blir allt vanligare.

Med åldern ökande ohälsoproblem gör att äldre personer tar i anspråk en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Enligt Socialstyrelsens patientregister (för år 1995) avsåg 54 % av alla vård dagar på sjukhus för män personer över 65 år och 31 % personer över 75 år. För kvinnorna var motsvarande andel 60 % respektive 42 %. Enligt HSU:s delbetänkande Behov och resurser i vården (SOU 1996:163) avsåg knappt 38 % (34 miljarder kronor) av landstingens totala sjukvårdskostnader vård av personer som är 65 år och äldre. Före Ädel-reformen var motsvarande andel cirka 50 %.

*Åldern i sig ska inte avgöra prioriteringarna i vården*

Hälso- och sjukvårdens bedömningar av vårdbehov och prioriteringar skall göras utifrån tre grundläggande principer; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Detta har ytterligare förtydligats i proposition 1996/97:60 om prioriteringar inom

hälso- och sjukvården. I propositionen framhöll regeringen att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Ålder är således inte en prioriteringsgrund i sig. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter – t.ex. förekomsten av flera allvarliga sjukdomar – som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

#### *Allt bättre behandlingsresultat för äldre i sjukvården*

En stor del av sjukvården riktar sig i dag i huvudsak till äldre personer. I det följande ges några exempel på områden, där utvecklingen gjort att äldre kan få allt bättre hjälp. Ett sådant är stroke-vården. Medelåldern för insjuknande i stroke (slaganfall) är drygt 75 år. Som genomsnitt är vårdtiderna lika långa för dem som är äldre än 75 år som för dem som är yngre. Tack vare ett gott akut omhändertagande – där de särskilda strokeenheterna har bäst resultat – och en god rehabilitering kan merparten återvända till eget boende.

Många sjukdomar kan idag behandlas med mindre påfrestning för patienterna. Detta har gjort att patienter i högre åldrar i större utsträckning än tidigare kan få bot eller bättring. Med dagens operationsmetoder kan således allt äldre patienter få tillgång till såväl hjärtkirurgi som kranskärlsoperationer.

#### *Hjärt- och kranskärlsoperationer vanligt också för äldre över 70 år*

År 1986 var drygt 10 % av dem som genomgick en kranskärlsoperation 70 år och äldre. Motsvarande andel år 1995 var 36 %. De mätningar, som under åren 1993 och 1995 gjorts av dödligheten i samband med kranskärlsoperationen och en månad därefter, visar på en kraftigt minskad dödlighet bland de allra äldsta. Medianåldern vid insjuknande i hjärtinfarkt var 72 år 1994. Den återstående förväntade livslängden efter infarkt har ökat under det senaste decenniet för såväl män som kvinnor.

Ett annat exempel på att både allt fler och allt äldre patienter får behandling är njursjukvården. Jämfört med i början på 1990-talet får nu allt fler i befolkningen som helhet tillgång till dialys eller transplantation och andelen patienter, som är över 65 år när behandlingen påbörjas, har ökat från 46 % år 1991 till 55 % år 1995.

#### *Varannan kvinna över 80 år får höftfraktur*

Cirka 20 000 personer opereras årligen för höftfrakturer. Av dessa är tre fjärdedelar kvinnor vilket förklaras dels av en ökande andel kvinnor i de högre åldrarna, dels av större skelettskörhet hos kvinnor. Medelåldern vid höftfraktur ligger nära 80 år och vid 90 års ålder har nästan varannan kvinna haft en höftfraktur. En snabb mobilisering av patienten och fortsatt gångträning i hemmet har avsevärt minskat antalet vård dagar per patient

på sjukhus. Detta har gjort att det ökade antalet frakturer hittills har kunnat behandlas inom ramen för de tillgängliga sjukvårdsresurserna. Antalet höftfrakturer beräknas fortsätta att öka ett stycke in på 2000-talet, framförallt i åldersgruppen över 80 år.

För närvarande utförs cirka 10 000 höftplastikoperationer årligen. Patienternas medelålder är knappt 70 år. Indikationerna för höftplastik har vidgats allteftersom metoden har utvecklats och resultatet av operationen är i allmänhet mycket gott.

#### *Operationer mot gråstarr vanligaste ingreppet*

Gråstarrsoperation är det vanligaste kirurgiska ingreppet i Sverige idag. Under år 1996 gjordes knappt 45 000 operationer och patienternas medelålder var drygt 75 år. Operationerna registreras och följs i det s.k. nationella kataraktregistret. Fr.o.m. år 1995 ingår där även en registrering av vilken nytta patienten har haft av operationen. De uppgifter som hittills finns tillgängliga visar att andelen som behöver hemhjälp och /eller färdtjänst minskat – om än marginellt – ett halvår efter operationen.

#### *Demensvården förbättras*

Demensvården i Sverige har de senaste 10–15 åren genomgått en mycket snabb utveckling. Framförallt har verksamheten med gruppboende för dementa och dagverksamheterna kommit att innebära en kvalitativ utveckling av demensvården i hela landet. Inställningen till demenssjukdomen och de drabbade har också kommit att förändras. Det finns nu en växande insikt om att de demenssjuka har särskilda behov av vård och omsorg som samhället måste förstå och möta. För närvarande pågår en snabb utveckling inom forskningen om demenssjukdomarna och nya läkemedel har introducerats som kan påverka sjukdomens förlopp. Hittills har man i viss utsträckning kunnat bromsa sjukdomens förlopp, men förhoppningar finns om att framstegen kan leda till mer aktiva behandlingsinsatser.

### **5.3.3 Personal för vård och omsorg om äldre**

*Drygt en kvarts miljon personer arbetar i den kommunala äldreomsorgen – de flesta kvinnor och många på deltid*

Det totala antalet anställda år 1996 inom kommunernas verksamheter för äldre och funktionshindrade var drygt 260 000 personer. Majoriteten av vård- och omsorgspersonalen är kvinnor (92 %). Till antalet anställda inom den kommunala vården bör också läggas de som är anställda i verksamheter, som bedrivs på kommunal entreprenad hos privata vårdgivare. Cirka 5 % av den offentligt finansierade verksamheten för äldre beräknades år 1996 vara utlagd på privata vårdgivare. Totalt kan då personalen, som arbetar inom verksamheter för äldre och funktionshindrade år 1996 beräknas, uppgå till cirka 273 000 personer.

Antalet sysselsatta inom äldre- och handikappomsorgen har ökat under 1990-talet, men detta beror på de olika huvudmannaskapsförändringar som ägt rum. Räknar man bort effekten av dessa har antalet enligt Svenska Kommunförbundet minskat. Förbundet räknar med att det totala antalet sysselsatta i kommunerna blir oförändrat under år 1998 och år 1999 för att sedan öka med 3 500 personer år 2000 och 3 000 personer år 2001.

Många anställda inom äldreomsorgen arbetar deltid eller är timanställda. Andelen heltidsanställda bland vårdpersonalen (vårdbiträden, undersköterskor och sjukvårdsbiträden) var år 1996 cirka 20 %, hälften är deltidsanställda och en stor andel – 22 % – timanställda. Det är stora skillnader mellan män och kvinnor i omfattningen av deltidsarbete. Under år 1996 arbetade 46 % av alla kommunalt anställda kvinnor deltid mot endast 15 % av mannen. Deltidsarbete är vanligast bland den personal som arbetar inom omsorgen för äldre och funktionshindrade. Hälften av samtliga deltidsarbetande i kommunerna arbetade inom denna verksamhet.

### *Många saknar vårdutbildning*

En stor del av personalen i den kommunala omsorgen saknar vårdutbildning. Tabell 3 som bygger på kommunförbundets personalstatistik i november 1996 visar utbildningssituationen för anställda inom äldre- och handikappomsorgen. En av orsakerna till den låga utbildningsnivån är den höga personalomsättningen.

*Tabell 3. Utbildningsbakgrund för några personalkategorier inom äldre- och handikappomsorgen år 1996*

	<b>Totalt antal</b>	<b>därav: med vårdutbildning</b>	<b>andel</b>	<b>med endast grund- /folkskola</b>	<b>andel</b>
Vårdbiträde	114 600	52 400	46 %	26 500	23 %
Undersköterska	42 750	34 700	81 %	1 900	4 %
Arbetsledare	5 200	4 200	81 %	50	1 %

### *Personalförsörjningen kan snart bli ett stort problem inom äldreomsorgen*

För tio år sedan var den höga personalomsättningen och svårigheterna att rekrytera personal några av de påtagliga problemen inom äldreomsorgen. En fjärdedel av personalen slutade varje år och sjukfrånvaron var mycket hög. Inom loppet av några år kan personalförsörjningsproblemet bli lika allvarligt som på slutet av 1980-talet. Hög personalomsättning är ett bestående problem inom äldreomsorgen.

Enligt Svenska Kommunförbundet har åldersstrukturen hos personalen inom äldre och handikappomsorgen varit i stort sett oförändrad under perioden 1985–1995. År 1996 var nästan hälften av personalen över 45 år. Andelen väntas stiga till något över hälften år 2005. Åldersfördelningen bland vård- och omsorgspersonalen har betydelse för hur många som kommer att avgå med kommunal pension under olika tidsperioder. Mellan 15–20% av personalen inom äldreomsorgen kan förväntas avgå med pension de närmaste tio åren. Av stor betydelse för rekryteringsbehovet är också den höga personalomsättningen. Trots att antalet anställda minskat under 1990-talet sker det en kontinuerlig förnyelse av kommunernas personal. Mer än hälften av den personal som fanns i kommunerna år 1985 hade slutat fram till år 1995.

Enligt beräkningar som redovisas i en rapport från Svenska Kommunförbundet – Personal i rörelse 1996 – väntas kommunernas personalstyrka inom äldre- och handikappomsorgen öka med cirka 20 000 årsarbetare under perioden 1995–2005. Nyrekryteringsbehovet under samma tid beräknas till cirka 14 000 årsarbetare per år, motsvarande 176 000 nyanställda för hela perioden. Omkring 50 000 av dessa anställda beräknas hinna börja och sluta sin anställning före år 2005.

#### *Landstingen räknar med att det kan bli brist på sjukvårdspersonal efter sekelskiftet*

I en av Landstingsförbundet nyligen publicerad rapport som gäller framtida personalbehov – Personalens kapacitet – har man studerat behovet av sjuksköterskor och omvårdnadspersonal fram till år 2010. Genom att ställa pensionsavgångar och övriga avgångar i relation till i dagsläget planerat antal utbildningsplatser kommer man fram till att avgångarna fram till år 2010 blir större än antalet examinerade. Brist på undersköterskor/sjukvårdsbiträden uppkommer redan i början av nästa sekel medan bristen på läkare/sjuksköterskor förväntas uppkomma fram till år 2010. Det är dock svårt att säga exakt när i tiden bristsituationen uppstår och hur den kommer att se ut.

Landstingsförbundet lyfter också fram de möjligheter för fortbildning som finns inom vården. Ett exempel på dessa är att ett förhållandevis stort antal vårdbiträden i kommunerna har genomgått utbildning till undersköterska. Ett annat är att av de sjukvårdsbiträden som var anställda i landstingen år 1988 och som fanns kvar år 1996 (16 568) hade 62 % blivit undersköterskor, 8 % sjuksköterskor och 1 % läkare.

### **5.3.4 Den kommunala ekonomin**

#### *Sedan år 1995 ökar åter inkomsterna inom kommunsektorn*

Vården och omsorgen om äldre personer är i Sverige ett kommunalt ansvar. Resurserna för äldreomsorgen är därmed i hög grad knutna till den kommunala ekonomin. Kommunsektorns inkomster består till övervä-

gande del av kommunalskattemedel och statsbidrag. De kommunala inkomsterna minskade något i löpande priser mellan åren 1992 och 1994 efter att tidigare ha ökat under en följd av år. Sedan år 1995 ökar åter inkomsterna för kommunsektorn. De generella statsbidragen uppgick år 1996 till totalt 38 miljarder kronor. År 1997 fick kommuner och landsting ett resurstillskott på 4 miljarder kronor.

De kommunala utgifternas ökningstakt har bromsats upp de senaste åren. Den största utgiftsposten är konsumtion som till övervägande del utgörs av löner inklusive arbetsgivaravgifter.

*Äldre- och handikappomsorgen har under 1990-talet tagit en oförändrad andel av en minskande kommunal konsumtion*

Den samlade kommunala konsumtionen har minskat i fasta priser räknat sedan år 1991. Enligt preliminära uppgifter minskade konsumtionsvolymen för sektorn mellan åren 1996 och 1997 med 0,7 %. Totalt har volymen minskat med 4,6 % sedan år 1991. Om hänsyn tas till att en större del av verksamheten avgiftsfinansieras begränsas volymminskningen till 2,1 %. Kommunerna har mellan åren 1992 och 1996 minskat den relativa andelen av nettokostnaderna för barnomsorg och grundskola, medan kostnadsandelen för individ- och familjeomsorg och gymnasieskola ökat. Den relativa andelen av nettokostnaderna för äldre- och handikappomsorg har varit oförändrad (20 %).

### **5.3.5 Kostnader och kostnadsutveckling**

*Starkt ökade kommunala bruttodriftkostnader för äldre- och handikappomsorgen under 1990-talet beror huvudsakligen på huvudmannaskapsförändringar*

Kommunerna redovisar kostnaderna för omsorgen om äldre och funktionshindrade sammanslagna. Det är därför svårt att beräkna kostnadsutvecklingen inom äldreomsorgen separat. Den av kommunerna redovisade totala bruttodriftkostnaden för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade uppgick år 1996 till cirka 77 miljarder kronor. År 1992 var kostnaden 55 miljarder kronor (1996 års priser). En starkt bidragande orsak till denna kostnadsutveckling har varit att kommunerna fått ansvar för nya verksamheter för de funktionshindrade genom handikappreformen (1994) och psykiatireformen (1995). En stor del av kostnaderna avser vården och omsorgen om personer med åldersdemens. År 1991, som är det senaste året för vilket det förekommer en särskild beräkning, uppskattades den totala bruttodriftkostnaden för vården av de demenssjuka uppgå till cirka 30 miljarder kronor. Det bör dock påpekas att dessa personer i allmänhet också har andra former av ohälsa och nedsatt funktionsförmåga som resulterar i ett omvårdnadsbehov.

Vid rapporteringen av de sociala utgifterna till EU:s statistikorgan, Eurostat, enligt det s.k. ESSPROS-systemet görs en uppdelning på äldre och funktionshindrade med hjälp av skattningar, som utgår från antalet hjälptagare i resp. åldersgrupp och insatsen av hjälptimmar per hjälptagare. Dessa utgifter avser till skillnad från ovanstående nettoutgifter, dvs. exklusive intäkter från avgifter och försäljning.

Enligt ESSPROS-systemets redovisning uppgick de sammanlagda offentliga utgifterna för omsorg och hjälp till de äldre (exkl. färdtjänst) år 1995 till 36,3 miljarder kronor. Dessa utgifter föll i stort sett helt och hållet på kommunerna. År 1993 var de totala utgifterna 38,0 miljarder kronor (1995 års priser). Detta innebär en minskning i fasta priser med 4,5 %. De totala utgifterna för de funktionshindrade uppgick år 1995 enligt samma redovisning till 23,4 miljarder kronor. Av dessa utgifter föll drygt hälften på kommunerna, omkring en femtedel på landstingen och resten på staten. Detta innebär att omkring trefjärdedelar av de totala kommunala nettoutgifterna för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade kan uppskattas avse de äldre. Denna andel har minskat på senare år, bland annat beroende på de ovan nämnda huvudmannaskapsreformerna.

### **5.3.6 Kommunala variationer i servicenivå och kostnader**

#### *Stor spridning mellan kommunerna av andelen äldre som får vård*

I den kommun, där andelen av de äldre som får vård och omsorg är högst, är denna nästan tre gånger högre än i den kommun som ligger lägst. När det gäller andelen av samtliga äldre med hemhjälp i ordinärt boende är spridningen ännu större. I en kommun får var femte ålderspensionär hjälp i ordinärt boende, i en annan endast var trettonde. Det finns också mycket stora skillnader när det gäller andelen äldre, som bor i det särskilda boendet. Som mest bor i en kommun var sjätte person över 65 år i särskilt boende, som lägst endast en av tjugofem. Det går inte att se några tendenser till att få platser i särskilt boende är kopplat till att flera får hjälp i ordinärt boende eller omvänt. Gemensamt för de flesta kommuner är dock att en allt lägre andel av hjälptagarna får sina behov av omsorg och vård tillgodosedda i ordinärt boende.

#### *Kostnaderna varierar kraftigt mellan enskilda kommuner och kommungrupper*

Gruppen storstäder har den genomsnittligt högsta kostnaden per person med någon form av hjälpinsats (cirka 251 700 kronor) och industrikommunerna den genomsnittligt lägsta (215 500 kronor). Mellan de enskilda kommunerna varierar kostnaden från cirka 107 000 kronor till som mest 346 800 kronor (Jämförelsetal för socialtjänsten, 1996). Kostnadsvariationerna mellan kommunerna har flera orsaker. Skillnader i

åldersstruktur, omfattning av anhöriginsatser, servicenivå, bedömningsgrunder, geografisk struktur, fördelning mellan olika omsorgsformer, personaltäthet, lönenivå samt kostnadseffektivitet är några förklaringsfaktorer till de stora skillnaderna. En annan orsak kan vara olikheter i systemen för redovisning.

Studier har visat att det råder stora skillnader, såväl mellan socialdistrikt som mellan enskilda biståndsbedömare, när det gäller vilken insats som beviljas givet vårdberoende och andra faktorer av betydelse för biståndsbedömningen. En fältstudie, som utfördes inom ramen för Beredningen för statsbidrag och utjämning i kommunsektorn (SOU 1994:144), visade på skillnader av samma storleksordning mellan de elva kommuner som deltog i studien.

### **5.3.7 Förändrade förutsättningar inom vården och omsorgen om äldre**

Den samhällsekonomiska utvecklingen i stort och därmed också kommunernas och landstingens ekonomiska förutsättningar har haft stor betydelse för hur vården och omsorgen om äldre kunnat byggas ut under det senaste decenniet. 1990-talet har präglats nedskärningar inom den kommunala och landstingskommunala verksamheten till följd av den försämrade ekonomin samt stora strukturreformer inom vårdområdet och förändringar av formerna för finansiering och organisation. Några av dessa förändringar beskrivs mer utförligt i det följande.

*Ädel-reformens huvudsyfte var att samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade till en huvudman*

Ädel-reformen, som genomfördes år 1992, innebar i huvuddrag att kommunerna övertog verksamhetsansvaret för och driften av sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård, totalt cirka 31 000 vårdplatser. Dessa övertagna verksamheter innefattas i samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Kommunerna fick vidare ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser (exklusive läkarinsatser) i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Kommunerna fick också möjlighet att driva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget. Sådana överenskommelser har träffats i elva län eller cirka hälften av landets kommuner. Ett kommunalt betalningsansvar infördes för personer som är medicinskt färdigbehandlade vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård.

Anledningen till att kommunerna fick det samlade vårdansvaret var den omstrukturering från institutionsvård till stöd i det egna boendet som skett under flera år. Härigenom kom frågor rörande boendet, de sociala kontakterna och stödet i vardagstillvaron att ställas i förgrunden. För dessa frågor hade kommunerna redan tidigare ansvaret. I de allmänna motiven för reformen anfördes också den oklarhet som kommit att råda om ansvarsfördelningen genom utvecklingen av service och vård i hemmet, där människor ofta fick hjälp både från hälso- och sjukvården och

socialtjänsten och där dessa tjänster många gånger var utbytbara. Det uttrycktes i prop. 1990/91:14 också förhoppningen att det samlade ansvaret skulle förbättra effektiviteten inom verksamheten och öka möjligheterna för inflytande för den enskilde och till lokal anpassning.

Det bedömdes även att de ekonomiska prioriteringarna skulle bli lättare om en huvudman förfogade över merparten av resurserna för vård och omsorg och att det sociala synsättet på vård och omsorg skulle bli mer framträdande med ett enhetligt kommunalt ansvar. Betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade och för den långtidsvård, som även fortsättningsvis bedrevs av landstingen, skulle styra vården till rätt nivå – det blev mer kostsamt att vårda äldre inom den somatiska akutsjukvården när de inte längre behövde omsorg och vård på denna nivå. Detta ekonomiska storsystem syftade också till att landstingen skulle kunna renodla sin verksamhet och därigenom höja kostnadseffektivitet och kvalitet.

*Handikappreformen år 1994 gav rätt till service och stöd för funktionshindrade*

Handikappreformen genomfördes år 1994 och innebär en ny lagstiftning på handikappområdet: Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS). LSS är en rättighetslag som avser att garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder sådant stöd som kan undanröja svårigheter i den dagliga livsföringen. I lagen anges den personkrets som omfattas av lagen och de särskilda insatser som dessa personer kan ha rätt till. Rätten till assistansersättning (LASS) gäller under vissa förutsättningar för personer under 65 år som har behov av personlig assistans för sin dagliga livsföring mer än 20 timmar per vecka.

*Det nya generella statsbidragssystemet skulle ge alla kommuner och landsting likvärdiga ekonomiska villkor för att bedriva sin verksamhet*

Det statsbidragssystem som gällde fram till år 1992 bestod i huvudsak av specialdestinerade och prestationsrelaterade bidrag. Från och med den 1 januari 1993 infördes ett nytt generellt statsbidragssystem samtidigt som ett stort antal specialdestinerade bidrag togs bort. Det nya statliga bidragssystemet, som syftade till att ge alla kommuner och landsting likvärdiga ekonomiska villkor för att bedriva sin verksamhet, bestod av tre delar: utjämning av skatteinkomster upp till en för alla kommuner gemensam inkomstgaranti, utjämning av kostnader med hänsyn till skillnader i strukturella förhållanden i syfte att ge likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och landsting oavsett strukturella förhållanden och behov samt tillägg för befolkningsminskning.

Den 1 januari 1996 reviderades utjämningsystemet till att omfatta inkomstutjämning, kostnadsutjämning, generellt invånarbaserat bidrag och införanderegler för att reducera de omedelbara effekterna av omläggningen. I samband härmed förändrades principerna för beräkningen av den strukturbetingade utjämningen. För äldreomsorgen utgör ålders-

struktur, könsfördelning, fördelning på socio-ekonomisk bakgrund och andelen ensamboende de faktorer som bestämmer utjämningsbidragets/avgiftens storlek.

*Sedan år 1993 får kommunerna ta ut avgifter enligt grunder som kommunen själv bestämmer*

Avgifter för olika tjänster inom äldreomsorgen är en finansieringskälla, men kan också användas för att påverka efterfrågans omfattning och inriktning. Fr.o.m. den 1 mars 1993 infördes nya avgiftsbestämmelser som innebär att kommunerna får ta ut avgifter enligt grunder som kommunen själv bestämmer. Avgifterna får dock ej överstiga kommunens självkostnader. Den tidigare regleringen av det s.k. förbehållsbeloppet i särskilda boendeformer med helinackordering togs bort. Skillnaderna mellan kommunerna vad gäller andelen som finansieras med avgifter är mycket stora. Uppgifter om avgiftsfinansieringens storlek bör dock tolkas med viss försiktighet, eftersom en del kommuner endast redovisar avgifter för vård och omsorg under det att andra också inkluderar avgifter för kost och boende. Medianen för riket ligger på 9 %.

*Den kraftiga ökningen av entreprenadverksamheten har planat ut – resultatenheter är vanliga*

En strävan mot att utveckla alternativa driftsformer, konkurrens och brukarinflytande har också påverkat äldreomsorgens förutsättningar under 1990-talet. Under senare år har antalet entreprenader och tjänsteköp ökat vad avser särskilda boendeformer. Andelen personer som bor i särskilda boendeformer som drivs i enskild regi har nästan fördubblats mellan åren 1993 och 1996 och omfattar nu sammantaget nästan 10 % av de särskilda boendeformerna. Inom hemtjänstverksamheten skedde en kraftig expansion av entreprenadverksamheten under 1990-talets första år. Utvecklingen har härefter planat ut.

Under 1990-talet har många kommuner övergett den traditionellt anslagsfinansierade verksamheten och övergått till resultatenheter, "köp-sälj-system" eller kundvalssystem. I Socialstyrelsens enkätundersökning hösten 1993 uppgav 151 av landets kommuner att de infört resultatenheter inom äldre- och handikappomsorgen. Ytterligare 40 kommuner uppgav att de planerade att införa sådana. 37 kommuner tillämpade någon form av "köp-sälj-system" och fyra kommuner hade då infört system med service-checkar eller vouchers. Enligt Socialstyrelsens bedömning (Ädelreformen slutrapport 1996:2) pekar inga erfarenheter hittills på att införandet av ett "köp-sälj-system" i sig medför högre effektivitet inom äldreomsorgen.

I takt med att allt fler personer med utländsk bakgrund uppnår de åldrar, där mer omfattande behov av stöd och hjälp anmäler sig, anmäler sig frågan om lämpliga vårdformer för dessa personer. Redan idag finns ett begränsat antal verksamheter, som direkt riktar sig till vissa invandrargrupper. Dessa verksamheter drivs i allmänhet av grupperna själva med kommunalt stöd. Det gäller då i första hand grupper som varit länge i Sverige och där den etniska eller religiösa samhörigheten är stark.

De grupper som invandrat på senare tid kommer i stor utsträckning från länder, där omsorgen om vårdbehövande äldre anhöriga sköts inom familjens ram. I och med integreringen i det svenska samhället förändras förutsättningarna för omsorg inom familjen och det uppstår i stället ett behov av kommunal äldreomsorg. Genom att de personer i dessa grupper, som är i behov av stöd och hjälp, ofta är anhöriginvandrare, som kommit till Sverige vid relativt hög ålder och har begränsade kunskaper i svenska språket, krävs här särskilda insatser. Bland de åtgärder kommunerna skulle kunna vidta för äldre invandrare är inrättandet av dagcentra och särskilt boende med speciell inriktning på den ifrågavarande invandrargruppen. Ett dagcenter kan fungera som en plats för informationsförmedling för att underlätta för äldre invandrare, som begränsas i sina kontakter med det svenska samhället på grund av språksvårigheter. Kommunerna bör vidare eftersträva tvåspråkig personal i dessa verksamheter och personalen bör ges en utbildning för att öka förståelsen för de gamlas kulturella behov och önskemål. Frågan om minoritetsgruppers ställning i äldreomsorgen har behandlats i Minoritetsspråkskommitténs slutbetänkande (SOU 1997:192) som f.n. remissbehandlas

#### *Statlig kommitté utreder vården i livets slutskede*

Under de senaste decennierna har de flesta människor kommit att vårdas på sjukhus sin sista tid och dött där. Som en följd av Ädel-reformen bor och vårdas dock numera allt fler inom någon form av äldreboende eller i det egna hemmet under sin sista tid i livet. Enligt en nyligen utförd undersökning dör drygt 40 % av alla människor på sjukhus medan ungefär 50 % dör i särskilt boende eller i det egna hemmet. Detta innebär att det i allt högre grad blir kommunen som får ansvara för vården i livets slutskede. Hemsjukvård blir här allt vanligare, ibland kompletterad med dag-sjukvård på sjukhus, avlastningsplatser eller vård på hospice, dvs. en särskild vårdform för svårt sjuka eller döende personer. Det finns ett behov av att utveckla vården för de döende för att bereda dessa livskvalitet även i livets slutskede och en lugn och värdig död. På olika håll inom vården är emellertid personalen dåligt rustade att vårda svårt sjuka och döende människor och ge stöd åt närstående.

I syfte att förbättra kunskapen om hur människors liv gestaltar sig i slutskedet och få förslag till hur en god vård och en bra symptomlindring kan komma dem till del som har behov av sådan vård och behandling har regeringen gett direktiv till en utredning om vården i livets slutskede (dir.

### **5.3.8 Vård- och omsorgssystem i förändring – en sammanfattning**

De omvärldsförändringar som beskrivs i det föregående har i hög grad påverkat förutsättningarna för äldreomsorgens utveckling under 1990-talet och efter Ädel-reformen. Tunga bakgrundsfaktorer är befolkningsutvecklingen som genererat ökade vårdbehov och den svaga samhälls-ekonomiska utvecklingen som gjort det allt svårare att finansiera dessa ökade behov. Härutöver har strukturförändringar inom hälso- och sjukvården haft stor betydelse. Bland annat har antalet vårdplatser inom akut-sjukvården minskat starkt liksom vårdtiderna. Den medicintekniska utvecklingen har gjort att en allt större del av sjukvårdsverksamheten kunnat föras över i öppen vård. Dessa strukturella förändringar har i sin tur lett till ett ökat tryck på landstingens och kommunernas primärvård och på kommunernas socialtjänst.

Antalet bostäder inom i särskilda boendeformer ökade under 1990-talets första hälft, men har härefter stagnerat. Kommunernas särskilda boende har mer och mer fått ta över patienter som tidigare vårdades inom internmedicinen och geriatriken, bl.a. patienter i livets slutskede och patienter med långt framskriden demenssjukdom. I dag bor äldre människor med omfattande medicinska behov både i alla former av särskilt boende och i ordinärt boende. Detta har inneburit en generellt ökad vårdtyngd inom alla särskilda boendeformer, där framförallt demensvården är en växande uppgift, men även inom hemtjänsten och hemsjukvården.

Utvecklingen av hemvården har som tidigare framhållits inneburit att allt färre äldre personer får hjälp och hjälpinsatserna koncentreras till de allra äldsta och mest vårdbehövande. Men även i gruppen över 80 år har antalet personer med hjälp minskat sedan år 1992. Utvecklingen pekar mot en fortsatt omstrukturering av vård- och omsorgssystemet. Numera utförs allt mer av provtagning, diagnostik, behandling, eftervård, rehabilitering och terminalvård i landstingens och kommunernas primärvård. Denna utveckling ställer ytterligare krav på kvalitet, säkerhet, professionalisering och organisation av kommunernas vård och omsorg och på samverkan inom vårdkedjan mellan alla berörda vårdgivare.

## **5.4 Äldres situation inom vård och omsorg**

### **5.4.1 Förändring, goda exempel och brister**

Som framgått av det föregående har det under 1990-talet skett stora förändringar inom vården och omsorgen om de vårdbehövande äldre. Vård på sjukhus och institutionsliknande miljö har ersatts av vård i det egna hemmet eller i särskilt boende under hemliknande former. Genom förändringarna har också vårdpersonalens uppgifter och arbetssituation förändrats i mycket hög grad. Personalen har ställts inför helt nya krav, som

man inte alltid har varit utbildningsmässigt förberedd för. Behovet av samverkan mellan olika ansvarsområden har ökat starkt. Omställningen från vård i institutionsmiljö till en mer öppen vård och omsorg på äldre människors egna villkor har inte alltid gått friktionsfritt. Till detta kommer att resursbristen ofta tvingat fram hårda prioriteringar när det gäller hur insatserna skall fördelas.

#### *Ädel-reformen har noggrant följts upp och utvärderats*

Problem till följd av den genomgripande omstruktureringen vid Ädel-reformen var till viss del förutsedda. Som ett led i reformen fick Socialstyrelsen i uppdrag att noggrant följa och utvärdera dess effekter i olika avseenden under den inledande femårsperioden. Detta uppdrag har avrapporterats och Socialstyrelsen gavs ett nytt uppdrag av motsvarande karaktär för den följande treårsperioden. En första årsrapport från detta uppdrag redovisades hösten 1997. Regeringen tillsatte vidare år 1995 en särskild utredning för att undersöka hur äldre bemöts (Utredningen om bemötande av äldre, dir. 1995:159), som har lämnat betänkandet *Bemötandet av äldre* (SOU 1997:170). I det följande redovisas resultat från detta arbete.

#### *Brister har konstaterats, men också exempel på god verksamhet*

De ovan nämnda utredningarna har funnit många brister och förhållanden som måste rättas till. Att uppmärksamma sådana problem har varit utredningarnas uppgift, eftersom alla vårdbehövande äldre i Sverige – oavsett vilken kommun man råkar bo i – har rätt till en omsorg av god kvalitet, som tillgodoser krav på självbestämmande, integritet och respekt. En sådan probleminriktad beskrivning av äldre människors situation kan dock tendera till att bortse ifrån den goda verksamhet som bedrivs på många håll med knappa resurser. För att i någon mån balansera den negativa bilden har Bemötandeutredningen också tagit fram goda exempel på utveckling och hög vårdkvalitet. Andra goda exempel har kommit fram inom det s.k. Ädel-50-projektet (jfr nedan). Några av exemplen kommer att refereras i det följande. Det gemensamma för dessa är att de representerar konkreta insatser för att lösa den nya situation, som uppstått efter Ädel-reformen, och att förverkliga de intentioner som legat bakom reformarbetet.

### **5.4.2 Uppföljningen av Ädelreformen**

Socialstyrelsen fick hösten 1991 i uppdrag att under fem år följa Ädel-reformen med hänsyn till dess innehåll, kvalitet, kostnader och genomförande. Fem miljoner kronor per år anslogs till Socialstyrelsen för uppföljningen. Under åren 1992–1996 har ett stort antal studier genomförts, vilka har genererat en omfattande kunskapsproduktion. Forskare och sakkunniga vid högskolor och enheter för forskning och utveckling har genomfört ett 20-tal projekt och en lång rad centrala frågor har följts upp i

fleråriga projekt. Drygt 50 underlagsrapporter och fyra årsrapporter har publicerats och arbetet har presenterats vid ett 30-tal konferenser och seminarier per år.

Prop. 1997/98:113

*Uppföljningen av Ädel-reformen har försvårats bl.a. genom brister i statistik och redovisningssystem*

Det har dock funnits vissa begränsningar i möjligheterna att beskriva och värdera reformens konsekvenser. På en rad områden saknades uppgifter och data om hur äldreomsorgen såg ut och fungerade före Ädel-reformen. En mängd relevanta uppgifter saknas i den offentliga statistiken och redovisningssystemen hos kommunerna varierar i inriktning och omfattning. Det har också varit svårt att särskilja specifika effekter av reformen från vad som orsakats av andra pågående förändringar i såväl samhället i stort som på vård- och omsorgsområdet. Ofta har Ädel-reformen tillskrivits konsekvenser vilka berott på andra förändringar som inträffat samtidigt och som ofta inte haft något samband med reformen. Det har också varit svårt att finna underlag för generella slutsatser om reformens konsekvenser genom att förhållandena i de olika kommunerna varierar avsevärt och därmed förutsättningarna för reformens genomförande.

*Antalet medicinskt färdigbehandlade i sjukvården har minskat drastiskt*

I det följande ges en bild av äldres situation inom vård och omsorg med utgångspunkt från Socialstyrelsens slutrapport av Ädel-reformen (SoS följer upp och utvärderar 1996:2). Före reformen vårdades många äldre i akutsjukvårdens korridorer eller bodde under månader och ibland år i en vårdform som var avsedd för akut sjuka. I Ädel-reformen ingick ett ekonomiskt styrsystem – kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Detta innebär att när patienten är medicinskt färdigbehandlad, dvs. inte längre anses behöva den avancerade vård, som ges inom akutsjukvården eller den geriatrika vården, skall patientens behov av fortsatt vård och omsorg tillgodoses inom kommunen. Kommunerna nu skyldiga att svara för de fortsatta kostnaderna inom landstingets hälso- och sjukvård till dess det fortsatta vård- och omsorgsbehovet kan tillgodoses i t.ex. ett särskilt boende. Som en följd av detta betalningsansvar minskade antalet medicinskt färdigbehandlade inom akutvården och den geriatrika vården drastiskt redan första året efter reformens genomförande. Ett klassiskt problem inom vården, som också är internationellt mycket välbekant, hade därmed praktiskt tagit försvunnit. För många äldre har detta inneburit en tryggare och lugnare vårdmiljö i ett särskilt boende när det akuta stadiet av t.ex. en stroke avklingat. Men många äldre och anhöriga har också reagerat mot begreppet "medicinskt färdigbehandlad" – en svårbegriplig beteckning i de fall den äldre uppenbarligen är svårt sjuk och ibland inte har så lång tid kvar att leva. Allt fler äldre med restillstånd efter akuta sjukdomar liksom personer med demenssjukdomar har efter Ädel-reformen fallit under kommunernas ansvar.

Brister i kvaliteten i de medicinska insatserna och i omvårdnaden inom den kommunala äldreården är problem som ständigt återkommit i Socialstyrelsens uppföljningsrapporter. Förekomsten av trycksår och kvarliggande katetrar är omfattande i vissa verksamheter liksom förskrivningen av lugnande läkemedel. Uppföljning av läkemedelsordinationerna fungerar inte alltid tillfredsställande och brister har också uppmärksammats när det gäller vården i livets slutskede. Det har också noterats att det finns problem med undernäring bland äldre.

*Samverkan mellan huvudmännen fungerar inte tillfredsställande mellan huvudmännen – läkarnas medverkan i äldreården har minskat.*

Organisatoriska problem, brister i samverkan, vårdplanering och informationsöverföring samt det förhållandet att läkarna allt mer minskat sitt deltagande i den kommunala äldreården, återkommer i Socialstyrelsens årsrapporter. Rapporterna har visat på nya gränsdragningsproblem – problem som visserligen varit kända tidigare men som blivit alltmer synliga efter Ädel-reformen. Hit hör bl.a. det delade ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel. Problem med ett delat ansvar för hemsjukvården i många kommuner har också påtalats av Socialstyrelsen, som också föreslog att en särskild översyn skulle göras i frågan. Även om tillkomsten av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) påtagligt har höjt kommunernas kunskaper och medvetande om kraven på medicinsk kvalitet så bedömer Socialstyrelsen i sin slutrapport år 1996 att den sammantagna vårdkvaliteten på sina håll inte når upp till en tillfredsställande nivå.

*Regeringen har satsat på projekt för utveckling av samverkan och kvalitet*

Regeringen har mot bakgrund av de olika problem som under årens lopp beskrivits av Socialstyrelsen, tagit initiativ bl.a. till särskilda stimulans- och utvecklingsmedel. Redan hösten 1993 tog den dåvarande regeringen initiativ till ett särskilt stimulansbidrag på 50 miljoner kronor (Ädel-50) med syfte att stimulera kommunerna att utveckla kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Medlen har fördelats till mer än 100 projekt och uppdrag som rör bl.a. rehabiliteringsinsatser, rutiner och former för vårdplanering, dokumentation och informationsöverföring, vårdprogram, metoder för kvalitetssäkring, förbättrad läkemedelsanvändning, kostprojekt, rehabiliteringsverksamheter m.m. Året därpå uppmärksammades samverkansproblem på rehabiliteringsområdet och regeringen beslöt att avsätta särskilda utvecklingsmedel för att påskynda utvecklingen av och samverkan mellan huvudmännen på detta område. "Rehab Äldre 300" – 300 miljoner kronor – fördelades till huvudmännen utifrån antalet invånare, som är 65 år och äldre, när huvudmännen gemensamt kommit överens om en plan för hur pengarna skulle användas inom rehabiliteringsområdet. De olika länsplanerna visade på en stor mångfald och satsningen bedöms varit mycket lyckad och ha kommit i rätt tid.

Det kan i sammanhanget vara av intresse att se på hur ett av de lyckade Ädel-50-projekten arbetade och vilka resultat man uppnådde. Projektet ifråga har kallats Mimers källa och är ett kvalitetssäkringsprojekt i samverkan mellan Trelleborgs sjukvårdsdistrikt och Trelleborgs, Vellinge och Svedalas kommuner. Syftet har varit att studera övergången av äldre patienter mellan landstingsvård och kommunal vård, identifiera problem och ge förslag till åtgärder för att förbättra vårdkvalitén. Lokala arbetsgrupper har bildats under ledning av en gemensam styrgrupp. De lokala grupperna har också träffats i gemensamma stormöten. I grupperna har såväl de olika yrkesrollerna i vården som pensionärerna varit representerade. Man konstaterade vid probleminventeringen bl.a. att vårdplaneringen inte fungerade tillfredsställande, att läkarresurser måste knytas till de särskilda boendeformerna, att det fanns brister i informationen mellan läkarna i sjukhusvården, primärvården och patienterna samt att det saknades klara rutiner för informationsutbytet mellan vården vid sjukhuset och kommunerna. Åtgärdsförslag utarbetades och olika åtgärder genomfördes. Dessa avsåg bl.a. annat gemensam vårdplanering, s.k. kontaktkort för förmedling av viktiga uppgifter om patienterna, utskrivningsbesked med information till patienter/anhöriga och personal, igångsättandet av rehabiliteringsprojekt (med pengar från Rehab Äldre 300) m.m. Samtliga personer i särskilt boende fick en fast kontaktläkare. Ett resultat av verksamheten är att samarbetet mellan sjukvårdsdistrikten och kommunerna nu upplevs som mycket bättre. Man anser också att det råder en rimlig balans mellan sjukhusplatser och platserna i det särskilda boendet. Vissa brister återstår fortfarande att åtgärda och kvalitetssäkringsarbetet fortsätter.

### **5.4.3 Socialstyrelsens Äldreuppdrag**

*Ädel-reformen har följts upp genom ett nytt uppdrag*

År 1996 följde regeringen upp utvärderingen av Ädel-reformen genom att ge Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997 till 2000 följa utvecklingen på äldreområdet. Uppdragets inriktning är dels att följa hur kvaliteten i fråga om bl.a. trygghet och säkerhet utvecklas vad gäller vård mot livets slut, dels att belysa hur medicinska och omvårdnadsmissiga behov kan tillgodoses på ett värdigt, humanitärt och effektivt sätt vid vård i det egna hemmet. I uppdraget ingår också att bevaka hur äldres möjligheter att leva ett självständigt liv med god livskvalitet – även vid omfattande behov av personlig omvårdnad och vård – utvecklas med tanke på de omprioriteringar som sker inom äldreomsorgen.

I december 1997 överlämnade Socialstyrelsen en första sammanfattande årsrapport av det nya uppdraget. Rapporten bygger på underlag från olika studier och kunskapssammanställningar som bl.a. rör äldreomsorgen i kvantitativa mått, pensionärshushållens kostnader för äldreomsorg och sjukvård, brukarnas och anhörigas syn på äldreomsorgen, distriktsläkarnas insatser i äldreomsorgen, läkemedel och äldre, vården mot livets slut,

*Socialstyrelsen pekar i sin nya rapport på många brister*

Socialstyrelsen gör följande sammanfattning av äldres situation inom äldreomsorgen:

- Utvecklingen inom den sociala hemtjänsten kännetecknas av en lägre servicenivå och utarmning såtillvida att en tidigare mer generell tilldelning fått vika för en selektiv fördelning av insatserna. För att erhålla samhällelig äldreomsorg krävs idag i högre grad än tidigare att man är mycket vårdkrävande, ensamboende och utan närboende anhöriga.
- Framförallt i hemvården men också i det särskilda boendet saknas resurser, kompetens och en ändamålsenlig organisation för att på ett tryggt och säkert sätt ge en god vård i livets slut.
- Ett ökat avgiftsuttag drabbar många äldre, som väljer att inte begära hjälp eller avsäger sig den hjälp de redan har, trots att de fortfarande har behov av hjälp. Eftersom även en begränsad hemtjänstinsats kan ha ett viktigt förebyggande och psykosocialt värde, ifrågasätts effekterna på sikt av en sådan strategi.
- Psykiskt sjuka äldre får ofta inte tillgång till de förbättrade vård- och behandlingsmöjligheter som finns idag.
- Näringsproblem som tidigare inte blivit synliggjorda har nu uppmärksammas.
- Personalen har inte blivit kompetensmässigt rustad för de nya och alltmer komplicerade arbetsuppgifter som man möter i äldreomsorgen. Motsvarande kompetensförstärkning är också nödvändig för ledningsansvariga på olika nivåer i den kommunala äldreomsorgen.

*Landstingen har inte levt upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar – särskilt läkartillsynen för äldre måste väsentligt förstärkas*

Socialstyrelsen anser det angeläget att uppmärksamma bl.a. att landstingen inte levt upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar och att sjukvårdsinsatserna – särskilt utpekade läkartillsynen för äldre – väsentligt måste förstärkas. Ledningens ansvar måste tydliggöras och det åligger den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet. Enligt Socialstyrelsen är det också av största betydelse att få till stånd en förstärkt och integrerad tillsyn inom äldreomsorgen, både vad gäller resurser och sanktionsmöjligheter. Personalen måste ges bättre förutsättningar att klara de förändrade arbetsuppgifter och vårdssituationer som man möter idag. Det är också angeläget att stärka den enskildes ställning gentemot vård- och omsorgsgivare. Huvudmännen måste utveckla lokala överenskommelser och vårdprogram för att garantera trygghet och säkerhet i vården mot livets slut.

Hösten 1995 tog dåvarande socialministern initiativ till en utredning om hur äldre bemöts (dir.1995:159). I direktiven beskrivs företeelser som direkt eller indirekt handlar om brister i bemötandet av äldre – allt från subtila och ofta omedvetna kränkningar av äldres självkänsla och integritet i det vardagliga arbetet till brister i medicinsk omvårdnad och säkerhet – och på en mer strukturell och organisatorisk nivå – brister i information, handläggning av ärenden, rättssäkerhet, behovsbedömning vårdplanering, informationsöverföring, arbetsledning, kompetens osv. I direktiven antyds att brister i bemötandet kan vara ett uttryck för en mer eller mindre tydlig marginalisering och diskriminering av äldre med grund i ett tidigare rådande synsätt. "Vid seklets början framställdes ofta åldringen som en undergiven och tacksam understödstagare som förutsattes vara förnöjsam och tålmodig och som inte förväntades ställa krav på inflytande eller förändringar".

##### *Lågt antal anmälningar om brister i bemötandet av äldre*

Våren 1997 överlämnade utredningen ett kartlägningsbetänkande "Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51)". Utredningen har kartlagt anmälningar avseende brister i bemötandet av äldre genom kontakter med landstingens förtroendenämnder, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientförsäkringen, Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB), Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, länsstyrelser, anhörigföreningar, elever och lärare, fackliga organisationer, pensionärs- och handikapporganisationer, Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning och Svenska Kommunförbundets socialberedning. Utredningen konstaterar att antalet formella anmälningar som berör äldre är lågt jämfört med anmälningar som rör yngre personer och även i förhållande till att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder. Enligt utredningen är sannolikt mörkertalet stort angående faktiskt missnöje och upplevelser av brister i vård och omsorg.

##### *Enskilda rapporter dåligt bemötande*

En allsidig bild av brister i bemötandet av äldre kräver beskrivningar från många olika källor. Inte minst viktig är beskrivningen från de enskilda äldre som berörs och från deras anhöriga. Utredningen har haft omfattande kontakter med enskilda människor genom samtal, brev och personliga besök. De allra flesta kontakterna har förmedlat erfarenheter av bristfälligt bemötande, ibland diskriminerande behandling och övergrepp. Några få har tagit kontakt för att berätta om exempel på särskilt god vård och omsorg. Framförallt är det anhöriga som hört av sig men ett fåtal äldre har också själva berättat om missförhållanden. Det går heller inte, enligt utredningen, att utesluta att många är rädda för att framföra kritik.

Ibland anses berättelser från äldre och deras anhöriga som ett tämligen ovidkommande och anekdotiskt material. Starka känslomässiga inslag kan leda till att trovärdigheten ifrågasätts eller att krav på generaliserbar-

het eller objektivitet inte anses uppfyllda. I utredningen ges också enskilda berättelser ett eget värde som uttryck för hur människor i vården upplevt brister i bemötande och kvalitet.

### *Anhöriga och personal upprörs av brister i omvårdnaden*

Det som upprör anhöriga – men också företrädare för personal – allra mest är den bristande omvårdnaden av äldre, i synnerhet av människor med små eller inga förutsättningar att själva framföra klagomål. Många beskriver händelser som uppfattas som allvarliga psykiska och fysiska kränkningar, vilka påtagligt lett till försämrad hälsa, men det kan också handla om mer subtila sätt att kränka självkänsla och integritet. Att ge god omvårdnad handlar om kunnande, omtanke och varsamhet inför den enskilda människans behov.

Att få god och tillräcklig kost och dryck är exempel på självklar vardaglig omvårdnad där det ibland brister. Klagomålen handlar om kall och smaklös mat, ingen hänsyn till vad den enskilde tycker om eller ogillar, dålig kontroll av vad en glömsk person faktiskt äter, ett opersonligt sätt att mata den som behöver hjälp, bristande tid att göra måltider till trevliga stunder. Motsvarande gäller behovet att få tillräckligt mycket att dricka.

Att få läkemedel på ett säkert sätt är också ett område där kvalitetsbrister ofta påtalas. Många riktade studier av bl.a. Socialstyrelsen och Apoteket AB beskriver över- och undermedicinering, ohörsamhet mot givna ordinationer, dålig uppföljning i förhållande till den enskildes sjukdomshistoria och till den speciella kunskap som behövs för att ordinaera lämplig medicin till mycket gamla människor.

Att få hjälp att bli tvättad och ha rena kläder när man inte själv orkar eller kommer ihåg hur det skall gå till, hör också till det självklara i vardagen. Att få gå omkring med gröt på klänningen, lukta illa eller ha "fel" och ful klädsel är också ett utslag av bristande respekt för integritet och värdighet. Att få ha tillgång till personliga hjälpmedel är enligt anhöriga något som ibland försummas. Det kan handla om att behov av reparationer inte tillgodoses, att det inte finns batterier till hörapparaten, att man inte når larmklockan eller är demenssjuk och inte förstår hur den tekniska utrustningen fungerar.

Många berättelser handlar om bristen på innehåll i dagen, om önskan att få "guldkanter i tillvaron", om att få sina andliga behov tillgodosedda. Känslor av ensamhet, sorg, rädsla och hemlängtan behöver ett förstående gensvar liksom det är viktigt att kunna dela glädje, omtanke och trevliga minnen med någon. En god personlig omvårdnad är att se "till både kroppens och själens behov" .

### *Många goda exempel finns på målmedvetet arbete med kvalitetsutveckling...*

I syfte att skapa en mer balanserad bild av äldreomsorgens vardag efterlyste Bemötandeutredningen också goda exempel på målmedvetet arbete med kvalitetsutveckling. En förfrågan riktades till landets samtliga kom-

muner och landsting. Sammanlagt 101 kommuner, inklusive kommun- och stadsdelar, och 14 landsting skickade in exempel på utvecklingsarbete som rör bl.a. rehabilitering, insatser för personer med åldersdemens, stöd genom gruppverksamhet, "träffpunkter", dagvård, vård i livets slutskede, stöd till anhöriga, om hjälpmedel och förebyggande insatser, personalutveckling och utbildning, samverkan mellan huvudmän och mellan verksamheter, kvalitetsutveckling genom kontaktmannaskap och informationsrutiner, kvalitetssäkring, metodutveckling, brukarundersökningar, tillgänglighet och andra aspekter på fysisk miljö m.m. I en rapport "Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52)" redovisar utredaren en rad goda exempel på utvecklingsarbete inom äldreomsorgen.

*...till exempel en lärande organisation för kvalitetsutveckling i Västmanland...*

Projektet "Kvalitetsutveckling genom nätverk" i Västmanland har varit inriktat på frågan hur man skapar en lärande organisation inom äldreomsorgen. De som driver projektet är de kvinnor som arbetar i det särskilda boendet och inom hemtjänsten i elva västmanländska kommuner och sju kommundelar i Västerås. Personalen deltar i olika nätverksaktiviteter för att utbyta idéer och erfarenheter om sina verksamheter. En arbetsmetod som tillämpas är s.k. lärande granskning, dvs. att man genom att granska varandras sätt att arbeta kan föra fram konstruktiv kritik och lära av varandra. Man utarbetar också en handbok i lärande granskning som stöd för arbetet. I denna anges tre huvudområden för granskningen: Vilka förutsättningar har verksamheten? Hur utförs den? Vilket är dess resultat? Projektarbetet upplevs av de medverkande som mycket utvecklande.

*...hemtjänsten i Gällivare...*

Här har man valt att prioritera omvårdnadsbehov framför servicebehov. Individens sätts i centrum. Det gäller såväl vårdtagare som personal. Ett system har införts för att mäta hur stora behov varje vårdtagare har. Detta avgör budget och personaltätthet. Administrationen bantas och personalen tar ett större personligt ansvar. Man har också gjort en omfattande utbildningssatsning. Målet är att alla inom hemtjänsten skall ha minst gymnasiekompetens. Det rapporteras att personalen har vuxit och att de känner stolthet över sitt jobb! Det är viktigt, anser man, att alla stora förändringar är förankrade hos personalen. På gruppboendet Flottaren i Gällivare har personalen bestämt målen själva. Alla har fått säga sitt.

*...."Prima liv-stroke"-projektet i Skellefteå...*

Detta framgångsrika projekt handlar om utslussning för patienter som drabbats av stroke. En särskild strokegrupp har bildats och man har etablerat ett samarbete med studieförbund, pensionärsklubbar och handikappföreningar. Syftet är att stimulera deltagarna till social gemenskap, stötta

kvarboende i det egna hemmet och ge en viss avlastning för närstående personerna. Arbetet med stroke-patienterna ingår som en pusselbit i ett större mönster av mål och delmål för äldreomsorgen.

*...och demensprojektet i Lund*

I Lund möts anhöriga till demenspatienter i samtalsgrupper, där kurator och sjuksköterska ger information och stöd. De anhöriga möter människor i samma situation och får en möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser.

*Bemötandeutredningen pekar ut tre områden där det krävs förbättringar*

Den genomgång som utredaren gjort av äldreomsorgen kan sammanfattas som följer:

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

Utredningen pekar ut tre områden där det krävs förbättringar för att åtgärda brister i kvalitet och bemötande.

- Enskildas och anhörigas ställning i vården måste stärkas, förebyggande åtgärder i vid bemärkelse – bl.a. systematisk kvalitetssäkring,
- Utbildning, fortbildning och handledning, arbetsledning och arbetsorganisation – måste utvecklas
- Tillsynen måste förstärkas.

*Flera förslag från Bemötandeutredningen återkommer i denna proposition*

Våren 1996 skickade Bemötandeutredningen ut kartlägningsbetänkandet och ovannämnda rapport med goda exempel och inbjöd kommuner, landsting, myndigheter, organisationer, enskilda m.fl. till en bred debatt i form av en informell remiss inför arbetet med slutbetänkandet. Närmare 200 svar inkom, varav 150 i skriftlig form. En mycket omfattande remissammanställning redovisas i slutbetänkandet Bemötandet av äldre – trygghet, självbestämmande och värdighet (SOU 1997:170). Slutbetänkandet innehåller förslag till åtgärder på de tre områden som tidigare nämnts. Ett antal av dessa förslag har beretts inom regeringskansliet och återfinns bland de åtgärder för en bättre vård och omsorg som föreslås i denna proposition. Bemötandeutredningen har också avlämnat rapporter om "Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:76)", "Barns bilder av åldrande (SOU 1997:147)" och om "Omsorg om anhöriga (SOU 1997:187)". I samarbete med Socialstyrelsen har utredningen genomfört en intervjustudie som handlar om "Värdigt bemötande – går det att lära (SoS-rapport 1997:17)".

**Regeringens förslag:** Nationella mål för äldrepolitiken skall läggas fast. Målen omfattar en rad olika samhällssektorer. De kan brytas ned och konkretiseras inom olika verksamheter och för förhållanden som berör äldre.

Målen för den nationella äldrepolitiken är att äldre skall

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

Uppfyllelsen av de nationella målen skall regelbundet följas upp av regeringen, som också i anslutning härtill har att ge förslag till ytterligare åtgärder.

**Skälen för regeringens förslag:** Valförspolitikens mål är att ge alla förutsättningar att leva ett gott liv. Ett gemensamt ansvar för samhällets äldre personer är en av hörnstenarna i ett solidariskt samhälle. För ett rikt liv på ålderns höst behövs många saker. Pensionerna skall ge ekonomisk trygghet. Kulturen, föreningar, arbetslivet och andra delar av samhället skall bidra till en hög livskvalitet för äldre. Det skall vara möjligt att bo kvar i sin bostad som äldre, ha tillgång till ett gott socialt nätverk och fortsätta att delta i samhällslivet. Äldreomsorgen skall ge stöd när den egna förmågan sviktar. Hälso- och sjukvården skall finnas tillgänglig när den behövs.

Mångfalden av insatser och det faktum att flera huvudmän har olika ansvarsområden gör det önskvärt med nationella mål för äldrepolitiken. Det kommunala självstyret garanterar att många beslut fattas nära människorna och med hänsyn till lokala förhållanden, men samlade nationella mål som går över sektors- och lagområden gör att det gemensamma åtagandet blir tydligare. Det blir klara besked till medborgarna. Målen gör det lättare att dra åt samma håll och att mobilisera gemensamma resurser. Effekten av samhällets insatser blir större. Det blir också lättare att jämföra utvecklingen mot målen, att utkräva ansvar av de politiskt folkvalda. Nationella mål syftar på så sätt till att stärka demokratin.

I socialtjänstlagen anges att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund skall främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Det stadgas vidare att socialnämnden skall verka för att äldre människor får leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och med respekt för deras självbestämmande och integritet. I hälso- och sjukvårdslagen slås fast att målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det anges bland annat att vården skall vara av god kvalitet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Regeringen anser att dessa målsättningar, vilka riktar sig till verksamheter

inom vård och omsorg, skall kompletteras genom att samlade mål för äldrepolitiken läggs fast.

År 1991 antog Förenta Nationernas 46:e generalförsamling en resolution (nr 46/91) som innehåller en deklARATION med principer för äldre personer. I deklARATIONEN anges ett knappt tjugotal principer som föreslås vara vägledande vid utformandet av nationella program. Huvudrubrikerna i deklARATIONEN är *Independence, Participation, Care, Self-fulfilment* samt *Dignity* (oberoende, deltagande, vård, självförverkligande samt värdighet). Dessa principer ligger till grund för de nationella mål för äldrepolitiken som regeringen nu föreslår. Målen har dock anpassats till svenska förhållanden och vårt språkbruk.

De nationella målen skall ge en inriktning av den framtida äldrepolitiken. Att söka uppnå målen är en uppgift inte bara för regering och riksdag utan också för kommuner, landsting och myndigheter samt – från sina egna utgångspunkter – organisationer, näringsliv och inte minst för alla enskilda människor. Med utgångspunkt från målen kan kommunerna utarbeta lokala äldrepolitiska handlingsprogram.

Program och målsättningar kan formuleras på varje nivå ända till den enskilda arbetsplatsen. Flera kommuner har redan utifrån nu gällande lagstiftning utarbetat sådana. I en kommun anger man i "Mål och riktlinjer för äldreomsorgen" lagstiftningens innehåll, mål samt riktlinjer för verksamheten för en rad olika områden, bl.a. rättssäkerhet, boende, stöd till anhöriga, personal och samverkan. En annan kommun har beslutat om "Inriktningsmål och kvalitetsmål för äldreomsorg och handikappomsorg". I dokumentet beskrivs existerande målsättningar i ramlagstiftningen, inriktnings- och kvalitetsmål på övergripande nivå och för olika verksamhetsområden samt slutligen en rad mycket konkreta målsättningar, exempelvis: De boende skall, om de har förmåga till det, ges möjlighet att fatta beslut om möbleringen av sitt rum (valfrihet), den boendes önskemål om hur han vill bli tilltalad skall respekteras (integritet), den boende skall om han så önskar komma ut i friska luften minst två gånger per vecka (aktivt och meningsfullt liv). Dessa mål är föredömligt tydliga för äldre, deras anhöriga och för de anställda som skall förverkliga dem.

Även myndigheter och organisationer kan på detta sätt utarbeta särskilda äldreprogram inom sina ansvars- eller intresseområden. Hur de nationella målen uppfylls skall regelbundet följas upp av regeringen, som också har att ge förslag till ytterligare åtgärder i anslutning härtill.

## 6.1 Förslag till nationella mål för äldrepolitiken

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

**Äldre skall kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande.** Detta innebär bland annat att äldre skall

– *ha inflytande.* Den enskilde skall ha inflytande i samhället som boende, patient, mottagare av hemtjänst eller i andra sammanhang. Äldre bör finnas representerade bland förtroendevalda i kommuner, landsting och riksdag. Pensionärsorganisationernas möjlighet att medverka i processen inför beslut i kommuner och landsting som rör äldres förhållanden skall tas tillvara.

– *kunna arbeta om de själva vill det.* Övergången från arbetslivet till pensionärstillvaron skall underlättas. Många vill arbeta, men önskar dra ner på tempot. Det skall vara möjligt att påverka sin arbetstid.

– *ha möjlighet att förmedla sina erfarenheter till yngre generationer.* Äldres erfarenheter är värdefulla. I arbetslivet, i familjen, inom organisationer, i skolan, i den högre utbildningen och i det politiska livet behövs kunskaper om gångna tider, om kulturarvet och andra länders kulturer och om livet självt.

– *få möjlighet att lära nytt.* Äldres lust och förmåga att få nya kunskaper, färdigheter och intressen skall tillgodoses. Föreningslivet, men också utbildningsväsendet kan bidra. När framtidens informationssamhälle växer fram skall de äldre finnas med.

**Äldre skall känna trygghet och leva ett oberoende liv.** Detta innebär bland annat att äldre skall

– *ha en tryggad ekonomi.* Pensionssystemet skall vara pålitligt och följsamt mot samhällsekonomin. Det skall också ha en bred politisk förankring så att det inte ändras av majoritetsväxlingar i riksdagen.

– *kunna påverka när de vill pensioneras.* Det nya pensionssystemet öppnar för möjligheten att gå i pension från 61 års ålder. Det är rimligt att regler anpassas så att det blir möjligt att påverka tidpunkten för pensioneringen.

– *kunna leva ett så självständigt liv som möjligt.* Att åldras innebär att krafterna så småningom avtar eller att man blir sjuk. Vård, omsorg, rehabilitering och annan hjälp skall inriktas på att stödja den enskildes oberoende. Även den som blir helt beroende av exempelvis äldreomsorgens eller sjukvårdens insatser skall ges möjlighet att påverka sitt liv och sin vardag.

– *inte behöva flytta på grund av sjukdom eller handikapp.* Bostäderna bör redan från början, vid nybyggnad eller ombyggnad, anpassas till människor med funktionshinder. Den som så önskar skall kunna bo kvar i sin ursprungliga bostad och så långt det är möjligt få sina vårdbehov tillgodosedda i hemmet.

– *kunna röra sig i bostadsområden, i butiker och restauranger, på gator och med kollektivtrafik.* Samhället skall planeras på ett sådant sätt att äldres behov av tillgänglighet till allmän service tillgodoses.

– *känna sig trygga både hemma och ute på gator och torg.* Brottsligheten skall bekämpas. Rån och inbrott förändrar för alltid tillvaron för dem som drabbas och skrämmer både dem och andra. Det brottsförebyggande arbetet har stor betydelse för att skapa trygghet för äldre.

**Äldre skall mötas med respekt.** Detta innebär bland annat att äldre skall – *inte diskrimineras på grund av sin ålder*. Alla människor – äldre som yngre – skall behandlas rättvist, jämlikt och med aktning oavsett ålder, kön, ekonomiska förutsättningar, ras eller etnisk bakgrund, funktionshinder eller annan omständighet.

– *ses som individer*. Precis som bland yngre människor skiljer sig intressen och förmågor, hälsa, tillgångar, behov och kulturell bakgrund. De individuella behoven eller önskemålen skall vara avgörande.

– *inte utnyttjas eller bli illa behandlade*. Äldre människor i vård och omsorg kan befinna sig i en utsatt situation. Vårdslös behandling, nonchalans och nedlåtande tilltal är inte acceptabelt. Den som är helt beroende av vårdens hjälp drar sig för att anmärka på brister. Genom personalens yrkesansvar, god arbetsledning och effektiv tillsyn skall brister i vård och omsorg motverkas.

– *behandlas med respekt*. Äldre har värdefull livserfarenhet och har bidragit med viktiga insatser i arbetslivet och familjen. De som är yngre har anledning att visa äldre särskild respekt.

**Äldre skall ha tillgång till en god vård och omsorg.** Detta innebär bland annat att äldre skall

– *så långt möjligt ges möjlighet att bo kvar hemma i sin ursprungliga bostad så länge som de själva önskar*. I hemmet skall man kunna få hjälp och stöd i den dagliga livsföringen. Man skall också kunna få hjälp med personlig omvårdnad eller sjukvård. De anhöriga skall ges stöd för sina insatser.

– *kunna flytta till en särskild boendeform om vårdbehoven är stora*. Om behoven är stora och omfattande eller om man inte känner sig säker och trygg där skall man kunna flytta till en särskilt anpassad boendeform.

– *ha tillgång till en vård och omsorg som passar alla*. Sveriges allt mer mångkulturella karaktär reser nya krav på att utforma äldreomsorgen med hänsyn till människor med olika språk och ursprung.

– *ha tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som yngre människor*. Hälso- och sjukvården skall vara lika tillgänglig för äldre som för yngre medborgare. Vården får inte begränsas genom åldersgränser.

– *kunna lita på att vård och omsorg har god kvalitet*. Människovärde, individuella behov och önskemål, integritet, självbestämmande och värdighet skall respekteras. Det betyder till exempel att själv få välja sina sovtider, att maten är näringsriktig och serveras på normala tider samt att få äta det man tycker om. Det betyder också att hygien är god och att läkemedel används korrekt.

– *kunna lita på att personalen kan sina saker*. De som arbetar i vård och omsorg har mycket viktiga och ansvarsfulla uppgifter. Grundutbildningen skall vara gedigen och anpassad till dagens situation. Fortbildning måste ges kontinuerligt. Personalens erfarenhet och engagemang måste tas tillvara. Arbetsorganisation och medinflytande på arbetsplatsen skall utvecklas.

– *få avsluta livet med värdighet och i frid*. Vården i livets slutskede skall vara av hög kvalitet. Lindring av smärta eller andra obehag, kärleksfull omvårdnad och en fridfull miljö är viktiga inslag. Personliga önskemål

skall tillgodoses så långt det är möjligt. Hjälpen skall finnas där man är, ingen skall behöva flytta mellan olika boenden och sjukhus i onödan. Ingen skall behöva dö ensam.

## 6.2 Ett solidariskt samhälle för alla åldrar

Ett gott samhälle för alla åldrar måste byggas på solidaritetens grund. Med utgångspunkt i varje människas lika värde blir det gemensamma ansvarstagandet en sammanhållande kraft i samhället. Generationerna hålls samman av den övergripande uppgiften att ge varje människa möjligheter att leva ett gott liv. Det finns därför några självklara grundpelare i välfärdssamhället, en god start i livet för varje barn, vård och omsorg för sjuka och funktionshindrade samt en trygg ålderdom.

### *Behoven ska styra*

Den gemensamma finansieringen av vård och omsorg är en naturlig följd av solidaritetens principer. Den är grunden för ett system där var och en får hjälp och stöd efter behov – oberoende av personlig ekonomi, social bakgrund, kön eller ålder. Den demokratiska styrningen är nödvändig för att utvecklingen av vård och omsorg sker i enlighet med allmänintresset och med hänsyn till särskilt utsatta och röstsvaga grupper.

Att helt låta marknadskrafterna styra tillgången och fördelningen av vård och omsorg framstår som en orimlig lösning för de allra flesta i vårt land. Renodlade försäkringslösningar är inte förenliga med den solidaritetsidé, som är en av hörnstenarna i det svenska välfärdssamhället. De som har de största hälsoriskerna och vårdbehoven har ofta de lägsta inkomsterna. Försäkringspremier som sätts utifrån individens hälsorisker utesluter solidarisk fördelning. I förlängningen skulle sådana system bryta sönder det gemensamma ansvaret och sammanhållningen i samhället.

Ett viktigt inslag i det solidariska samhället är ömsesidigheten. Folket är inte uppdelat i de som ger och de som får, inte i närande och tärande. Tvärtom har alla människor något att bidra med. Detta gäller även när någon är mycket gammal eller mycket sjuk. För dem som arbetar i vård eller omsorg är detta uppenbart. Ömsesidigheten i vårdrelationen är en av nyckelfrågorna i vårdarbetet. Men även om alla skulle kunna bidra så är det inte alla som ges möjligheten. Det finns allt för många hinder för äldres delaktighet i samhällslivet.

### *Attityderna till äldre måste ändras*

Många av frågorna i äldrepolitiken bottnar i våra attityder gentemot äldre. Det ligger i sakens natur att detta inte enkelt och enbart låter sig påverkas genom politiska beslut. Det är snarare en öppen diskussion som krävs och i förlängningen en rad olika åtgärder som kan driva utvecklingen åt rätt håll.

Attityder, förväntningar och förhållningssätt gentemot äldre avspeglas på olika sätt i samhällslivet, ofta uttalat eller underförstått. Ett exempel

är olika skrivna eller oskrivna åldersregler inom arbetslivet, vården eller politiken. Det berättigade i dessa regler behöver granskas ingående. Målet måste vara att i alla sammanhang avlägsna alla obefogade åldersstreck. Detta kräver uppenbart en bred folklig förankring för ett förändrat synsätt.

Dagens samhälle är i många avseenden extremt ungdomsfixerat. Hälsa och kroppsliga företräden tillmäts mycket stort värde. De unga och medelålders smak och åsikter dominerar i hög grad kulturliv och samhällsdebatt. Det finns ett stort behov av att åstadkomma en annan balans i värderingarna när det gäller synen på människor i olika faser av livet och vad de kan bidra med respektive har rätt att förvänta sig. Ett erkännande av att "alla behöver behövas" är en god grund för resonemanget. Att alla – gamla som unga – både vill och bör bidra i samhället står inte i strid med respekt och gemensamt ansvarstagande för dem som inte längre kan klara sig utan hjälp. Tvärtom kan det vara en väg att minska risken för passivitet, övergrepp eller nedlåtande behandling för gamla, som genom sjukdom och åldrande förlorat sina sociala kontakter eller viktiga delar av sin förmåga till självbestämmande.

### *Brott skall förebyggas*

Även om äldre inte tillhör någon av de grupper i samhället som löper störst risk att utsättas för brott, måste oron för brott tas på största allvar. Såväl brottsligheten i sig som oron för brott kan utgöra ett påtagligt hot mot livskvaliteten hos de äldre. Det brottsförebyggande arbetet är därför av central betydelse, lokalt har kommunerna en viktig roll. Genom samarbete mellan olika aktörer som kommuner, näringsliv pensionärsföreningar och andra frivilligorganisationer finns goda förutsättningar att öka tryggheten för de enskilda medborgarna. Polisen har självklart en viktig roll i det brottsförebyggande arbetet, både i det lokala samarbetet och för att klara upp begångna brott. Närpolisen skall öka kontakterna med medborgarna och arbeta på ett problemorienterat sätt för att öka insatserna mot vardagsbrottslighet. Detta är av stor vikt för att äldre – och unga – skall kunna känna sig trygga i sin närmiljö.

### *Äldre skall ha möjlighet att arbeta*

Ett annat problem är trenden att allt fler lämnar arbetsmarknaden i förtid. Denna måste brytas. Under den senaste tjugoårsperioden har antalet personer som lämnat arbetsmarknaden i förtid ökat mycket starkt. Dessutom är det allt färre som fortsätter att arbeta efter 65 års ålder. Det är oroande att så många inte orkar arbeta fram till pensionsåldern. Samtidigt är många som lämnat arbetsmarknaden av åldersskäl fullt kapabla att fortsätta sitt yrkesarbete, men har av olika skäl – avgångsregler, brist på lämpligt arbete, förmånliga avgångserbudanden – valt eller tvingats att avstå. En del av dem som avgått frivilligt hade förmodligen velat fortsätta ytterligare en tid, om de kunnat göra sitt yrkesarbete mindre kravfullt och friare. Andra har känt krafterna svikta och välkomnat möjligheten att få gå. Det finns uppenbart ett stort behov av ett mera flexibelt förhållande till

människors yrkesarbete som äldre. På sikt kommer den nuvarande trenden mot ökad förtida avgång från arbetslivet att vara ohållbar, såväl för samhällsekonomin som för välfärdssystemet. Allvaret i denna fråga får inte överskuggas av de aktuella problemen på arbetsmarknaden. En långsiktig förändring av regler, villkor och attityder är nödvändig. Detta kräver en bred och inträngande diskussion för att undvika att frågan uppfattas som uttryck för en konkurrens mellan generationerna i en tid av omfattande arbetslöshet bland de unga.

### 6.3 Resurser för en offensiv äldrepolitik

Den grundläggande förutsättningen för ett gott liv för äldre människor i vårt samhälle, både när det gäller ekonomisk trygghet och möjligheterna att erbjuda vård och omsorg av hög kvalitet, är en stabil samhällsekonomi. Regeringens högst prioriterade uppgift blir därför också i detta sammanhang att stärka den ekonomiska tillväxten, bekämpa arbetslösheten och öka sysselsättningen.

#### *Det krävs större resurser till vården och omsorgen*

De resurser som avsätts till vård och omsorg är betydande. Men det ökande antalet äldre gör att behov av att omfördela resurser till omsorgen under de kommande decennierna kan förutses. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) analyserade i sitt delbetänkande 1996:163 utvecklingen av framtida behov och tillgängliga resurser i hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen. Slutsatsen blev att det under det kommande decenniet fanns en risk för ett betydande gap mellan behov och resurser. Utredningens beräkningar baserade sig på en rent demografisk framskrivning och är därmed behäftade med en stor grad av osäkerhet när det gäller det faktiska framtida resursbehovet. Regeringens bedömning är att den ekonomiska tillväxten, sysselsättningen, förändringarna av hälsoläget i stort samt den medicinska utvecklingen, exempelvis avseende behandling av demenssjukdomar eller möjligheterna till rehabilitering, är faktorer som har avgörande betydelse för möjligheterna att finansiera vård och omsorg i framtiden. Den förväntade ökningen av antalet äldre och därmed sammanhängande krav på äldreomsorg, sjukvård och pensioner måste också ses i ett historiskt perspektiv. Storleksordningen på den utmaning som väntar är inte större än den som landet klarat av under senare decennier.

Regeringen har redan aviserat och delvis beslutat att höja de generella statsbidragen till kommunerna och landstingen med 16 miljarder kronor under åren 1997–2000 för kärnverksamheterna, dvs. vård, skola och omsorg. Regeringen har idag i den ekonomiska vårpropositionen (1997/98:150) föreslagit ytterligare höjningar av statsbidragen i kommuner och landsting. Regeringens bedömning är att dessa medel ger möjlighet att inom äldreomsorgen öka tillgången på personal, garantera medicinsk kompetens och förhindra människor i onödan skickas runt mellan olika vårdgivare. Vidare möjliggörs att stärka patientens ställning,

öka tillgängligheten och minska väntetiderna i sjukvården. Regeringen avser att även framgent noga följa utvecklingen av såväl resursbehoven som det samhällsekonomiska utrymmet. Prop. 1997/98:113

### *Avgifterna får inte vara oskäliga*

Nära kopplad till frågan om resurser för äldreomsorgen är också de äldres avgifter. Idag utgör avgifterna i genomsnitt 9 % av finansieringen av äldreomsorgen, men avgiftsnivån skiftar mellan kommunerna. Vård och omsorg skall i grunden finansieras gemensamt via skatten. Regeringens bedömning är att allt för höga avgifter för vissa äldre undergräver viljan att delta i den gemensamma finansieringen och på sikt hotar förtroendet för det solidariska systemet. Studier har visat att avgifterna i vissa fall satts så höga att andra aspekter på den äldres liv inte längre kunnat tillgodoses och make/maka fått vidkännas allvarliga försämringar för sin livsföring. Det är också viktigt att kommunerna anpassar avgiftsuttaget så att inte orimliga effekter uppkommer för anhöriga till dem som behöver vård.

### *Personalförsörjningen måste tryggas*

Inom vården och omsorgen är det personalen och deras kunnande som är den viktigaste resursen. Det ökande antalet äldre och därmed ökande vårdbehov under kommande år kräver en framsynt hantering av personalförsörjningsfrågorna. Tillgången på välutbildad personal påverkas av konjunkturen och dagsaktuella faktorer, men är också beroende av långsiktiga beslut om exempelvis dimensionering av högskoleutbildning. Redan idag märks en begynnande brist på personal i äldreomsorgen. Bristen omfattar såväl undersköterskor och sjuksköterskor som allmänläkare. På något längre sikt kommer de stora pensionsavgångarna att skapa stora behov av ersättningsrekrytering. Vidare har delar av utbildningssystemet inte förändrats i takt med de stora förändringarna inom äldreomsorg och sjukvård. Detta kan på sikt orsaka ytterligare brist på adekvat utbildad personal.

Äldreomsorgen är en framtidsbransch där en stimulerande utveckling kan förutses. Vårdarbetet är både viktigt för samhället och stimulerande för individen. Det är av avgörande betydelse att vårdarbetet görs attraktivt för unga människor. En förändrad arbetsorganisation där hierarkier bryts ned och de anställdas individuella erfarenheter, kunskaper och engagemang tas till vara är en nödvändig del i utvecklingen. Invandrare med utländsk yrkesutbildning kan utgöra ett viktigt tillskott till personalen i vård och omsorg, särskilt med tanke på att allt fler äldre är av utländsk härkomst. Vidare skall försöksverksamheten med eftergymnasial kvalificerad yrkesutbildning utökas och behoven på vårdområdet uppmärksammas.

Regeringens bedömning är att särskilda insatser krävs för att trygga det framtida behovet av personal inom vård och omsorg. Regeringen avser

därför att ta initiativ till åtgärder i samverkan med kommuner och landsting.

Prop. 1997/98:113

### *Öka stödet till anhöriga*

Äldreomsorgen berör i hög grad också anhöriga och närstående, både genom sitt engagemang i den äldres situation och genom praktisk hjälp. För detta är de beroende av hjälp och stöd från de yrkesverksamma på området. Deras begränsningar som följd av det egna livets krav måste förstås och accepteras. Under sådana omständigheter är arbetet för närstående äldre både stimulerande och känslomässigt mycket värdefullt. Även de frivilliga som arbetar med äldre frågor har behov av motsvarande stöd och rådgivning. Regeringen anser att särskilda resurser bör anslås till att utveckla stödet till anhöriga och frivilliga.

### *Fler platser i äldreboende*

Boendeförhållandena för äldre tillhör de områden, där förändringarna på senare år varit mycket positiva, också vad gäller det särskilda boendet för vårdbehövande äldre. De boendes behov av självständighet och integritet är dock inte tillgodosett överallt. Antalet platser i särskilt boende är också otillräckligt. Regeringen vill därför avsätta ytterligare resurser för att ge fler platser i äldreomsorgen samt en bättre kvalitet i befintliga boenden.

## 6.4 En god vård och omsorg

En god vård och omsorg för äldre är ett bärande element i välfärdssamhället. Äldreomsorgen och sjukvården är väl utbyggda men förutsättningarna för organisation, finansiering och utveckling av den offentliga vården och omsorgen har förändrats påtagligt under de senaste decennierna. Befolkningsutvecklingen har skapat ökande vårdbehov samtidigt som den svaga samhällsekonomiska utvecklingen gjort det allt svårare att finansiera dessa. Strukturella förändringar inom vård- och omsorgssystemet, framförallt Ädel-reformen och det kraftigt minskade antalet platser vid akutsjukhusen, har ökat trycket på landstingens primärvård, på kommunerna och på de anhöriga. Allt fler äldre och svårt sjuka människor vårdas idag i den egna bostaden eller i kommunernas särskilda boende. Nya "gråzoner" och brister i samverkan och organisation mellan huvudmännen skapar problem för enskilda. Skillnaderna mellan olika kommuners äldreomsorg är stora. Många människor känner oro och otrygghet inför den framtida utvecklingen.

### *Ädel-reformens inriktning står sig – men de medicinska bristerna skall åtgärdas*

Regeringen vill understryka att Ädel-reformens intentioner fortfarande står sig. Betoningen av sociala aspekter och att stödja det friska hos dem som behöver vård och omsorg är riktig. Fortfarande finns det inslag i framför allt sjukhemsvården där gamla sjukhustraditioner lever kvar.

Samtidigt är det uppenbart att de medicinska bristerna i äldreomsorgen måste åtgärdas. Några nya huvudmannaskapsförändringar är inte aktuella. Dagens problem måste därför lösas i samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner. De ökade statsbidragen till kommuner och landsting måste enligt regeringens bedömning leda till konkreta resultat. Statsbidragen ger möjlighet att behålla eller rekrytera personal. Landstingen måste också leva upp till sitt ansvar för att läkartillgången i de särskilda boendeformerna och i eget boende säkerställs. Gamla skall inte behöva skickas till sjukhusens akutmottagningar på grund av att personalen i kommunens äldreboende inte får kontakt med landstingets läkare. Kommunerna måste å sin sida ha beredskap att ta emot gamla som skrivs ut från sjukhus. Konflikter mellan huvudmän rörande betalningsansvaret för enskilda patienter måste lösas. Dessa och andra exempel på brister i samverkan bör lösas genom lokala överenskommelser mellan huvudmännen. Regeringen avser för sin del ta initiativ till samverkan med kommun- och landstingsförbunden.

### *Hemtjänsten kan förebygga ohälsa*

Folkhälsoarbete för äldre innebär att skapa en jordmån som främjar och bevarar det friska, att ge förutsättningar för ett meningsfullt och oberoende liv så länge som möjligt. Detta är också viktiga kännetecken för en framsynt äldrepolitik. De äldres behov av vård och omsorg är inte absoluta och opåverkbara. Hemtjänsten har på senare år i allt högre grad koncentrerat sina insatser till dem med de största vårdbehoven. Personer med mindre behov får sällan hemtjänst. Men det är viktigt att se värdet av hemtjänst också som en förebyggande verksamhet. Exempelvis kan regelbundna besök av hemtjänsten ha stort socialt värde och ge en ökad trygghet. Det kan också bidra till att skjuta upp behovet av tyngre insatser eller flyttning till särskilt boende. Regeringens bedömning är att folkhälsoarbetet bland de äldre behöver förstärkas i syfte att ge bättre hälsa och ökat oberoende. Den uppsökande verksamheten bland de äldre i förebyggande och hälsofrämjande syfte bör utvecklas.

Äldre med psykisk sjukdom är en grupp som bör ägnas särskild uppmärksamhet inom ramen för Äldreprojektet. Boende, vård, omsorg, anhörigstöd, statistik och vårdprogram är några områden som måste förbättras för denna grupp.

### *Bättre äldreomsorg: Mer personal, bättre forskning och utveckling, fortbildning samt kvalitetsarbete*

Regeringen anser att kvalitet och resultat kan förbättras. Detta kräver en tillräcklig personalbemanning, vilket på många håll betyder ett ökat antal anställda. Därutöver krävs bättre organisation, arbetsmetoder, arbetsledning och utbildning samt en gemensam vårdideologi.

Olika studier och forskning tyder på att befintliga resurser inte alltid kommer rätt person till del, i rätt tid, rätt omfattning eller på rätt sätt. Det finns bl.a. stora olikheter mellan kommunerna i fråga om biståndsbe-

dömning och hur mycket resurser kommunen använder för ett givet behov.

Det behövs en kraftigt ökad satsning på forskning och metodutveckling som följer och utvärderar effekterna av olika insatser för att på sikt skapa en bättre vård och omsorg och för att bättre hushålla med resurserna. Behoven av förbättrad utbildning och fortbildningsinsatser för olika personalgrupper får inte hamna i motsatsställning till behoven av mer personal. Hur äldreomsorgen utvecklas beror till stor del på vilket stöd personalen får, vilka möjligheter man har att utvecklas, stimuleras och känna trygghet och yrkesstolthet genom återkommande påfyllning av nya kunskaper.

Det är en självklarhet att personalen är äldreomsorgens viktigaste resurs. Äldreomsorg och äldresjukvård är ett kvalificerat yrke som måste vila på en god kunskapsgrund, som fortlöpande förnyas och utvecklas genom ett väl fungerande forskningssystem. Det måste finnas tillräckligt med personal med god grundutbildning och väl utbildade arbetsledare. Personalens vidareutveckling och engagemang måste stödjas genom fortbildning och kvalitetsarbete.

Kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen och äldresjukvården behöver stöd till kraftfull vidareutveckling. Regeringen föreslår nu förändringar i lagstiftningen, som skapar förutsättningar för ett offensivt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Utvecklingen inom äldreområdet präglas av stora förändringar, som måste mötas med nytänkande och kreativitet. Därför kan det också behövas särskilda medel till regeringens disposition för insatser som syftar till konstruktiva förändringar och nytänkande när det gäller det bästa sättet att möta äldres behov, förbättra villkor och skapa nya möjligheter.

#### *Missförhållanden måste anmälas!*

Förtroendet för vård och omsorg kräver en god kvalitet och att åtgärder vidtas snarast i de fall missförhållanden i vården uppkommer. Omsorgstagare och anhöriga vågar på grund av sin beroendeställning inte alltid anmäla brister. Personal kan å andra sidan av kollegiala hänsyn eller andra skäl tveka inför att påpeka missförhållanden. Regeringen föreslår därför att personalen skall ha en skyldighet att anmäla missförhållanden till tillsynsmyndigheterna.

#### *Tillsynen skall förstärkas*

Ansvar för en god kvalitet och undvikande av fel och brister ligger hos den som bedriver en vårdverksamhet. Grunden läggs genom god arbetsorganisation, kompetent och tillräcklig personal och egen uppföljning av verksamheten. Därutöver krävs effektiv tillsyn för att säkra god och jämförbar kvalitet i vård och omsorg i olika delar av landet. Regeringens bedömning är att tillsynen över äldrevården behöver förstärkas ytterligare. Därför föreslås att tillsynsmyndigheterna tillförs ytterligare medel. Det är av stor vikt att denna också inriktas på att förebygga uppkomsten av fel och brister.

Regeringen har ovan redovisat sin bedömning av inriktningen av äldrepolitiken inom ett antal viktiga områden. I det följande redovisas förslag som avser att bidra till att lösa akuta problem, påbörja långsiktiga lösningar och stödja utvecklingen inom området.

Äldrepolitiken i den vida mening som tidigare beskrivits berör de flesta samhällsområden. Förutsättningarna påverkas av en rad faktorer som över tiden kräver stor uppmärksamhet, initiativkraft och anpassning.

De förslag som nu presenteras är avsedda att undanröja vissa brister inom främst äldreomsorgen. Andra problem kräver ytterligare kartläggning, utredning eller förankring innan de kan lösas. Regeringen avser därför att under den treårsperiod som Äldreprojektet pågår återkomma dels med förslag till riksdagen, dels genom initiativ i andra sammanhang.

## 7 Åtgärder för att utveckla äldrepolitiken

### 7.1 Ökade resurser

Det har i olika sammanhang i denna proposition konstaterats att resurser behöver tillföras äldreomsorgsområdet.

För att ge nödvändig förstärkning av resurserna till bl.a. denna kärnverksamhet har regeringen redan tidigare föreslagit en höjning av statsbidragen till kommuner och landsting med sammanlagt 16 miljarder kronor under åren 1997–2000. Regeringen angav då att den förväntade sig att kommuner och landsting inom ramen för sitt verksamhetsansvar och den frihet som det generella statsbidraget ger, skulle göra prioriteringar som bl.a. främjar sysselsättning och kvalitet i äldreomsorgen.

Regeringen har i dag i den ekonomiska vårpropositionen (1997/98:150) föreslagit ytterligare höjningar av statsbidragen till kommuner och landsting. Regeringens bedömning är att de ökade statsbidragen ger kommuner och landsting förutsättningar att åstadkomma betydande förbättringar inom äldreomsorgen i enlighet med de prioriteringar som anges i denna proposition om äldrepolitiken.

Regeringen föreslår i denna proposition att ytterligare 400 miljoner kronor anslås för att stimulera uppbyggnad och anpassning av bostäder och andra lokaler avsedda för äldre personer. Vidare föreslås att 300 miljoner kronor anvisas för andra strategiska åtgärder, bl.a. för att stimulera anhörigvården. Dessutom skall satsningar göras på fortbildning, forskning och utvecklingsinsatser. 200 av de 300 miljonerna skall utgöra en permanent förstärkning. Resterande 100 miljoner kronor är en förstärkning under den kommande treårsperioden. Efter tre år är det möjligt för regeringen att göra omprioriteringar inom området. Medelstillskotten har beaktats i förslaget till ram för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, som redovisas i den ekonomiska vårpropositionen för 1998 (1997/98:150).

Som tidigare har beskrivits i denna proposition föreligger ett antal tydliga bristområden. Med utgångspunkt ifrån dessa anser regeringen att

följande prioriteringar skall vara vägledande när kommuner och landsting förstärker insatser som har stor betydelse för de äldre:

- Fler anställda i äldreomsorgen.
- Förbättrad samverkan mellan huvudmännen i syfte att åstadkomma en högre kvalitet och ökad kontinuitet i samhällets insatser
- Bättre tillgång till medicinsk kompetens i hemsjukvården och de särskilda boendeformerna inom den kommunala äldreomsorgen. En ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen och i äldrevården är av central betydelse.
- Patientens ställning stärks och tillgängligheten inom hälso- och sjukvården förbättras.
- Ökad kompetens hos personalen för att möta nya och förändrade arbetsuppgifter samt en utvecklad arbetsorganisation och ett tydligare ledarskap. Det gäller såväl generell vård- och omsorgskompetens som attityder och förhållningssätt.
- Uppsökande verksamhet inom hemtjänsten för att erbjuda tidiga insatser och därmed förebygga behov av mer omfattande och dyra åtgärder. I det uppsökande arbetet skall särskilda behov som gäller kosthållning och medicinering uppmärksammas.
- En bättre information till vårdtagare och anhöriga samt möjlighet till delaktighet i planeringen av olika vårdinsatser.
- Utvecklade och fördjupade former för stöd till anhöriga.
- Ett kontinuerligt kvalitetsarbete genom att bygga upp och utveckla kvalitetssystem.
- Information och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagare "forslas runt" i systemet.
- Bättre tillgång till rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel inom den kommunala äldreomsorgen.
- Bättre vård i livets slutskede.

Regeringen förväntar sig att förbättringar sker i första hand inom ovan redovisade områden. Socialstyrelsen kommer som en komplettering till sitt äldreuppföljningsuppdrag att få som en särskild uppgift att följa vilka förbättringar kommunerna uppnår och årligen under perioden 1999–2001 redovisa detta.

### 7.1.1 Effektivare arbetsmarknadsåtgärder

**Regeringens bedömning:** En arbetsgrupp med företrädare för Regeringskansliet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet bör tillsättas för att se över möjligheterna att tillvarata de arbetslösas kompetens och effektivt utnyttja de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna i syfte att höja kompetensen hos personalen inom äldreomsorgen.

**Skälen för regeringens bedömning:** En kontinuerlig kompetensutveckling av de anställda inom äldrevården tillsammans med en personalpolitik som stimulerar övergångar från deltid till heltidsarbete är främst ett arbete som naturligt åligger arbetsgivare inom kommuner och

landsting. Regeringen ser dock att inom arbetsmarknadspolitikens område finns möjligheter att ytterligare stödja de offentliga arbetsgivarna i deras strävan att kompetensutveckla personalen. Regeringen har senast i budgetpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:1) uttalat detta. Den åtgärd som tidigare haft störst betydelse för detta arbete har varit de s.k. utbildningsvikariaterna. Fr.o.m. den 1 januari 1998 har denna arbetsmarknadspolitiska åtgärd uppgått i det s.k. utbildningsstödet inom arbetsmarknadspolitikens område.

För närvarande pågår överläggningar mellan staten och parterna på arbetsmarknaden om hur kompetensutvecklingen i arbetslivet kan stärkas. I det arbetet ingår även Kommun- och Landstingsförbunden. Arbetet syftar till att klargöra parternas ansvar för att ett ökat lärande i arbetslivet kommer till stånd och att staten kan underlätta strävan till ökad kompetensutveckling. Detta arbete är av allmän karaktär och berör inte specifika verksamhetsområden. Regeringen avser därför att tillsätta en särskild arbetsgrupp med företrädare för Social-, Arbetsmarknads-, Finans-, och Inrikesdepartementet samt Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet som skall ha som uppgift att skapa en samlad bild över omfattningen av den normala kompetensutvecklingen för anställda inom äldreomsorgen som sker inom kommuner och landsting. Syftet skall vara att undersöka om de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna ytterligare kan medverka till en utökning av denna kompetensutveckling med inriktning mot särskilda omsorgsbehov. Arbetsgruppen skall även se över gruppen deltidsanställda inom äldreomsorgen och deras möjlighet till heltidsanställningar.

### 7.1.2 Ekonomisk trygghet för vissa äldre invandrare

**Regeringens bedömning:** Frågan om ekonomisk trygghet för vissa äldre invandrare bör utredas av den särskilde utredaren som har fått i uppdrag att se över vissa frågor som gäller socialtjänstlagen (1980:620) och socialtjänstens uppgifter (dir. 1997:109).

**Skälen för regeringens bedömning:** Vissa äldre invandrare är i dag hänvisade till socialtjänsten på grund av att deras sammanlagda pensionsförmåner inte räcker till en godtagbar försörjning. Detta beror på att många personer som idag invandrar till Sverige saknar pensionsrättigheter då de invandrar, antingen beroende av att landet de kommer ifrån saknar pensionssystem eller att de där intjänat en liten eller ingen pensionsrätt. Är personen ung vid tiden för invandringen till Sverige skapar detta inga problem. Personen uppfyller då vid tiden för sin pensionering kraven som ställs för att få svensk pension. Kraven enligt huvudregeln är att man för att få full folkpension skall ha arbetat i Sverige i 30 år alternativt varit bosatt 40 år i landet. Problem uppstår dock ofta då äldre personer, vid t.ex. anhöriginvandring, invandrar till Sverige utan eller med små pensionsrättigheter från landet de utvandrat ifrån. De saknar samtidigt, på grund av sin ålder, möjlighet att tjäna in rätt till svensk pension som räcker till en godtagbar försörjning. Detta har medfört en ökad belastning

på socialbidragssystemet. Regeringen anser – även mot bakgrund av att endast ett fåtal berörs – att situationen är otillfredsställande och att det är viktigt att hitta en långsiktig lösning på detta problem. Flera alternativa möjligheter kan övervägas.

Arbetsgruppen för genomförandet av reformeringen av ålderspensions-systemet, den s.k. Genomförandegruppen, har i en departementspromemoria Garantipension och samordningsfrågor m.m. (Ds 1997:66) beskrivit en möjlig lösning på detta problem genom en tudelad garantipension. Förslaget innebär att uppdelning görs i en del som tillgodoser önskemålet om att ge utbyte i form av högre pension även för den som har tjänat in förhållandevis låg inkomstgrundad pension, och i en del som tillgodoser kravet på att pensionärer bosatta i Sverige skall ha rätt till en viss minsta pension. Genomförandegruppen valde dock av beredningstekniska skäl att inte lämna förslag rörande detta.

Regeringen anser att den av Genomförandegruppen redovisade modellen är tilltalande av flera skäl, bl.a. ur den aspekten att äldre invandrare skulle bli garanterade en ålderspension som ger en försörjning på basnivå. De ekonomiska effekterna som en tudelad garantipension skulle få är emellertid svåra att överblicka, särskilt ur ett internationellt perspektiv. Med hänsyn till osäkerheten i fråga om konsekvenserna av en sådan lösning anser regeringen att en sådan garantipension för närvarande inte bör införas.

I sammanhanget kan också nämnas att en särskild utredare har fått i uppdrag att lämna förslag till konstruktion av övergångsvis garantipension för de ålderspensionärer som inte kommer att omfattas av regelsystemet för garantipension inom den reformerade ålderspensioneringen (dir. 1997:149). Grundskyddet avser ålderspensionärer födda 1937 eller tidigare. Uppdraget skall vara slutfört senast den 31 januari 1999.

En annan tänkbar variant för att lösa frågan om äldre invandrares ekonomiska trygghet är att inom reglerna för bostadstillägg till pensionärer (BTP) utvidga möjligheten att få särskilt bostadstillägg till pensionärer (SBTP). BTP syftar till att göra det möjligt för pensionärer med ingen eller låg pension att ha en bostad av god kvalitet, utan att boendekostnaden minskar möjligheten att också i övrigt ha en tillfredsställande standard. SBTP betalas ut till pensionärer med hög boendekostnad och låg inkomst som annars inte skulle uppnå en skälig levnadsnivå.

En särskild utredare har fått i uppdrag att se över BTP (S1997:25). I uppdraget ingår också att lämna förslag till hur SBTP kan moderniseras. Uppdraget skall vara avslutat den 1 mars 1999.

## 7.2 Bättre samverkan, ledning och organisation

### 7.2.1 Behovet av fördjupad samverkan

**Regeringens bedömning:** Mot bakgrund av resurstillskottet till kommuner och landsting under åren 1997–2000 förutsätter regeringen att kommuner och landsting tar ansvar för att genomföra effektiva åtgärder som förbättrar samverkan i syfte att åstadkomma en högre

kvalitet i vård och omsorg. Regeringen kommer att noga följa arbetet bl.a. genom Socialstyrelsen och avser att återkomma med förslag till åtgärder om så bedöms nödvändigt.

Prop. 1997/98:113

**Skälen för regeringens bedömning:** De vård- och omsorgsbehövande äldre har ofta behov av insatser från både landsting och kommun och behoven kan växla kraftigt över tiden. De brister i samverkan mellan huvudmännen som fortfarande kvarstår leder till ojämn kvalitet, försämrad kontinuitet i samhällets insatser och därmed till otrygghet för berörda personer. Enligt regeringens mening bör samverkan mellan de olika huvudmännen stärkas och fördjupas. Regeringen bedömer att resurstillskottet i form av höjningen av statsbidragen ger förutsättningar för kommuner och landsting att vidta kraftfulla åtgärder för att förbättra samverkan inom äldreomsorgen.

I Socialstyrelsens årsrapport 1996:9 vad avser äldreuppdraget konstateras att de sammantagna konsekvenserna av omstruktureringen, resursknappheten och det ökade vårdbehovet har medfört stora svårigheter för kommunerna att leva upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar. Samtidigt konstateras brister vad avser landstingens insatser och då inte minst när det gäller läkarnas medverkan i vården av personer i särskilt boende. Hälso- och sjukvården för de äldre måste därför förbättras både i de delar där kommunen har ett ansvar och i de delar där landstinget är ansvarigt. De olika åtgärderna måste komplettera och stödja varandra så att den enskilde kan vara förvissad om att få bästa möjliga vård. Detta gäller också vården i livets slutskede där det idag ibland saknas resurser, kompetens och en ändamålsenlig organisation för att på ett tryggt sätt ge en god vård. Att kommuner och landsting i samverkan kan lösa problem inom vård och omsorg av äldre är enligt regeringens mening en viktig trovärdighetsfråga.

En rad åtgärder vidtas också i kommuner och landsting för att förbättra och säkra kvaliteten i det medicinska omhändertagandet. Bl.a. beslutade Landstingsförbundets styrelse i december 1997 att framhäva vikten av att läkarförsörjningen i det särskilda boendet löses på ett fullgott sätt. Landstingen uppmanas i beslutet bl.a. att i dialog med respektive kommun klargöra behov och krav på läkarinsatser för de äldre i detta boende liksom hur landstingen skall möta behoven och kraven. Svenska Kommunförbundets styrelse har tillsatt en särskild äldreberedning som arbetar under åren 1997 och 1998. Uppgiften är att ge förslag till hur en god kvalitet i vården och omsorgen om äldre skall kunna bibehållas trots växande behov och begränsade resurser. Beredningen bedriver ett omfattande utrednings- och utvecklingsarbete.

I många landsting och kommuner pågår arbete med att utveckla olika former av samverkan. I flera fall har huvudmännen slutit lokala avtal som reglerar äldrefrågor.

I Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting har samarbetet lett till att sjukvårdsområdet och respektive kommun har etablerat ett gemensamt lokalt rehabiliteringscentrum för äldre. Man har också utvecklat s.k. lokala samvårdsavdelningar i syfte att erbjuda personer tillfällig medicinsk vård och omvårdnad i situationer som inte kräver ge-

riatrikens eller akutsjukhusens resurser. Dessa enheter är lokaliserade till de primärkommunala sjukhemmen som försetts med förstärkt medicinsk kompetens.

Västerbottens läns landsting har tillsammans med länets kommuner beslutat om försöksverksamhet med s.k. bassjukvård. Försöksverksamheten sker med bibehållet huvudmannaskap och syftar till att i några kommuner i länet utveckla en förstärkt omsorg, vård och service så nära människornas vardag som möjligt. I projekten innefattas förstärkt hem-sjukvård, vård i livets slutskede och stöd till närstående.

Med stöd av statliga stimulansmedel har ett intensivt samarbete mellan kommuner och landsting kommit igång när det gäller rehabilitering. I många landsting pågår också ett omfattande arbete för att utveckla och överföra kompetens till kommunerna bl.a. genom gemensamma utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser. Åtgärder för att förbättra informationsöverföringen mellan kommuner och landsting har utvecklats på flera håll, bl.a. i Kronoberg där sjuksköterskor utbildats för att underlätta informationen och förbättra kommunikationen i vårdkedjan.

### *Behov av förbättringar*

Kommunerna har idag betalningsansvar för de patienter som bedöms som medicinskt färdigbehandlade. Vissa uppgifter tyder på att betalningsansvaret ibland kan verka alltför starkt som incitament för flyttning från sjukhus. Framför allt gäller det att gamla inte får tid att vänja sig vid tanken på att återvända till hemmet och där få vård och stöd, eller till ett särskilt boende. Detta kan leda till stor otrygghet och en känsla av att forslas runt i systemet utan eget inflytande. Det har även förekommit att hemskrivning har skett utan att äldreomsorg och primärvård varit informerad vilket enligt regeringens mening är oacceptabelt. Här är naturligtvis god information av största vikt liksom att den enskilde ges möjlighet att delta i beslutsprocessen.

Det är också viktigt att de kommunala funktionerna kring en utskriven patient samordnas så att denne kan få en klar och tydlig information och att de olika aktörernas planerade insatser sker som det är avsett. Inte sällan lämnas idag olika och ibland motstridig information av t.ex. hem-sjukvården, biståndshandläggaren och hemtjänstpersonalen. Detta skapar naturligtvis oro och förvirring.

Ytterligare områden där förbättringar måste göras och där en ökad samverkan mellan huvudmännen är grundläggande är läkemedelsanvändningen och rehabiliteringen av äldre.

Resursknappheten i kommuner och landsting under de senaste åren har lett till att huvudmännen på olika sätt försökt minska kostnaderna i sina verksamheter. I vissa fall har det också lett till att man avstått från att vidta åtgärder vad avser en enskild person i förhoppningen att den andre huvudmannen skulle stå för kostnaden. Vad som vid ett givet tillfälle kan ha minskat kostnaden för en enskild kommun eller landsting kan i ett helhetsperspektiv ha lett till såväl ett ökat lidande och försämrad livskvalitet för den enskilde som till högre totala kostnader för samhället. Detta kan enligt regeringens mening inte accepteras.

Läkarmedverkan i äldreomsorgen är landstingens uppgift. Det faktum att patienterna vårdas hos primärkommunens äldreomsorg innebär självklart ingen förändring därvidlag. Inte heller kan karaktären av boende i det särskilda boendet få innebära, att ansvaret för tillfredsställande läkarvård överlämnas till initiativ från den boende själv. Mot den bakgrunden välkomnar regeringen särskilt de initiativ som nu tagits av landstingsförbundet för att omprioritera läkarresurser för insatser inom äldrevården.

Det kan finnas kompletterande behov av läkarinsatser för exempelvis utbildningsändamål som kan medföra ett visst kostnadsansvar för äldreomsorgens huvudman. I alla vårdsammanhang är dock kostnadsansvaret entydigt landstingens.

De förbättrade läkarinsatser som det nu finns anledning att se fram emot behöver särskilt omfatta en systematisk uppsökande verksamhet gentemot de oftast sjuka gamla som finns i den institutionella äldreomsorgen. Personalen måste därtill kunna få råd och stöd för sitt handlande – även under jourtid – från läkare. Läkare måste också finnas tillgängliga för direkta insatser under jourtid för att undvika sådana förhållanden som rapporterats, där svårt sjuka patienter fått flyttas från äldreboende till akutmottagning på sjukhus på grund av att jourläkare inte kunnat påräknas till äldreboendet.

Läkarmedverkan kommer också att behöva dimensioneras för de behov som finns i hemsjukvården. Först sedan hemsjukvården också har tillgång till jourläkare som ingår i arbetslaget kring den sjuke, kan hemsjukvårdsmodellen anses vara välfungerande.

Regeringen vill understryka kommunernas och landstingens ansvar för att se till att samverkan kommer till stånd så att önskvärda förbättringar av vården och omsorgen kan ske. En viktig orsak till att samverkan fungerar bristfälligt på många håll tycks vara att de bägge huvudmännen tenderar att se problemen ur sitt eget snäva ekonomiska perspektiv. Inom ramen för de totala resurser som finns inom äldreomsorgen bör det emellertid vara möjligt för de bägge huvudmännen att gemensamt åstadkomma en bättre vård för de äldre

Lokala överenskommelser mellan landsting och kommuner kan vara ett bra medel för att få igång ett bättre samarbete. Här kan länsstyrelserna ha en viktig roll, t.ex. genom att samordna och understödja utvecklingsarbetet.

Regeringen anser sammanfattningsvis att de tillförda resurserna till landsting och kommuner bör kunna öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare. Ökad information och samverkan mellan olika vårdgivare förutsätts kunna förbättras. Det förutsätts även att vårdtagarnas informationsbehov kan tillgodoses. En utvecklad samverkan mellan olika huvudmän minimerar problem med "rundgång" mellan de olika vård- och omsorgssystemen och ökar flexibiliteten när det gäller att tillgodose olika behov av vård och omsorg.

För att öka läkarmedverkan inom äldreomsorgen kommer Socialstyrelsen att ges i uppdrag att redovisa de kommuner och landsting som inte vidtagit åtgärder för att förbättra sin samverkan.

**Regeringens bedömning:** De lagliga förutsättningarna för samverkan bör stärkas ytterligare. Regeringen avser därför att snarast se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet med inriktning att nödvändiga förändringar i lagstiftningen skall gälla fr.o.m. år 1999.

**Skälen för regeringens bedömning:** De snabba förändringar som skett i äldreomsorgen och som beskrivits i tidigare avsnitt understryker behovet av nytänkande i fråga om hur vården skall styras och organiseras. Behovet av samverkan och samordning mellan olika vårdgivare har lyfts fram sedan lång tid tillbaka. Allt oftare uppmärksammas också behovet av vårdprogram som griper över flera vårdgivares insatser samt av information och kvalitetsutveckling som omfattar såväl kommunernas som landstingens vård och omsorg.

Under 90-talets första hälft har tre stora nationella huvudmannaskapsreformer genomförts; ädel-, psykiatri- och handikappreformerna. Ett motiv för genomförandet av reformerna var att skapa förutsättningar för att samordna lokala resurser och verksamheter som på olika sätt är inflätade i varandra.

Det finns som tidigare nämnts en rad exempel på samverkansformer som utvecklats inom ramen för befintliga regelsystem. Samverkan sker på olika plan och med olika utgångspunkt, på läns- eller lokal nivå, med lokalmässig samverkan, med utgångspunkt från olika sjukdomsgrupper eller med yrkesmässig bas. Försök med kommunalt driven primärvård har genomförts i ett flertal kommuner och i de försök som pågår med finansiell samordning mellan landsting, kommun och försäkringskassa, de s.k. Socsamförsöken, har några kommuner valt att särskilt lyfta fram samordningsfrågorna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Även om erfarenheterna av reformerna sålunda huvudsakligen är positiva så har vissa samordningsproblem uppkommit i de nya gränssnitt som bildats mellan huvudmännens ansvarsområden. Socialstyrelsen har i sin utvärdering av Ädelreformen uppmärksammat att det inom flera verksamhetsområden fortfarande förekommer parallella organisationer. Framförallt gäller detta inom hemsjukvården, rehabiliteringen och hjälpmedelsverksamheten.

I en gemensam skrivelse 1998-01-28 föreslår Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet att kommuner och landsting ges nya och vidgade möjligheter att samverka inom vårdområdet. Man föreslår ändringar i socialtjänstlagen (1980:620) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Ändringen skulle möjliggöra för kommuner och landsting att komma överens om att fördela ansvaret mellan sig för hälso- och sjukvård och uppgifter som utförs enligt socialtjänstlagen, på sätt man finner lämpligt. Förbunden pekar härvidlag på att sådana möjligheter finns när det gäller insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS. Vidare skulle möjligheter öppnas för kommuner och landsting att bilda gemensam nämnd inom dessa områden.

Kommunallagen har nyligen ändrats för att underlätta samverkan genom att dels utvidga möjligheterna till kommunalförbund, dels att institutet gemensam nämnd har införts. Regeringen anser att det är angeläget att de möjligheter att samverka som finns idag till fullo utnyttjas. De båda kommunförbundens skrivelse lyfter fram att det i vissa fall finns rättsliga hinder för att skapa den organisation och samordning av vården och omsorgen som är önskvärd. De nuvarande möjligheterna att samverka i en gemensam nämnd har begränsningen att de uppgifter som läggs på denna måste vara gemensamma för kommunerna och landstinget för att en sådan nämnd skall vara möjlig. Vidare är det endast inom vissa avgränsade områden möjligt för kommuner och landsting att själva komma överens om vilken uppgiftsfördelning dem emellan som skall tillämpas. Dessa förhållanden pekar på att det finns skäl att skapa ytterligare förutsättningar för huvudmännen att själva välja den form av politiskt och administrativt ansvar för de här aktuella verksamheterna som man finner bäst gagnar samordning och samverkan. Regeringen avser därför att skyndsamt bereda denna fråga och återkomma med erforderliga förslag till lagändringar. Inriktningen är att de nödvändiga förändringarna i lagstiftningen skall gälla från och med år 1999.

### 7.2.3 Utbildning för förtroendevalda

**Regeringens bedömning:** Den nya kunskap om åldrandet som har tillförts under senare år bör komma de förtroendevalda till del. De särskilda medel som avser att avsättas för fortbildningsinsatser bör också kunna användas för att utveckla och genomföra fortbildningsinsatser för förtroendevalda som är verksamma inom äldreomsorgen.

**Skälen för regeringens bedömning:** De förändringar som sker inom äldreomsorgen ställer nya krav på den politiska ledningen att möta nya behov och stimulera till utvecklingsinsatser. Det är därför angeläget att de förtroendevalda ges möjlighet att få del av samlade erfarenheter och ny kunskap inom äldreområdet. Utbildningsinsatserna kan innefatta kunskap om äldre och äldres behov av vård och omsorg. Det kan också finnas behov av ökad kunskap om anhörigas behov av stöd och om frivilliga organisationers insatser. De förtroendevalda har också en betydelsefull roll när det gäller att leda kvalitetsutvecklingsarbetet inom äldreomsorgen. På detta område pågår en intensiv metodutveckling och det är angeläget att även de förtroendevalda får möjlighet att ta del av nyvunna erfarenheter.

De särskilda medel som avser att avsättas för fortbildningsinsatser bör även kunna användas för att utveckla och genomföra fortbildningsinsatser för förtroendevalda som är verksamma inom äldreomsorgen.

**Regeringens bedömning:** Verksamheten vid de lokala pensionärsråden (KPR) och landstingens pensionärsråd (LPR) bör följas upp, utvärderas och utvecklas för att förstärka äldres inflytande och medbestämmande i kommuner och landsting. Nya former för äldres inflytande och medbestämmande på lokal och regional nivå bör uppmuntras och understödjas.

**Skälen för regeringens bedömning:** Många av de förändringar och reformer som genomförs av politiska församlingar på central, regional och lokal nivå berör äldre personer i högre grad än andra grupper. Det gäller t.ex. utformningen av äldre- och handikappomsorgerna, sjukvården, vissa boendefrågor, samt kommunikationer, bl.a. färdtjänst. Äldre personer är dock många gånger underrepresenterade i de politiska församlingar som fattar beslut i dessa frågor. Det är viktigt att äldre i samhället tillförsäkras möjligheter att få inflytande över frågor som berör dem. På den centrala nivån sker sedan år 1991 regelbundna överläggningar mellan regeringen och företrädare för pensionärsorganisationerna i frågor som är av särskild vikt för äldre personer. På regional och lokal nivå spelar pensionärs- och handikappråden ofta en betydelsefull roll när det gäller att utveckla samverkan mellan beslutsfattare och företrädare för äldre och funktionshindrade personer.

I de frågor som anses särskilt angelägna att bevaka ur ett äldreperspektiv, dvs. service och vård samt boende har landsting och kommuner en samverkansskyldighet bl.a. med organisationer som företräder äldres intressen (21 § HSL samt 20a § SoL). Denna samverkan sker idag i hög utsträckning via pensionärsråden på lokal och regional nivå. Erfarenheterna av verksamheten är emellertid skiftande. På vissa håll är verksamheten väl utbyggd med fasta och tydliga former för samråd mellan huvudmän och företrädare för den äldre befolkningsgruppen. På andra håll finns brister bl.a. i rådets organisation och arbetsformer.

Mot denna bakgrund beslutade regeringen och företrädare för pensionärsorganisationerna år 1997 att en kartläggning av pensionärsrådets verksamhet skulle genomföras, bl.a. genom en omfattande enkät till pensionärsråden inom kommuner och landsting. Resultaten från kartläggningen kommer att föreligga inom kort. Regeringen och pensionärsorganisationerna är överens om att underlaget bör ligga till grund för fortsatta diskussioner mellan företrädare för staten, landsting och kommuner samt pensionärsorganisationerna om hur verksamheten skall kunna utvecklas. I detta arbete bör även nya former för äldres inflytande och medbestämmande i kommuner och landsting utredas och även prövas i praktiken, t.ex. i form av försöksverksamheter.

**7.3.1 Tydligare avgiftsregler**

**Regeringens förslag:** Socialtjänstlagens bestämmelser om avgifter för bl.a. äldre- och handikappomsorg förtydligas när det gäller hur mycket pengar som skall förbehållas den enskilde och att skapa överensstämmelse mellan utformningen av själva bestämmelsen, lagstiftarens intentioner vid tillkomsten av bestämmelsen och den tillämpning som sker på de allra flesta håll i landet. Vidare införs en bestämmelse som tydliggör kommunernas skyldighet att jämka avgifterna för omsorgstagaren om det behövs för att den make/maka eller sambo som bor kvar i den tidigare gemensamma bostaden inte skall drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation. Motsvarande ändring när det gäller förbehållsbeloppet görs i den bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som reglerar avgiftsuttag.

Angående lagförslagets beredning, se avsnitt 3.

**Skälen för regeringens förslag:** Avgifter för äldre- och handikappomsorg regleras i 35 § socialtjänstlagen (1980:620). Från och med den 1 mars 1993 gäller följande för avgifter för hjälp i hemmet, service och omvårdnad, särskilda boendeformer för äldre, boende med särskild service för funktionshindrade eller annan liknande social tjänst:

- kommunen får ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer
- avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader
- avgifterna för hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende får inte, tillsammans med vårdavgifter för hälso- och sjukvård, uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

I 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen finns en motsvarande reglering när det gäller avgifterna för sjukvårdsinsatser och en hänvisning till 35 § SoL i fråga om förbehållsbelopp för den enskilde vårdtagaren.

Vad som kan anses vara en skälig avgift är inte närmare definierat i den proposition som låg till grund för 1993 års ändring av avgiftsbestämmelserna (prop. 1992/93:129). I äldre lagstiftning – lagen (1956:2) om socialhjälp – var kommunens självkostnad vad gäller ålderdomshem reglerad så att avgift för vården inte fick överstiga vad som motsvarade vårdplatsens andel i kostnaden för hemmets anläggning, underhåll och drift. I nu gällande socialtjänstlag finns ingen precisering av vad som avses med självkostnad utan begreppet anknyter till den allmänna kommunalrättsliga princip som finns uttryckt i 8 kap. 3 b § kommunallagen (1991:900), och som anger att kommuner och landsting inte får ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller. Avgiftens storlek begränsas också av vad som i 35 § SoL anges som förbehållsbelopp för personliga behov. Begreppet förbehållsbelopp fanns i tidigare lagstiftning och avsåg då enbart boende på ålderdomshem. I kungörelsen (1971:830)

med föreskrifter om avgifter för ålderdomshem med helinackordering angavs garantiregler så att vårdtagaren skulle förbehållas medel för personliga behov och när den nya socialtjänstlagen trädde i kraft år 1980 bibehölls dessa föreskrifter. I socialtjänstförordningen (1981:750) fanns fram till den 1 mars 1993 en bestämmelse om förbehållsbeloppets storlek. Avgiften för boende i servicehus med helinackordering fick inte vara större än att den boende hade kvar minst 30 % av folkpension för ogift folkpensionär jämte pensionstillskott och 20 % av skillnaden mellan de sammanlagda inkomsterna och folkpensionsbeloppet – allmänt benämnd 30/20-regeln.

I förarbetena till nuvarande lydelse av 35 § SoL framgår i specialmotiveringen att lagstiftaren med "tillräckliga medel för sina personliga behov" avser detsamma som stadgades i den tidigare bestämmelsen i denna paragraf och som närmare preciserades i 46–49 §§ socialtjänstförordningen. I denna bestämmelse angavs vad som *minst* (specialmotiveringens kursivering) skall förbehållas den som är helinackorderad för att det skall anses räcka till personliga behov som inte tillgodoses genom kommunen. Vidare anges att "i den mån den enskilde har andra kostnader än vad som förutsattes vid bestämmelsernas tillkomst måste medel även förbehållas för dessa kostnader" (prop. 1992/93:129, bet. 1992/93:SoU12).

I den nämnda propositionen (s. 17f) anges att den enskilde måste förbehållas tillräckliga medel för att kunna bekosta t.ex. privat utförd städning, hemhandling, snöskottning, fotvård m.fl. tjänster i det fall sådana tjänster inte inryms i det kommunala åtagandet. Personliga behov kan också omfatta kostnader för tandvård, läkarvård, läkemedel och hjälpmedel samt resor och övriga kostnader som möjliggör ett aktivt deltagande i samhällslivet. Vidare betonas vikten av att uppmärksamma situationen för maka/make till person som har dagvård, korttidsboende eller som flyttar till särskilt boende. Den make/maka eller sambo som bor kvar i det tidigare gemensamma hemmet får inte genom avgiftskonstruktionen få en så försämrad ekonomisk situation att den vårdbehövande tvingas avstå från nödvändig vård eller paret tvingas begära skilsmässa. Det skall, enligt propositionen, vara möjligt för make/maka att bo kvar i den tidigare gemensamma bostaden med rimliga privatekonomiska villkor.

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet för budgetåret 1995/96 i uppdrag att kartlägga och analysera de kommunala avgifterna på äldre- och handikappområdet. Uppdraget redovisades hösten 1996 i rapporten Äldreomsorgens avgifter (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6). I rapporten konstaterar Socialstyrelsen att det finns brister som framförallt rör den enskildes skydd mot för höga avgifter.

Socialstyrelsens undersökning visade att ungefär var femte kommun hade kvar "30/20-regeln" eller motsvarande. Några kommuner hade fastställt en högre nivå, t.ex. 33/20 eller 40/20. Lägsta påträffade förbehållsbelopp för ensamstående 65 år och äldre var 896 kronor och det högsta 1 856 kronor. När det gäller vad som skall räknas som personliga behov framgår av rapporten att kostnader för larm samt serviceinsatser som städning och inköp vanligen inte ingår i de kostnader boende med heldygnsomsorg skall klara inom sitt förbehållsbelopp. Cirka två tredjedelar av kommunerna tar hänsyn till elkostnader och i cirka 20 % av

kommunerna ingår inte möbler i vad den boende skall behöva täcka med sitt förbehållsbelopp. Däremot skall den boende i stort sett i samtliga kommuner själv svara för läkarvård, tandvård och färdtjänst. I rapporten framgår att ett antal länsstyrelser påtalat att det finns en tendens i särskilda boendeformer att införa speciella avgifter för basservice som lakan, tvätt och liknande. Det skiljer mellan kommunerna om detta räknas med vid prövning av förbehållsbelopp eller ej.

Socialstyrelsens undersökning visar att cirka hälften av kommunerna har riktlinjer där det särskilt anges att hänsyn skall tas till kvarboende maka/make när ena parten bor i särskild boendeform och vad som skall gälla för en ensamstående som får dubbel bosättning vid flyttning till särskilt boende. Några kommuner har allmänt angett att jämkning skall kunna ske om individuella skäl föreligger. I ett par kommuner anges dock att detta skall ske restriktivt.

Enligt regeringen måste nivån på förbehållsbeloppet garantera den enskilde en rimlig levnadsnivå. Det är kommunernas ansvar att se till att den enskilde erhåller sitt förbehållsbelopp och att en utredning görs om avgifterna skall jämkas eller ej med hänsyn till makes/makas behov. Kommunens avgiftsbestämmelser kan emellertid aldrig förmå att täcka in alla behov och situationer som kan utgöra grund för jämkning. Ansvaret att ge kommunen kunskap om behov och situationer som gör att avgiften vilar på en korrekt grund måste därför ligga på omsorgstagaren. Det är dock kommunens ansvar att ge omsorgstagaren sådan information att denne eller anhörig kan bedöma vilka uppgifter som skall lämnas.

Regeringen beslutade hösten 1997 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att analysera olika aspekter av socialtjänstlagens begrepp särskild boendeform och föreslå förändringar som leder till bättre samordning mellan författningar inom olika samhällsorgan med anknytning till det särskilda boendet. Även vissa avgiftsfrågor inom vård- och omsorgsområdet skall behandlas (dir. 1997:111). Enligt direktiven skall utredaren behandla de delar av uppdraget som rör avgiftsfrågorna med förtur. Utredningen som har inlett sitt arbete efter årsskiftet 1997/98 skall vara avslutad i december 1998.

Mot bakgrund av att vissa för den enskilde olyckliga brister i tillämpningen har uppmärksammats anser regeringen att det är angeläget att redan nu genom en ändring i 35 § SoL förtydliga kommunernas ansvar när det gäller att vid avgiftsberäkningen ta hänsyn till äldres och funktionshindrades normala behov för sin livsföring. Med detta vill regeringen också lagfästa den tillämpning av bestämmelsen som företrädesvis sker på de allra flesta håll i landet utifrån lagstiftarens uttalanden i samband med införandet av nu gällande bestämmelse.

*Lagrådet* har påpekat att erforderliga ändringar också måste göras i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

För att undvika gränsdragningsproblem vid bestämmandet av vilken avgift den enskilde skall ha att erlagga för de sammantagna insatserna för vård och omsorg är det angeläget att bestämmelserna om förbehållsbelopp och kommunens skyldighet att beakta makes eller sambos ekonomiska situation uttrycks på samma sätt i de bestämmelser i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen som reglerar avgiftsuttag.

**7.4.1 Stimulansbidrag till äldreboendestäder m.m.**

**Regeringens bedömning:** Ett tillfälligt statligt bidrag om totalt 400 miljoner kronor bör införas för ny- och ombyggnad samt förbättring av bostäder i särskilda boendeformer och av sådana lokaler i anslutning till det särskilda boendet som skall användas som t.ex. samlingslokaler för äldre. Medlen bör disponeras av Boverket i enlighet med förordning som regeringen senare meddelar. Förslaget om att anvisa ett nytt reservationsanslag redovisas i den ekonomiska vårpropositionen för 1998 (1997/98:150).

**Skälen för regeringens bedömning:** Ädelreformen medförde kraftigt ökade behov av goda och funktionella bostäder och lokaler avsedda för äldre. En del av dessa behov har kunnat tillgodoses genom de omfattande ny- och ombyggnationer av äldreboendet som har ägt rum i kommunerna under senare år, till en del finansierat med statliga stimulansmedel. På många håll är dock behovet fortsatt stort av nya och ombyggda bostäder för äldre personer och i många kommuner pågår också en utbyggnad.

Under senare år har det skett en höjning av boendestandarden i de särskilda boendeformerna, men brister kvarstår. Fortfarande år 1996 saknade 23 % av de boende egen toalett, 33 % saknade egen dusch/bad och 10 % delade bostad med annan än make/maka. Variationerna var också stora mellan olika kommuner. I flera kommuner hade till exempel alla äldre i särskilt boende egen toalett, men i en kommun saknade mer än trefjärdedelar av de boende en sådan. Endast 40% av bostäderna i särskilt boende kan betraktas som fullvärdiga bostäder, vilket enligt definitionen innebär minst ett rum och kök eller ett och ett halvt rum och kokvrå. Denna andel har varit relativt konstant sedan år 1993. Mer än en fjärdedel av bostäderna saknade år 1996 kokmöjligheter.

För att bl.a. säkerställa att pågående projekt kan slutföras och att nödvändiga nya projekt inte skjuts på framtiden har regeringen tidigare detta år i propositionen (1997/98:119) Bostadspolitik för hållbar utveckling aviserat att 400 miljoner kronor bör avsättas för ett tillfälligt statligt byggstöd för äldreboendestäder m.m. i kommunerna. För att ytterligare påskynda utvecklingen mot nya och bättre bostäder för äldre anser regeringen att en del av dessa medel bör utgå redan under innevarande år. Regeringen föreslår att ett tillfälligt statligt bidrag införs för ny- och ombyggnad samt förbättring av bostäder i särskilda boendeformer och sådana lokaler i anslutning till det särskilda boendet som skall användas som möteslokaler, hobbylokaler etc. för äldre. Stöd bör lämnas inom en ram av 250 miljoner kronor 1998 och 150 miljoner kronor år 1999. Åtgärden medför ökade förutsättningar för kommunerna att uppfylla de nationella mål för äldrepolitiken som bl.a. innebär att äldre skall ha möjlighet att vid behov kunna flytta till en särskild boendeform.

Medlen bör kunna användas för utbyggnad och anpassning av dels de särskilda boendeformerna i syfte att bereda plats för fler personer samt för att öka standarden i redan befintliga bostäder. Dels bör medlen kunna

användas för ny- och ombyggnation samt renovering av möteslokaler och andra gemensamma utrymmen där äldre personer kan träffas och umgås. Prop. 1997/98:113

## 7.5 Förstärkt tillsyn, effektivare kontroll och kvalitetssäkring

### 7.5.1 Effektivare tillsyn

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen och länsstyrelserna får i uppdrag att ytterligare förstärka och intensiviera tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade. För detta ändamål bör Socialstyrelsen och länsstyrelserna tillföras 20 miljoner kronor i budgetpropositionen för år 1999.

Samordningen mellan tillsynen på socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden måste utvecklas vidare och förstärkas. En särskild utredare har fått i uppdrag att göra en översyn av vissa frågor som gäller socialtjänstens uppgifter.

**Skälen för regeringens bedömning:** Under hösten 1997 uppmärksammades flera fall av brister inom vård och omsorg. Regeringen beslutade därför vid regeringssammanträde den 11 december 1997 att inom ramen för nuvarande lagstiftning förstärka tillsynen av äldrevården genom ett uppdrag till Socialstyrelsen om kvalitetsutveckling och förstärkt tillsyn av vården av äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen tillfördes 5 miljoner kronor för att kunna utöka sina regionala tillsynsenheter. Arbetet med att utveckla kvaliteten och förstärka tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade skall ske i samarbete med länsstyrelserna.

I regleringsbrevet avseende år 1998 angav regeringen som verksamhetsmål för länsstyrelserna att verka för att kvalitetsutveckling bedrivs inom socialtjänsten samt att följa hur kvalitet och säkerhet tillgodoses i enskild socialtjänstverksamhet. Länsstyrelserna skall, till regeringen, redovisa insatser och bedöma hur kvalitet och säkerhet tillgodoses i enskild socialtjänstverksamhet samt ange hur många kommuner som har genomfört system för kvalitetsutveckling.

Det är regeringens uppfattning att det finns behov av att ytterligare förstärka tillsynen över vården av äldre och funktionshindrade. Socialstyrelsen och länsstyrelserna bör därför ges detta i uppdrag. Antalet besök och inspektioner bör ökas för att på så sätt få en bättre bild av situationen inom vård och omsorg av äldre och funktionshindrade. Målet är att minst vart femte år skall varje kommun i landet ha varit föremål för en granskning från tillsynsmyndigheternas sida. Av särskild vikt är att utvärdera och följa upp överenskommelser om samverkan mellan kommuner och landsting.

En ny tillsynslag (1997:786) trädde i kraft den 1 januari 1997. Vid denna tidpunkt förelåg inga möjligheter att kompensera Socialstyrelsen för det avsevärt vidgade åtagandet. Styrelsen kunde dock genom egna omdisponeringar genomföra en viss resursförstärkning. Regeringen anser att den särskilda situationen under de närmaste åren när det gäller de

tunga och ytterst betydelsefulla reformområdena inom äldresjukvård, psykiatri och insatser för funktionshindrade motiverar ytterligare resursförstärkningar från den 1 januari 1999.

Länsstyrelserna har en viktig roll att spela när det gäller tillsynsarbetet. Deras resurser är idag alltför begränsade för att ett systematiskt samarbete skall kunna upptas mellan Socialstyrelsens regionala tillsynsorganisation och länsstyrelserna på äldreområdet. Regeringen avser därför att förstärka även länsstyrelserna från den 1 januari 1999. Regeringen förutsätter därvid att en samplanering skall äga rum mellan länsstyrelserna och socialstyrelsen för att resursförstärkningen hos båda dessa myndigheter skall kunna utnyttjas på ett systematiskt sätt. Regeringen kommer att ge Socialstyrelsen och länsstyrelserna särskilda uppdrag med denna innebörd.

Äldrevården och äldresjukvården måste, i det dagliga arbetet, i grunden karaktäriseras av ett starkt professionellt ställningstagande från de anställda. För äldresjukvårdens del är detta markerat genom att särskild lagstiftning reglerar ett uttalat yrkesansvar. En grundläggande kvalitetsgaranti skall således finnas i positiv mening genom personalens självständiga inriktning av arbetet mot hög kvalitet. Det är vidare viktigt att peka på att vårdgivarna – kommuner och landsting liksom privata vårdgivare – i lag har särskilt ansvar för vårdens innehåll och kvalitet. Det starkt decentraliserade ansvaret är en förutsättning för en mycket stor organisation med många tusen vårdenheter.

Socialstyrelsen har den övergripande tillsynen över socialtjänsten i riket och skall följa och vidareutveckla denna. Länsstyrelserna svarar för den primära tillsynen över socialnämndernas tillämpning av socialtjänstlagen. Länsstyrelsen skall inom länet bl.a. informera och ge råd till allmänheten i frågor som rör socialtjänsten, biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet samt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt. Länsstyrelsen ansvarar för tillsynen av verksamheter inom såväl offentlig som privat regi.

Socialstyrelsen svarar för såväl den övergripande som den primära tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal. Styrelsen utövar tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården utövas främst genom sex regionala tillsynsenheter. Inom hälso- och sjukvården finns en rättslig reglering om bl.a. åligganden och disciplinpåföljd som saknar motsvarighet inom socialtjänstområdet.

Behov av att se över formerna och organisationen av tillsynen över socialtjänsten har aktualiserats i olika sammanhang. I regeringens proposition (1996/97:124) om ändring i socialtjänstlagen uttalade regeringen att den regionala tillsynen över socialtjänsten behöver effektiviseras och bli mer slagkraftig.

Vidare har socialutskottet i sitt av riksdagen godkända betänkande (bet.1996/97:SoU13, rskr.1996/97:185) uttalat att tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras. Tillsynen måste skärpas och inriktas på frågor om laglighet och rättssäkerhet. Tillsynen måste också inriktas på att säkra kvalitet och kompetens i vården och omsorgen, så att de äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras. Utskottet anser vi-

dare att det är angeläget att skapa en tydligare organisation för tillsynen. Det får inte råda någon tvekan om vart den enskilde skall vända sig med sina synpunkter och klagomål. Informationen om möjligheten att klaga måste förbättras. Utskottet pekar också på hur uppdelningen mellan länsstyrelserna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter medför svårigheter och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. Enligt utskottet bör övervägas om tillsynen kan läggas på samma statliga myndighet för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården för att härigenom skapa en slagkraftigare organisation.

Regeringen avser nu att gå vidare med frågan. En särskild utredare har tillkallats med uppgift att göra en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter. I direktiven till utredningen anges bl.a. att förslag skall lämnas till hur tillsynen över socialtjänsten kan förbättras och effektiviseras. (Dir. 1997:109) Härvid bör även förutsättningarna för en bättre samordning av tillsynen över socialtjänsten samt hälso- och sjukvården analyseras. Behov av ökade befogenheter för tillsynsmyndigheterna, motsvarande vad som gäller inom hälso- och sjukvården, bör också övervägas. Socialtjänstutredningens uppdrag skall vara slutfört senast den 31 mars 1999. För att förstärka tillsynen tillförs Socialstyrelsen och länsstyrelserna 20 miljoner kronor i budgetpropositionen för år 1999.

### 7.5.2 Anmälan om missförhållanden

**Regeringens förslag:** I socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse som ålägger var och en som är verksam inom omsorger om äldre eller funktionshindrade att vaka över att de enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om allvarliga missförhållanden i omsorgerna om någon enskild skall vara skyldig att utan dröjsmål anmäla detta till socialnämnden eller till den som annars är ansvarig för verksamheten. Om missförhållandet inte kan åtgärdas omedelbart, skall den verksamhetsansvarige anmäla missförhållandena till tillsynsmyndigheten.

Angående lagförslagets beredning, se avsnitt 3.

**Skälen för regeringens förslag:** De brister som på senare tid uppdagats inom äldreomsorgen inger stark oro. Många äldre är för sin existens helt beroende av att få erforderligt stöd och omvårdnad från socialtjänsten. Det gäller särskilt de allra äldsta och de äldre som i förtid drabbats av sjukdom eller funktionshinder. Samtidigt har dessa äldre ofta svårt att bevaka sina intressen. Det kan bero på fysisk eller psykisk svaghet, men också på att de är rädda för att stöta sig med socialtjänsten. De äldre som saknar nära anhöriga med inblick i vården är härvid särskilt utsatta.

Utredningen om bemötande av äldre – Bemötandeutredningen – har i sitt slutbetänkande (SOU 1997:170) bl.a. pekat på behovet av åtgärder för

att förhindra övergrepp mot äldre. Utredningen konstaterar att det i svensk lagstiftningen i princip inte finns någon skyldighet att anmäla övergrepp mot vuxna människor till socialnämnden eller motsvarande social nämnd. Detsamma gäller övergrepp som begås mot personer som får vård eller annat stöd från socialtjänsten eller anhöriga för att klara sitt dagliga liv.

Socialstyrelsen beslutade i april 1996 om allmänna råd om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:11). Övergrepp förklaras i de allmänna råden som fysiskt våld, psykiska övergrepp som t.ex. hot, trakasserier och kränkningar, försummelse t.ex. genom felaktig mediciner och bristande hygien, ekonomiska oegentligheter samt sexuella övergrepp.

Bemötandeutredningen har genomfört en enkät med samtliga länsstyrelser om deras hittillsvarande erfarenheter av de allmänna råden. Tillsynsmyndigheternas erfarenheter tyder på att det på många håll pågår ett betydelsefullt utvecklingsarbete. Informations spridning och olika andra initiativ från tillsynsmyndigheterna har betydelse för uppmärksamheten lokalt.

Utredningen pekar på behovet av en förbättrad tillsyn och ett förstärkt ansvar för personal som arbetar inom socialtjänstens del av äldre- och handikappomsorgen. Utredningen föreslår i den delen att socialtjänstens personal som arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården skall anses som hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården, lagen (1994:954) om disciplinpåförd m.m. på hälso- och sjukvårdens område och lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården och därigenom omfattas av de föreskrifter om åligganden, disciplin och tillsyn som gäller för personal inom hälso- och sjukvården.

De brister som uppdagats inom äldreomsorgen har många orsaker och måste angripas på flera sätt. Olika former av kvalitetssäkring kan t.ex. förebygga uppkomsten av allvarliga missförhållanden. En effektiv tillsyn verkar i samma riktning. En tillsynsmyndighet kan dock inte granska varje enskilt ärende. Oavsett vilka åtgärder som vidtas för att på sikt höja den allmänna kvaliteten inom äldreomsorgen finns alltid en liten risk att enskilda individer kan komma att utsättas för försummelser, vanvård eller till och med övergrepp. Regeringen anser att skyddslösheten hos de äldre som är helt beroende av socialtjänsten motiverar vissa regeländringar i syfte att förbättra insynen och kontrollen av omsorgerna om dem. Brister i omsorgerna om äldre och funktionshindrade kan bättre följas upp och förebyggas med en lagstadgad skyldighet att anmäla sådana. På så vis kan socialnämnden eller den enskilde omsorgsgivaren genom en systematisk bevakning bättre upptäcka risker för framtida händelser. Dessutom får tillsynsmyndigheten en bättre utgångspunkt för sin verksamhetstillsyn. Ett sådant lagstadgat system bidrar också till att den enskildes intressen bättre kan tillvaratas.

Socialtjänstens insatser syftar till att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och ett aktivt deltagande i samhället. Socialtjänstens insatser skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Samtidigt är det obestridligt att

vissa äldre till följd av fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar eller av rädsla för att stöta sig med personalen eller annan inom socialtjänsten, kan ha mycket svårt att framföra konkreta klagomål på vården och få gehör för sina synpunkter, även om dessa är klart befogade. Det är främst för dessa fall som det bör finnas en särskild skyldighet för de i vården verksamma att bevaka att den enskilde får tillfredsställande omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Detta löser självfallet inte alla problem, men kan tillsammans med en förbättrad tillsyn och andra kvalitetshöjande åtgärder bidra till ökad trygghet för de mest utsatta äldre.

Till den del vård ges enligt hälso- och sjukvårdslagen kan erinras om att det åvilar var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att en patient skall ges en sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. En anmälningsskyldighet föreligger för såväl personal som vårdgivare när det gäller fall då en patient i samband med undersökning, vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Dessa regler får i huvudsak anses tillfyllest när det gäller att upprätthålla kvaliteten på sjukvårdssatser som ges inom äldreomsorgen.

Det anförda aktualiserar frågan om införande av en generell skyldighet även för personal inom äldre- och handikappomsorg att anmäla missförhållanden i vården, såväl generella sådana som brister i omvårdnaden om enskilda personer. Som ovan framhållits är situationen annorlunda inom socialtjänstens ansvarsområde än när det gäller hälso- och sjukvård. En ny reglering får inte utformas så att den i något läge kan komma i konflikt med en äldre människas rätt till självbestämmande. Om den enskilde har förmåga att själv ta ställning och uttryckligen motsätter sig att en viss anmälan görs bör detta respekteras. En anmälningsskyldighet på detta område tar alltså principiellt sikte på den situationen att den enskilde inte själv förmår eller vågar göra anmälan eller ta ställning till detta. Formellt behöver dock en skyldighet att underrätta den som ansvarar för verksamheten eller tillsynsmyndighet om iakttagna missförhållanden inte ha denna begränsning, utan kan gälla generellt. Det kan här erinras om att sekretessen för sådana uppgifter inte påverkas då uppgifterna stannar inom socialtjänsten eller hos tillsynsmyndighet.

Regeringen anser alltså att det i socialtjänstlagen bör införas särskilda bestämmelser varigenom var och en som är verksam inom omsorgen om äldre eller funktionshindrade åläggs att vaka över att enskilda människor får god omvårdnad och trygga levnadsförhållanden och att anmäla eventuella missförhållanden till socialnämnden eller den som annars svarar för verksamheten. Detta bör gälla såväl inom kommunal som enskild verksamhet. Det åligger därvid den verksamhetsansvarige att utan dröjsmål rätta till missförhållandet. Om missförhållandet inte snarast åtgärdas, skall det föreligga en skyldighet för socialnämnden eller den som annars svarar för verksamheten att göra en anmälan till tillsynsmyndigheten.

Tillsynsmyndighet för verksamhet enligt socialtjänsten är länsstyrelsen. Detta gäller även sådan enskilt bedriven verksamhet för vilken det krävs tillstånd enligt 69 § socialtjänstlagen. När det gäller enskilt bedriven verksamhet har därutöver socialnämnden tillsynsansvar för den löpande

verksamheten. Tillsynsmyndigheten har sedan enligt sin allmänna tillsynsskyldighet att följa upp att åtgärder vidtas för att avhjälpa bristerna.

*Lagrådet* har pekat på att den föreslagna anmälningsskyldigheten enbart innebär en skyldighet att anmäla missförhållandet till den verksamhetsansvarige och att det bör förtydligas att möjligheten alltid står öppen att göra en anmälan till tillsynsmyndigheten i det fall den verksamhetsansvarige inte fullföljer sina åligganden enligt bestämmelsen eller om det finns skäl att tro att så skulle vara fallet.

Regeringen gör liksom *Lagrådet* den bedömningen att det inte föreligger något lagligt hinder för en enskild att göra en anmälan till tillsynsmyndigheten om missförhållanden i verksamheten. Sekretess gäller för uppgift om enskilds personliga förhållanden om det kan vara till men för den enskilde och motsvarande tystnadsplikt inom enskilt bedriven verksamhet gäller för enskilds personliga förhållanden. Dessa bestämmelser kan inte sägas utgöra hinder för anmälan av missförhållanden till tillsynsmyndighet. I motsvarande bestämmelse om anmälningsskyldighet för personal inom hälso- och sjukvården, den s.k. lex Maria – 7 a § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården – finns ingen motsvarande erinran intagen. Att införa en sådan erinran i socialtjänstlagen skulle lätt kunna leda till missförstånd och till motsatsvisa slutsatser. Regeringen anser därför att det inte är lämpligt att göra ett sådant tillägg.

Den föreslagna anmälningsskyldigheten har inte förenats med någon bestämmelse om sanktion för den som inte fullgör sin anmälningsplikt. Anledningen till detta är att syftet med bestämmelsen i första hand är att komma till rätta med missförhållanden och att en anmälningsskyldighet skall vara ett stöd för personal och andra verksamma att göra anmälan utan rädsla för repressalier.

Den föreslagna anmälningsskyldigheten kräver ingen ändring i sekretesslagen, eftersom anmälan i första ledet stannar inom samma myndighet och när det gäller anmälan till tillsynsmyndighet, lagstöd för sekretessgenombrott redan finns i 14 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). Enligt regeringens mening kan det emellertid finnas skäl att utöver den föreslagna anmälningsskyldigheten öppna en möjlighet för personal att utan hinder av sekretess lämna uppgifter om allvarliga missförhållanden rörande vården av en enskild person till annan myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till enskilt verksamma läkare eller sjuksköterskor eller till den enskildes anhöriga. En sådan ändring av sekretesslagen måste dock beredas ytterligare, varför regeringen avser att återkomma i den frågan.

### 7.5.3 Förtroendenämnder

**Regeringens bedömning:** Det är viktigt att det finns opartiska instanser dit enskilda och anhöriga kan vända sig när det uppstår problem i samband med vård och omsorg. Den pågående omstruktureringen av hälso- och sjukvården medför att de ärenden som når förtroendenämnderna i ökad utsträckning rör insatser som både landsting och

kommuner svarar för. Det finns behov av förtroendenämnder som kan arbeta med problem i vården oavsett huvudmannaskap. Det är regeringens avsikt att återkomma till riksdagen i denna fråga.

**Skälen för regeringens bedömning:** Den enskilde har inom vård och omsorg en utsatt ställning och befinner sig i ett psykologiskt underläge gentemot vårdgivaren. Det är därför viktigt att det finns en opartisk instans dit den enskilde kan vända sig för att framföra sina synpunkter och klagomål samt för att få hjälp att förbättra situationen då det uppstår problem inom vården och omsorgen. För detta ändamål finns i landsting och kommuner s.k. förtroendenämnder. Till förtroendenämndernas uppgifter hör att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är därför viktigt att nämndernas sammansättning speglar samhällets mångfald. Förtroendenämnderna skall också förmedla den hjälp som förhållandena kräver till enskilda och/eller anhöriga. Nämnderna ger bl.a. råd, stödsamtal, hänvisningar till rätt vårdgivare samt hjälper till så att den enskilde får vård i rätt tid och med ett respektfullt och värdigt bemötande. Nämnden kan även ge hjälp med skadeanmälningar till Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen samt när så erfordras till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Förtroendenämndsverksamheten regleras genom lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Nämnden har inga disciplinära befogenheter utan arbetar som en rådgivande instans. En kommun som ingår i ett landsting får överlåta sin uppgift till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta.

I regel finns det en förtroendenämnd inom varje landsting. Sedan år 1992 är kommunerna skyldiga att tillhandahålla förtroendenämndsverksamhet för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för efter Ädelreformen. Drygt två tredjedelar av kommunerna har genom avtal överlämnat uppgiften till landstingens förtroendenämnder. Övriga kommuner har valt att inrätta egna nämnder.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000, har haft regeringens uppdrag att bl.a. överväga åtgärder som kan stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. I sitt delbetänkande Patienten har rätt (SOU 1997:154) konstaterar kommittén att den pågående omstruktureringen av hälso- och sjukvården medfört att de ärenden som når förtroendenämnderna i ökad utsträckning rör insatser som både landsting och kommuner svarar för. Såväl landstingens som kommunernas förtroendenämnder har pekat på att förtroendenämnderna har behov av att kunna arbeta med hela vårdkedjan. Kommittén föreslår därför att en ny lag om patientnämnd m.m. skall ersätta nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet. Vidare föreslås att nämndernas arbetsområde skall utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. De organisatoriska förutsättningarna för nämndernas verksamhet föreslås inte ändras, men man framhåller att det är angeläget att landsting och kommuner söker samarbetslösningar som gör det möjligt att arbeta med problem i hela vårdkedjan genom att inrätta patientnämnder som besitter erfarenhet både från kommunernas och landstingens hälso- och sjukvård. En ut-

vidgning av patientnämndernas arbetsuppgifter är motiverad för att dessa skall kunna stödja och hjälpa personer som är missnöjda med vården och omsorgen utan att behöva fastna i definitionsfrågor kring vad som är hälso- och sjukvård respektive hemtjänst. Utredningens förslag remissbehandlas för närvarande.

Utredningen om bemötande av äldre redogör i sitt delbetänkande *Brister i omsorg* (SOU 1997:51) för utvecklingstendenser och erfarenheter hos landets förtroendenämnder. Av redogörelsen framgår att en anmälan till en förtroendenämnd ofta berör flera aspekter, t.ex. klagomål som samtidigt avser behandling och bemötande. Bristande kommunikation mellan vårdpersonal och enskilda och/eller anhöriga kan ses i de flesta anmälningar. Andra klagomål avser omvårdnad och gäller t.ex. bristande hänsyn till enskilda personers individuella behov av vård, tillsyn, omvårdnad och hjälpmedel. Brist på samverkan mellan den enskilde, anhöriga, distriktsläkare samt kommunens handläggare är ytterligare synpunkter som framkommer.

Av redogörelsen framgår vidare att få anmälningar till förtroendenämnderna avser personer över 65 år. Trots att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder avspeglas detta inte i antalet kontakter med äldre personer. Som skäl för detta anges bl.a. att denna åldersgrupp ofta inte vågar säga ifrån på grund av ängslan över att bli sämre bemötta. Ett annat skäl kan vara att man inte vet vart man skall vända sig. Anmälningar som avser äldre är ofta mycket komplexa till sin karaktär. Fler vårdgivare är inblandade än i övriga anmälningar. Brister i vård och omsorg anmäls dessutom för det mesta av anhöriga.

Den pågående omstruktureringen av hälso- och sjukvården medför att de ärenden som når förtroendenämnderna i ökad utsträckning rör insatser som både landsting och kommuner svarar för. För den enskilde är det en fördel att kunna vända sig till endast en instans om det uppstår problem inom vården, oberoende av om det är kommunen eller landstinget som svarar för verksamheten. Det är därför angeläget att kommuner och landsting ser vården som ett gemensamt åtagande och att man söker samarbetslösningar som gör det möjligt att arbeta med problem i hela vårdkedjan.

Trots information om förtroendenämnderna är dess verksamhet okänd bland många medborgare, och även bland sjukvårdspersonalen. Det är väsentligt att en fortsatt och intensifierad information till allmänheten sker. Särskilt viktigt synes detta vara till enskilda, anhöriga och personal inom den kommunala vården. Informationen måste lämnas på ett sådant sätt och i sådan form att personer med annan språklig bakgrund kan tillgodogöra sig den. HSU 2000 har i sitt betänkande *Patienten har rätt*

(SOU 1997:154) bl.a. föreslagit att en ny lag om Patientnämnd m.m. skall ersätta nuvarande reglering och att nämndernas arbetsområde utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. Det är regeringens avsikt att återkomma till riksdagen i denna fråga.

**Regeringens förslag:** Bestämmelsen i socialtjänstlagen om att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet kompletteras med dels en bestämmelse om att kvaliteten i verksamheten fortlöpande skall utvecklas och säkras, dels en särskild bestämmelse som gäller omsorger om äldre och funktionshindrade, varigenom regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ges rätt att meddela de föreskrifter som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa.

Angående lagförslagets beredning, se avsnitt 3.

**Skälen för regeringens förslag:** I regeringens proposition Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) föreslogs att det i socialtjänstlagen skulle införas en bestämmelse för att markera betydelsen av att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. Förslaget gick tillbaka på ett förslag från Socialtjänstkommittén, vilket mottagits positivt av remissinstanserna. Flera remissinstanser pekade dock på olika tolkningssvårigheter och efterlyste preciseringar och metoder för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.

Regeringen erinrade om att det såväl på central nivå som i kommunerna bedrivs ett omfattande arbete för att finna metoder att utveckla och bedöma kvalitet. En nationell initiativgrupp för kvalitetsutveckling har bildats i samarbete mellan Socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet och Föreningen Sveriges Socialchefer. Regeringen såg positivt på det pågående utvecklingsarbetet och konstaterade samtidigt att det är svårt att bedöma och definiera kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter. Kvalitet är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektiva sätt. Människors olika behov och förväntningar påverkar deras föreställningar av vad som är god kvalitet. Socialtjänsten har betydelse för flera intressenter. Kvalitet kan därför inte enbart ses ur klientens/brukarens perspektiv utan bör även bedömas ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv.

Regeringen pekade vidare på ett antal faktorer som har betydelse för kvaliteten på insatser inom socialtjänsten, bl.a. rättssäkerhet, den enskildes medinflytande, en lätt tillgänglig vård och service, samt ett genomtänkt arbetssätt. Frågor om bemötandet av enskilda inom socialtjänsten framhölls särskilt. Beträffande kvalitet i äldreomsorgen erinrade regeringen om att socialtjänstens insatser för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Omsorgs- och vårdinsatser skall utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Bland faktorer som påverkar kvaliteten i äldreomsorgen framhölls bl.a. samverkan med andra verksamheter och organ samt ett integrerat synsätt, där den enskildes behov och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa. God kvalitet förutsätter att den enskilde ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och respekt för vars och ens särart, vilja och

önskemål. Ett gott bemötande kräver kunnighet, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati – ett medvetet förhållningssätt.

Vid riksdagsbehandlingen (bet. 1996/97:SoU18) tillstyrkte socialutskottet propositionens förslag och anförde bl.a. att för att uppnå god kvalitet krävs personal med lämplig utbildning och erfarenhet och med ett sådant förhållningssätt till de hjälpbehövande att dessa upplever trygghet i mötet med socialtjänsten och i den vård som ges. Utskottet delade också regeringens inställning att kompetensutvecklingen måste ske ute i verksamheterna och utgöra en integrerad del i en pågående utvecklings- och förnyelseprocess.

Riksdagen följde utskottet (rskr. 1996/97:264). Sedan den 1 januari 1998 gäller därför enligt den nya 7 a § socialtjänstlagen att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet och att det för utförande av socialnämndens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Regeringen ser den nya bestämmelsen som ett viktigt steg på vägen mot en mera öppen syn på socialtjänstens verksamhet. Den ställer krav på uppföljning och utvärdering av de insatser som görs liksom på en anpassning av utbud och innehåll med hänsyn till utvecklingen i omvärlden. Samtidigt är begreppet kvalitet inte entydigt. Det behövs ett fortsatt arbete för att konkretisera innebörden härav i olika fall och ge kunskap om metoder för att kontrollera och utveckla kvaliteten i verksamheten. Respekten och lyhördheten för enskildas behov och önskemål är dock ett centralt kvalitetskriterium, som måste ges stor tyngd vid all kvalitetsutveckling inom socialtjänsten.

I detta sammanhang kan finnas anledning att erinra om att det på hälso- och sjukvårdsområdet sedan länge finns bestämmelser om god kvalitet och numera även om kvalitetssäkring. Det är önskvärt att det även på socialtjänstområdet sker ett motsvarande arbete för att utvärdera olika vårdinsatser och analysera förekommande förändringsbehov. Arbetet med kvalitetssäkring inom sjukvården kan härvid ge värdefulla erfarenheter för utvecklingen av motsvarande verksamheter inom socialtjänsten. Samtidigt bör erinras om att förutsättningarna i vissa avseenden är olika. Vad som krävs av sjukvården är ofta tämligen klart. Det kan vara svårare att precisera vad som är kvalitet inom socialtjänsten, bl.a. med hänsyn till de varierande lösningar som här kan förekomma, inte minst inom äldreomsorgen. En annan skillnad gentemot hälso- och sjukvården är att den enskildes önskemål om utformningen av insatserna spelar en långt större roll på socialtjänstområdet. Enligt regeringens uppfattning är det rimligt att anta att det behöver utvecklas särskilda metoder för kvalitetsbedömningar även inom socialtjänsten vilka bl.a. beaktar möjligheterna till alternativa lösningar och värderar följsamhet till enskildas önskemål.

Regeringen föreslår därför att bestämmelsen i socialtjänstlagen om att insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet kompletteras med en bestämmelse om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.

När det gäller socialtjänstens insatser för äldre och funktionshindrade är det särskilt angeläget att arbetet med kvalitetsbedömning och kvali-

tetsutveckling snarast kommer igång i alla kommuner. De äldre blir allt fler, och med ökande levnadsålder blir också allt fler beroende av socialtjänstens stöd- och omvårdnadsinsatser. För att äldre människor skall kunna känna trygghet även när deras egna krafter sviktar måste det stå klart att socialtjänsten kan tillhandahålla det stöd som behövs i olika situationer, med bibehållen respekt för individens självbestämmande och integritet. Regeringen anser därför att arbetet med att utveckla metoder för kvalitetsbedömningar inom äldreomsorgen bör ges särskild prioritet.

Inom äldreomsorgen kan det många gånger vara svårt att skilja ut om en insats ges enligt hälso- och sjukvårdslagen eller utifrån socialtjänstlagen. Verksamheten inom sjukhem och hälso- och sjukvårdsinsatser inom andra särskilda boendeformer för äldre är sedan genomförandet av Ädel-reformen ett kommunalt ansvar. Även hemsjukvård kan vara ett kommunalt ansvar om kommunen och landstinget har träffat överenskommelse om det. Det är bara läkarinsatser som fortfarande åvilar landstinget. När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser, och även insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, finns bestämmelser om kvalitetssäkring och en rätt för Socialstyrelsen att utfärda föreskrifter. I regeringsformens 8 kap. 7 § sägs att regeringen efter bemyndigande får meddela vissa föreskrifter. Vidare anges i 8 kap. 11 § att om regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter kan riksdagen medge att regeringen delegerar föreskrifträtten till en myndighet. Den bestämmelse som är aktuell i nu avsett förhållande är 1. skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa. Generellt sett kan inte socialtjänstens insatser sorteras in under den bestämmelsen. När det gäller omvårdnadsinsatser för framförallt äldre människor har emellertid socialtjänstens insatser kommit att omfatta allt äldre och allt sjukare gamla. Det kan därför vara befogat att införa motsvarande bestämmelse när det gäller socialtjänstens insatser i omsorgerna om äldre och funktionshindrade människor. Socialstyrelsen får också härigenom en möjlighet att meddela gemensamma föreskrifter för socialtjänst och hälso- och sjukvård inom detta område.

Socialstyrelsen har också genom sin uppgift att utfärda allmänna råd på socialtjänstområdet ett särskilt ansvar för att sprida kunskap och vägledning till kommunerna i dessa frågor. Regeringen har i denna del erfarit att det inom Socialstyrelsen har inletts ett arbete som syftar till utarbetande av allmänna råd om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling beträffande insatser för äldre och för människor med funktionshinder. Regeringen anser det synnerligen angeläget att arbete fullföljs med kraft och utgår från att styrelsen ger utfärdandet av dessa allmänna råd förtur i sin verksamhet.

## 7.6 Mer forskning, ökad kunskap och kompetens

### 7.6.1 Ett nytt forskningsprogram för äldre

<p><b>Regeringens bedömning:</b> Äldreforskningen bör förstärkas med, jämfört med dagsläget, 10 miljoner kronor år 1999, 20 miljoner kronor år</p>
--

2000 och 30 miljoner kronor årligen fr.o.m. år 2001. Medlen bör tillföras Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) varvid en del årligen bör få användas för SFR:s samordningsinsatser och administration av forskningsmedlen. Regeringen avser att återkomma med förslag i budgetpropositionen för år 1999.

SFR bör vidare ges i uppdrag att i samråd med berörda intressenter utarbeta ett förslag till forskningsprogram. En samrådsgrupp bör tillsättas för att följa genomförandet av programmet. SFR bör årligen till regeringen redovisa en uppföljning av hur förutsättningarna för äldreforskningen utvecklas.

### **Skälen för regeringens bedömning:**

#### *Situationen inom äldreforskningsområdet – brister och behov*

I takt med det ökande antalet äldre i befolkningen växer också betydelsen av forskning kring åldrandet och de äldres villkor i samhället. En viktig del av äldreforskningen är forskningen om vård och omsorg för de äldre. Äldreforskningen är ett forskningsområde som vuxit fram först under efterkrigstiden. Området var från början huvudsakligen medicinskt inriktat, men även en mer social inriktning började diskuteras under slutet av 1950-talet. År 1974 inrättade regeringen ett sektorsforskningsorgan, Delegationen för Social forskning (DSF), som fick ansvar för den sociala äldreforskningen.

Som en följd av ett initiativ från äldreberedningen (SOU 1987:21) uppdrog regeringen år 1988 till DSF och Forskningsrådsnämnden (FRN) att kartlägga och analysera existerande äldreforskning och ge förslag till ett samlat program för forskning inom området. En arbetsgrupp som bildades kunde konstatera att forskningen inom äldreområdet är en utpräglad tvärvetenskaplig verksamhet, som berör flera kunskapsområden. Verksamheten var organiserad i ett antal separata projekt med kortsiktig finansiering och utan inbördes samordning. Resultatet av detta var, menade gruppen, att forskningsfälten var mycket ojämnt täckta och att det saknades en långsiktig kunskapsutveckling samt teori- och metodutveckling.

På grundval av den forskningspolitiska propositionen (prop. 1989/90:90) inrättades tre professurer med inriktning på de äldre. Det nybildade Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) gavs ett särskilt ansvar för äldreforskning och rådet har sedan inrättat flera doktorand- och forskarassistenttjänster, varav några med inriktning på äldreomsorg. Ett antal programstöd beviljades vid några universitetsinstitutioner. Senare riksdagsbeslut med anledning av forskningspolitiska propositioner har i allt väsentligt fastlagt den utveckling av äldreforskningen som skedde i och med beslutet år 1991. Den tillämpade äldreforskningen har också fått ökat stöd från olika forskningsstiftelser, såsom Vårdalsstiftelsen och KK-stiftelsen. Ett särskilt program påbörjades år 1997 för den longitudinella forskningen.

Trots de något utökade resurserna i förhållande till slutet av 1980-talet gäller fortfarande att olika delområden inom framförallt äldreomsorgs-

forskningen är mycket ojämnt täckta. Inom många viktiga områden saknas verksamhet nästan helt och hållet. I SFR:s rapport "Aktuell svensk äldreforskning – en positionsbestämning" pekar man på att det som framförallt saknas är analyserande, förklarande och teoriprovande forskning. Det finns här ett mycket stort behov av långsiktig kunskapsuppbyggnad vad gäller teori, metod och tillämpning. Ett område med jämförelsevis god forskningstäckning avser personer med demenssjukdom, där det finns studier kring särskilt boende, dagvård, påfrestningar hos anhöriga m.m. Den relativt omfattande forskning som gjorts kring hemtjänsten är huvudsakligen inriktad på organisation och personalens arbetsförhållanden. Förutom boende för dementa saknas nästan helt forskning kring särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Frågor som rör mätning av vårdbehov och vårdtyngd som grund för resursfördelning saknas i stort sett helt.

En del svensk socialvetenskaplig äldreforskning har internationell anknytning i form av samarbetsprojekt med utländska forskare, främst från EU-länder samt USA och Kanada.

### *Bedömning av forskningsbehov*

Ovanstående översiktliga genomgång visar att forskning om äldre, oaktat en förhållandevis snabb utveckling under senare år, fortfarande måste anses vara av alldeles för begränsad omfattning i vårt land i förhållande till de mycket stora behov av kunskap som finns inom området. Vad är det då för ny kunskap som behövs?

Inom den sociala äldreforskningen handlar det bl.a. om:

- forskning kring de äldres levnadsförhållanden, sociala resurser, attityder och förhållningssätt till åldrandet
- utformning av äldreboende
- äldres autonomi och integritet

Inom den folkhälsovetenskapliga forskningen behövs

- longitudinella studier av utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga under olika sociala och ekonomiska villkor
- studier avseende möjligheterna till och nyttan av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder för de äldre
- studier av incidens, prevalens och naturalförlopp för bl.a. demenssjukdom

Inom vård- och omsorgsforskningen rörande de äldre behövs bland annat

- studier av effekterna av rehabilitering och sambandet mellan omsorgsformer och utvecklingen av omsorgsbehov
- utveckling av metoder för behovsmätning och utveckling av kriterier för tilldelning av omsorg (biståndsprovning)
- studier av de äldres läkemedelsutnyttjande
- metoder för omvårdnad vid olika typer av sjukdomstillstånd hos äldre (demensvård, sårvård, nutritionsbehandling, tandvård etc.)
- utveckling av principer för individuell vårdplanering (case management)

- utveckling av informationsunderlag och system för planering av kommunal äldreomsorg mot bakgrund av vårdbehov och resurser
- studier av samspelet mellan olika vårdformer, flödesanalyser, longitudinell analys av vårdkedjor, vårdprocesser i livets slutskede

### *Sambandet mellan forskning, utbildning och kompetensutveckling*

Som tidigare redovisats finns ett behov av ökad satsning på utbildning och kompetensutveckling inom äldreomsorgen. Parallellt med detta är det viktigt att genom högkvalitativ och systematisk forskning bygga upp en stabil kunskapsbas. Detta gäller såväl forskning kring organisation och modeller för samverkan som forskning av betydelse för kvalitet och effektivitet i omvårdnad och omsorg.

Genom utvecklingen av en forskningsbaserad yrkeskunskap inom vården och omsorgen om de äldre ökar också personalens status och möjligheterna förbättras att rekrytera och behålla personal med hög kompetens och med god motivation för arbetet. Tillgång till forskarutbildad personal ger vidare betydligt bättre förutsättningar för spridning och tillämpning av forskningsresultat, vilket för närvarande är ett problem. En förhöjd professionell nivå i verksamheten verkar också som en stabiliserande faktor gentemot alltför snabba kast när det gäller vårdmetoder och synsätt.

Användande av geografiska försöksområden som grund för en systematisk, långsiktig forskningsansats och utveckling av nationella kompetenscentra inom olika områden kan vara en metod att skapa en sådan vetenskaplig grund för ett professionellt yrkeskunnande. Resultaten av denna verksamhet kan sedan föras ut genom utbildnings- och fortbildningsinsatser av olika slag.

Alltfler vårdhögskolor som tidigare drevs av landstingen har nu överflyttats till den statliga högskolan. Regeringen anser att denna utveckling underlättar möjligheterna för studenter vid vårdhögskoleutbildningen att fortsätta på forskarutbildningen, framför allt på universitetsorterna där det är lättare att få god tillgång till kvalificerad handledning och stöd. Vidare underlättar en integrering av olika utbildningsområden att nya forskningsområden bildas. Detta ger ökade möjligheter för personal inom vård- och omsorgssektorn att forska inom den egna disciplinen eller det egna forskningsområdet.

### *Program för inriktning och fördelning av ekonomiskt stöd till äldreforskning*

Äldreforskningen arbetar med mycket små resurser. Sammantaget handlar det om statligt stöd till äldreforskning för tolv till femton miljoner kronor om året. Därtill kommer de satsningar som kommuner, landsting och andra gör lokalt och regionalt. Detta kan jämföras med de mycket stora offentliga utgifterna för försörjning, vård och omsorg av äldre som tar i anspråk cirka 13% av BNP (ca 230 miljarder kronor). En ökning av resurserna till äldreforskningen är därför nödvändig. Regeringen bedömer att en nivåhöjning med cirka 30 miljoner kronor skulle kunna vara

tillräcklig de närmaste åren. Mot bakgrund av den tid det tar att rekrytera forskare och förbereda genomarbetade forskningsprojekt bör medelstillskott i förhållande till dagsläget ske år 1999 med 10 miljoner kronor, år 2000 med 20 miljoner kronor och 30 miljoner kronor årligen fr.o.m. år 2001. En mindre del av dessa medel bör få användas för SFR:s utökade administrativa respektive utåtriktade insatser.

Regeringen avser att återkomma i budgetpropositionen för 1999 om hur det föreslagna medelstillskottet skall fördelas.

Med hänsyn till det breda spektrum av forskningsönskemål som riktas mot äldreforskningen är det nödvändigt att ett program utarbetas som kan ligga till grund för strategiska ställningstaganden från berörda intressenter. Eftersom SFR redan har samordningsansvaret för den socialvetenskapliga äldreforskningen är det lämpligt att SFR även får ansvar för utarbetande av programmet. Samråd måste därvid ske med de viktigaste berörda intressenterna, såväl finansiärer som avnämare och representanter för forskare utanför råden. En samrådsgrupp som följer genomförandet av programmet bör även tillskapas för vilken SFR bör svara för nödvändiga kanslifunktioner. SFR bör även årligen till regeringen redovisa en uppföljning av hur förutsättningarna för äldreforskningen utvecklas.

Det är av största vikt att forskningsinsatserna styrs mot de prioriterade frågeställningar som programmet lyfter fram samt att de koncentreras så att de ger högsta möjliga effekt och att de får en långsiktig inriktning. Möjligheterna att samarbeta och eventuellt även i viss utsträckning samplanera äldreforskning med våra nordiska grannländer bör vidare övervägas. Förutsättningarna bör undersökas huruvida en del av detta samarbete skulle kunna ske inom ramen för de forskningsmedel som Nordiska rådet disponerar. En strategi för det utomnordiska samarbetet, särskilt inom EU, bör formuleras. Därvid bör särskilt uppmärksammas att arbete pågår med utformning av det femte ramprogrammet för forskning och att ett forskningsområde håller på att formuleras kring befolkningens åldrande (ageing).

### 7.6.2 Satsning på fortbildning

**Regeringens bedömning:** Ett särskilt stimulansbidrag bör avsättas i kommande budgetproposition för år 1999 och tre år framåt med 80 miljoner kronor år ett och 70 miljoner kronor år två samt 60 miljoner kronor år tre, för att utveckla och genomföra fortbildningsinsatser för i första hand personer som är verksamma i arbetsledande funktioner inom äldreomsorgen.

**Skälen för regeringens bedömning:** De verksamhetsmässiga och organisatoriska förändringar som ägt rum inom äldreomsorgen liksom kommande förändringar ställer särskilda krav på arbetsledarnas kompetens och utbildning. Arbetsledarna har en nyckelposition i dagens äldreomsorg och har ett betydande ansvar för många frågor som rör äldre. Det är därför av största vikt att denna grupp får utbildning som svarar mot de behov som finns. De personer som idag arbetar som arbetsledare inom äldre-

och handikappomsorgen har en skiftande bakgrund. Eftersom utbildningen till arbetsledare inom äldreomsorgen blev högskoleutbildning först 1982 är det fortfarande många som saknar högskoleutbildning. Fram till år 1994 omfattade utbildningen 80 poäng, dvs. två års högskolestudier. Från och med år 1994 omfattar utbildningen enligt högskoleförordningen 1993:100, bil.3, minst 100 poäng. Vid många vårdhögskolor omfattar dock utbildningen idag 120 poäng. Detta betyder att de flesta som genomfört den treåriga utbildningen examinerats först under 1997.

Frågan om arbetsledarnas utbildnings- och kompetensbehov har uppmärksammats i flera utredningar och också i Socialstyrelsens tillsynsverksamhet. I Socialtjänstkommitténs delbetänkande om kunskap och kompetensutveckling (SOU 1996:58) och i Utredningen om bemötande av äldre (SOU 1997:170) framhålls att kraven på de som leder det sociala omsorgsarbetet har ökat väsentligt under 1990-talet. Arbetsuppgifterna för biståndsbedömare eller arbetsledare har av Socialtjänstkommittén sammanfattats i fyra kategorier: det sociala arbetet, den personalledande funktionen, verksamhetsansvaret samt uppgiften att samverka med andra vårdgivare och olika grupper i samhället.

Den personalledande funktionen innebär rekrytering, anställning, introduktion, utbildning, utveckling och arbetsrättsliga frågor. Hit hör också handledning och stöd till vårdpersonalen, att hjälpa till att lösa eventuella konflikter och att ansvara för en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Verksamhetsansvaret innebär att se till att de övergripande politiska målen uppfylls och att verkställa beslut enligt gällande mål och riktlinjer inom ett givet budgetansvar. Den långsiktiga planeringen att leda och utveckla verksamheten blir en allt viktigare del av arbetsuppgifterna. Samverkan med andra vårdgivare och med andra yrkesgrupper samt med pensionärs- och handikapporganisationer m.fl. är en viktig och växande uppgift. Då hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs integrerat ställer detta särskilda krav på en tydlig roll för verksamhetschefen.

För många av landets kommuner innebär ansvaret för medicinska uppgifter i ordinärt boende en påtaglig förändring för sjuksköterskor och hemstjänstassistenter i deras arbetsfält och yrkesroll. De olika personalgrupperna har skild kompetens och skilda perspektiv och det samarbete och den samordning av insatserna som Ädelreformen syftat till har inte varit helt okomplicerad. Den skiftande utbildningsbakgrunden och den mellanställning som arbetsledarna ofta har i organisationen har också gjort det svårare för dem att definiera och finna en gemensam yrkesidentitet.

Ökad kompetens hos arbetsledningen ökar förutsättningen för fortlöpande kvalitetsutveckling och en beredskap för förändringar i arbetet. De olika förslag som läggs i denna proposition och som gäller samverkan med andra vårdgivare samt med anhöriga och frivilliga organisationer, kvalitetsutveckling och förebyggande insatser understryker behovet av en väl fungerande arbetsledning.

Regeringen drar därför slutsatsen att fortbildningsbehovet både rör frågor om arbetsledning och chefsutveckling och specifika kunskaper när det gäller äldre och äldres behov av vård och omsorg. Arbetsledare i social omsorg bör både ha medicinska och sociala kunskaper och de olika

yrkesgrupperna, sjuksköterskor och hemtjänstassistenter i arbetsledande funktioner, bör vara väl orienterade om varandras kompetensområden. Regeringen bedömer att det finns behov av ökade kunskaper inom flera områden såsom t.ex. gerontologi och geriatrik, näringslära och läkemedelskunskap, demensvård och vård i livets slutskede.

Mot bakgrund av dels de ökade krav som verksamheten ställer på arbetsledarfunktionen samt dels att det finns ett väl dokumenterat behov av förbättring inom flera områden som rör arbetsledarnas ansvarsområden, handläggning, dokumentation, behovsbedömning och arbetsledning, bedömer regeringen att det finns ett omedelbart behov av fortbildning och kompetensutveckling för arbetsledarna inom äldreomsorgen. Huvudansvaret för kompetensutveckling av de kommunalt anställda ligger hos arbetsgivaren. Regeringen anser emellertid att det finns skäl att staten medverkar till att skapa förutsättningar för en kompetenshöjning av arbetsledarna inom vård och omsorg av äldre. Regeringen föreslår därför en statlig satsning på fortbildning för de som är verksamma i arbetsledande funktioner inom äldreomsorgen. Det övergripande syftet för en sådan fortbildning bör vara att öka kunskaperna i att arbetsleda och handleda personal mot de mål som är uppsatta för verksamheten och dels att ge specifika kunskaper om åldrandet. Fortbildningen bör planeras och genomföras i samarbete med Svenska Kommunförbundet.

**Regeringens bedömning:** Regeringen avser att inom kort återkomma med förslag till åtgärder när det gäller utbildnings- och kompetensbehoven samt personalförsörjningen inom äldreomsorgen. Förslagen skall tas fram i samarbete med bl.a. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och arbetsmarknadens parter. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa i vilken utsträckning kommuner och landsting lokalt utvecklar strategier för rekrytering och kompetensutveckling.

**Skälen för regeringens bedömning:** Ädelreformen, psykiatri- och handikappreformerna har medfört att kommunerna under senare år fått ett allt större ansvar för vård och omsorg. Detta har bl.a. inneburit att tyngdpunkter i arbetsinnehållet förskjutits från övervägande servicebetonade insatser till personlig omvårdnad, tillsyn och sjukvård. Personalen möter alltså idag människor som är mer vårdkrävande och har mer komplexa hjälpbehov jämfört med vad som var fallet för 10 år sedan. Detta ställer självfallet större krav på kunskaper och kompetens inte minst när det gäller kvalificerad omvårdnad och medicinska insatser. Kraven på kompetens har också ökat i sådana avseenden som har med personalens attityder och förhållningssätt att göra.

Även om det inom den kommunala äldreomsorgen av idag finns ett större antal yrkesgrupper representerade, inklusive sådana med medicinsk och rehabiliteringsinriktad utbildning, och även om allt fler bland de andra yrkesgrupperna har någon form av utbildning, grundutbildning från gymnasieskolans omvårdnadsprogram eller högskolans omsorgsutbildning har den förändring som skett av hjälpbehoven varit så dramatisk att utbildnings- och kompetensutvecklingen inte kunnat hålla jämna steg.

Regeringen anser att det är av stor vikt att de yrkesgrupper som arbetar inom äldreomsorgen får utbildning som svarar mot de ökade kraven inom vård- och omsorgsområdet.

Inom bl.a. utbildningsområdet har regeringen sedan tidigare gjort vissa satsningar för att höja utbildningsnivån hos personalen inom äldreomsorgen. Samtliga gymnasieutbildningar omfattar idag tre år och högskoleutbildningen inom vård och omsorg har likaså förlängts från två till tre år. Det finns också ett rikt utbud av fortbildning och vidareutbildning vid högskolan.

Sedan år 1995 har vårdskoleutbildningen i flera landsting genom avtal förts över till den statliga högskolan. Den 1 oktober 1997 presenterades en första utvärdering av det statliga övertagandet av vårdhögskoleutbildningarna i rapporten Vårdhögskolor nu och i framtiden. Av rapporten framgår att erfarenheterna av vårdhögskoleutbildning som överflyttats till den statliga högskolan är mycket positiva. Hittills har vårdhögskoleutbildningarna vid landstingen i Stockholm, Uppsala, Sörmland, Östergötland, Kalmar, Kristianstad, Malmöhus, Halland Örebro, Västmanland, Västernorrland, Jämtland samt Västerbotten överflyttats till statliga högskolor. Diskussioner om att sluta avtal pågår för närvarande i samtliga övriga landsting. Som ett led i det kvalitetsförbättrande arbete som pågår

inom ramen för vårdhögskoleutbildningen är det också regeringens målsättning att samtliga utbildningar skall överflyttas till den statliga högskolan under år 1998.

De statliga högskolorna har visat ett stort intresse för att ta tillvara vårdhögskolornas erfarenheter av yrkesinriktad utbildning. Antalet disputerade lärare vid vårdhögskolorna har ökat markant. På flera håll i landet pågår en viss samordning mellan sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen och också med sjuksköterskeutbildningen.

Sedan 1996 pågår en försöksverksamhet med eftergymnasial kvalificerad yrkesutbildning (KY). Kommittén för kvalificerad yrkesutbildning har regeringens uppdrag att sköta försöksverksamheten. Den flexibla organisationsform som KY representerar och den nära koppling som utbildningarna har till arbetslivet gör att KY snabbt kan svara upp mot arbetsmarknadens efterfrågan på arbetskraft. Regeringen föreslår i den ekonomiska vårpropositionen att KY-verksamheten förlängs fram till och med år 2001 och att antalet platser från år 1999 utökas från 8 800 till 12 000 per år. Regeringen har även för avsikt att ge kommittén som leder verksamheten förnyade direktiv under återstoden av försöksperioden i syfte att ytterligare koncentrera platsfördelning till yrkesområden med uttalad brist på arbetskraft. Kommittén kommer också att ges i uppdrag att särskilt uppmärksamma behov på vårdområdet, bl.a. vad avser fortbildning av undersköterskor samt initiera utbildning inom dessa områden.

Att tillgodose verksamhetens krav på kompetensutveckling hos de anställda är en uppgift för den lokala arbetsgivaren. I många kommuner har man också genom betydande satsningar på fortbildning och andra kompetenshöjande åtgärder kunnat höja personalens utbildningsnivå. Svenska Kommunförbundets äldreberedning har i sitt arbete givit frågorna om personalutveckling och personalrekrytering hög prioritet. Flera aktiviteter genomförs som syftar till att analysera förutsättningarna för rekrytering, beskriva framtida yrkeskrav och utveckla lokala personalpolitiska strategier som förenas med verksamhetens utveckling.

I stor utsträckning har kommunerna försökt tillgodose de ökade behoven av medicinsk kompetens genom att dels nyrekrytera medicinskt utbildad vårdpersonal, dels ge vårdbiträden undersköterskekompetens. De kommunala åtgärderna har bl.a. kunnat ske med hjälp av statligt stöd till särskilda satsningar på gymnasial vuxenutbildning (Kunskapslyftet). Utbildning har också kunnat erbjudas med stöd av statliga arbetsmarknadsmedel eller med särskilda utvecklingsbidrag.

Vid högskolorna förs också en kontinuerlig diskussion med arbetsgivare och yrkesorganisationer om innehållet i de olika utbildningarna. Regeringen vill framhålla att när det gäller utvecklingen av dagens utbildningar fyller arbetsgivarna en viktig funktion för att precisera vilka krav som utbildningarna måste uppfylla.

Trots de insatser som görs och den i många avseenden positiva utveckling som ägt rum de senaste åren har i olika sammanhang en rad brister när det gäller personalens utbildningsnivå uppmärksammas. Inom ramen för Socialstyrelsens verksamhetstillsyn har t.ex. bristande kompetens hos arbetsledningen vid upprepade tillfällen utpekats som orsaker till bristande kvalitet. Bland den kommunala vårdpersonalen saknar stora

grupper den grundläggande vårdutbildningen. Bemötandeutredningen har riktat viss kritik mot utbildningarna när det gäller att förmedla kunskaper och förutsättningar för att ge vårdtagaren ett värdigt bemötande. Vidare har Socialstyrelsen i ädelutvärderingen ifrågasatt om de existerande grundutbildningarna motsvarar de krav som ställs på äldreomsorgen bl.a. när det gäller att integrera socialt och medicinskt arbete.

Samtidigt vill regeringen också framhålla den stora kunskap och erfarenhet som finns hos personalen inom äldreomsorgen. Regeringen anser emellertid att ytterligare åtgärder måste vidtas för att ge förutsättningar för att utveckla och förändra existerande utbildningar så att de bättre svarar mot de behov som finns inom äldreomsorgen. Utgångspunkten måste vara att tydligare definiera vilken kompetens som krävs inom äldreomsorgen. Regeringen avser därför att inom ramen för äldreprojektet tillsätta en arbetsgrupp med representanter för berörda departement, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet samt arbetsmarknadens parter för att göra en översyn av utbildnings- och kompetensbehovet som grund för åtgärder på kort och lång sikt. Regeringens avsikt är att inom kort kunna redovisa ett åtgärdsprogram för att stärka kompetensen.

De personalkategorier som arbetar inom äldreomsorgen och de utbildningar på statlig, regional och lokal nivå som förbereder för arbete inom omvårdnad och social omsorg bör kartläggas. Behovet av ytterligare åtgärder för att stimulera utbildningsinsatser för den vårdpersonal som fortfarande saknar grundutbildning bör särskilt prioriteras. Det är också angeläget att få en bättre bild av behovet av fortbildning för speciella grupper, t.ex. de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna men även för andra sjuksköterskor i den kommunala äldre vården.

Frågor som rör den framtida personalförsörjningen bör också ingå i översynen. Redan nu kan konstateras att det fram till år 2010 kommer att finnas ett ökat behov av personal inom äldreomsorgen, liksom inom sjukvården. Det rör sig framförallt om sjuksköterskor. Landstingsförbundet har beräknat att det kommer att finnas ett rekryteringsbehov som vida överstiger antalet utexaminerade, om inget görs för att öka antalet som tar examen.

Regeringen vill i detta sammanhang betona att det ökade utbildningsbehovet mycket väl kan omfatta även andra grupper än sjuksköterskor, t.ex. arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare. Enligt Landstingsförbundet är det framtida rekryteringsbehovet stort också när det gäller yrkesgrupper utanför högskolan, särskilt undersköterskor.

Regeringen kommer därför som en särskild del av åtgärdsprogrammet för äldrepolitiken att redovisa hur dessa utbildningar bör byggas ut och utvecklas för att möta framtidens behov.

En viktig fråga är hur arbetet inom äldreomsorgen skall göras attraktivt för yngre människor, inte minst män. En jämnare könsfördelning bland såväl chefer som personal ökar kvaliteten i vårdarbetet och stimulerar utvecklingen i personalgruppen. Orsakerna bakom det vikande intresset för utbildningen inom området bör därför kartläggas. En avvägning av behovet av olika yrkeskompetens inom äldreomsorgen bör göras. Det gäller såväl arbetsledare och vårdpersonal som tillgången på geriatrisk kompetens och allmänläkarkompetens. Det förhållandevis stora antalet

timanställda inom äldreomsorgen bör uppmärksammas eftersom detta riskerar att öka personalomsättningen och leda till bristfällig kontinuitet i omsorgen.

Av betydelse för den framtida personalförsörjningen är också insatser för att skapa en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö. Det kan gälla målmedvetna satsningar som tar tillvara olika förmågor hos personalen i verksamheten, tillgången på handledning eller stöd till personalen att söka vidareutbildning. Även andra insatser som görs för att öka yrkesstoltheten hos personalen ge dem möjlighet att utvecklas t.ex. genom att använda nyvunna kunskaper i arbetet. De projekt som pågår på många håll för att utveckla arbetsorganisationen och för att bättre ta tillvara personalens engagemang och erfarenhet och erbjuda handledning bör därför lyftas i denna översyn.

Utbildningarna på alla nivåer inom vård och omsorg behöver följas upp och utvärderas. Förslag bör ges till hur dessa kan utformas för att snabbt kunna förändras till att möta nya och förändrade behov.

När det gäller kompetensutveckling och rekrytering har kommuner och landsting ett huvudansvar. Regeringen vill därför understryka behovet av att dessa lokalt utvecklar strategier för rekrytering och för kompetensutveckling. Regeringen avser därför också att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp i vilken utsträckning sådana strategier utvecklats.

#### 7.6.4 Uppföljning och utvärdering

**Regeringens bedömning:** Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) utforma ett konkret förslag till ett system för rikstäckande individbaserad statistik inom äldreomsorgen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Med uppföljning avses att mäta och beskriva prestationer och verksamhet i fysiska termer. Detta kräver en väl fungerande verksamhetsstatistik och kostnadsredovisning. Utvärderingen avser effekterna av verksamheten mätt i ekonomiska, kvalitets- eller andra termer. Detta är betydligt mer komplicerat. I och med övergången till generella statsbidrag har den statliga uppföljningen och utvärderingen av den kommunala verksamheten blivit ett viktigt inslag i ansvarsfördelningen mellan statlig och kommunal sektor. Uppföljning och utvärdering bör i princip avse resultaten av verksamheten och inte metoderna för att uppnå dessa resultat. Inom stora delar av den kommunala verksamheten finns dock i dag bara små möjligheter till utvärdering i strikt mening. Endast på lång sikt är det därför möjligt att tillämpa en resultatstyrning som enbart är baserad på effekter. Inom många verksamheter är också metoder och resultat så sammanvävda i vartannat att en strikt gränsdragning inte är möjlig. Detta gäller inte minst äldreomsorgen, där kvalitén i omvårdnaden till stor del är det egentliga resultatet. Detta gör att det för den statliga uppföljningen och utvärderingen krävs uppgifter även utöver sådana som är av ren resultatkaraktär.

Betydelsen av att registrera omvårdnad samt vård och behandling på individnivå har ökat på senare år i takt med att utvecklingen på datorområdet gett nya tekniska möjligheter till bearbetning av stora datamängder. Det finns klara fördelar med en individrelaterad äldreomsorgsstatistik. Man erhåller en bättre kvalitet och flexibilitet i redovisningen och möjligheter till analyser av ett helt annat slag än som är möjligt med de aggregerade uppgifterna. Genom övergång till en individbaserad statistik erhålles också en bättre anpassning till statistiken inom hälso- och sjukvården. Individbaserad statistik ger också ett helt annat underlag för forskning.

### *Uppdrag avseende insamling av individbaserad statistik*

Mot bakgrund av det behov som finns av såväl statistik som data på individnivå som grund för uppföljning, utvärdering och forskning, bör Socialstyrelsen få i uppdrag att i samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) utforma ett konkret förslag till hur informationsförsörjningsbehovet skulle kunna lösas. Ett flertal olika lösningar är tänkbara varför några alternativa ambitionsnivåer bör formuleras och kostnadsberäknas. Särskilt bör dock framhållas vikten av att kunna följa, analysera och bedöma äldreomsorgen och de resultat som insatserna utmynnar i. Förutsättningarna för en individbaserad statistik och en uppbyggnad av ett centralt personregister bör därför övervägas. Nyttan av individbaserad statistik är framför allt

- att insatser kan relateras till personer
- att man får bättre mått på vårdkonsumtion som kan relateras till kostnader
- att man får möjlighet till longitudinella studier och sambearbetningar med andra register
- att man får möjligheter till förbättrad kvalitet på statistiken.

Några större praktiska eller tekniska hinder för att bygga upp ett centralt individregister för äldreomsorgen bör inte finnas under förutsättning att de uppgifter som behöver insamlas om varje person också finns lagrade i kommunernas register. En viktig förutsättning för en individbaserad statistik är att den måste kunna beskrivas med enhetliga definitioner och begrepp.

Samma sekretess- och säkerhetsbestämmelser som idag gäller för centrala personregister som används för framställning av annan officiell statistik måste också kunna tillämpas på ett personregister som byggs upp för framställning av officiell äldreomsorgsstatistik.

## 7.7 Utveckling och förnyelse

### 7.7.1 Nya initiativ inom äldreområdet

**Regeringens bedömning:** Särskilda stimulansbidrag om sammanlagt 90 miljoner kronor per år bör under perioden 1999-2001 avsättas i budgetpropositionen för försöksverksamheter i kommuner och landsting som syftar till utveckling och nytänkande inom vård-, omsorgs- och serviceverksamheter för äldre personer. Medlen bör dis-

**Skälen för regeringens bedömning:** Under de senaste tio åren har förändringstrycket inom äldreomsorgen varit mycket stort. Behovet av förändring har delvis uppkommit med anledning av försämrade kommunala finanser, men också andra faktorer har spelat in. Frågor om äldres rätt till en god vård och omsorg och ett ändamålsenligt boende, självbestämmande och integritet, möjligheter till inflytande i beslutsprocesser, sociala kontakter, tillgänglighet till samhällslivets utbud av kultur och service, m.m. har alltmer hamnat i förgrunden när förändringar har genomförts inom vård och omsorg. Den demografiska utvecklingen med en ökning av antalet äldre och framför allt äldre-äldre personer i befolkningen har ytterligare påskyndat takten i förändringsarbetet.

En stor del av de förändringar som genomförts inom äldreomsorgen under 1990-talet inom bl.a. ovan angivna områden har direkt eller indirekt sin grund i beslut fattade av regering och riksdag. Samtidigt har reformer initierade av enskilda kommuner och landsting successivt ökat i omfattning. Denna utveckling har bl.a. skett som svar på ökade krav eller förändrade behov på lokal och regional nivå.

Den nationella handlingsplanen skall ses som en långsiktig strategi för äldrepolitiken. Regeringen anser emellertid att det är angeläget att programmet också kan fungera som ett stöd för enskilda kommuner och landsting i arbetet med att utveckla vård, omsorg och service för äldre. För att skapa bästa möjliga förutsättningar för lokalt och regionalt förändringsarbete föreslår regeringen att 90 miljoner kronor avsätts för olika försöksverksamheter inom kommuner och landsting i syfte att stimulera utveckling och nytänkande inom vård, omsorgs- och serviceverksamhet för äldre personer. Det är framför allt nya och annorlunda idéer som bör ges möjlighet att utvecklas och prövas i praktiken, men stimulansmedel bör även kunna utgå till försöksverksamheter som innebär en vidareutveckling av redan befintlig verksamhet. Ett avgörande kriterium vid val av objekt för utveckling och tillämpning är att försöksverksamheten i fråga – om den slår väl ut och därmed kan permanentas – ger förutsättningar för verksamhetsutveckling över hela landet.

Medlen bör ha ett brett användningsområde. Bl.a. bör medel kunna användas för att utveckla och stimulera äldres delaktighet och inflytande över vård- och omsorg. Ett annat område där det finns behov av insatser gäller äldres möjligheter till aktiviteter och social samvaro, inte minst över generationsgränserna. Medlen bör även kunna användas för att pröva nya lösningar för att organisera kommunernas och landstingens tjänsteutbud. Även initiativ som tar fasta på att vidmakthålla hälsa och förebygga ohälsa bland äldre bör kunna understödjas. Medlen bör vidare kunna användas för att stimulera utvecklingen av IT- och telebaserade tjänster samt andra tjänster som underlättar äldres livsföring.

Det av regeringen nyligen beslutade äldreprojektet kommer att ha en central roll när det gäller att fånga upp, utveckla och genomföra utvecklingsidéer inom bl.a. de ovan angivna områdena.

**Regeringens bedömning:** Det är angeläget att stödja regional och lokal forsknings- och utvecklingsverksamhet inom äldreomsorgen. Två ansatser bedöms särskilt viktiga att pröva, dels en utveckling av försöksområden där vården och omsorgen noggrant följs upp, analyseras och vidareutvecklas från ett helhetsperspektiv, dels försöksverksamheter med inriktning på att utveckla vårdkvalitet och samverkan i det särskilda boendet. Uppbyggnad av försöksverksamheter av dessa båda slag vid några olika regionala centra anser regeringen bör kunna vara möjliga att stödja inom ramen för de särskilda stimulansmedlen (avsnitt 7.7.1). Det bör därvid vara en förutsättning att motsvarande medel ställs till förfogande av engagerade kommuner och landsting eller via forskningsstiftelser m.m..

### Skälen för regeringens bedömning:

#### *Regionala forskningscentra – lokalt FoU-arbete*

Utöver den forskning som i Sverige utförs inom universitetsinstitutionerna bedrivs i dagsläget också forsknings- och utvecklingsverksamhet (FoU) vid ett antal regionala centra samt vid lokala utvecklingsenheter i flera kommuner. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, Dalarnas Forskningsråd och Blekinge forsknings- och utvecklingsenhet är exempel på regionala FoU-organisationer som helt eller delvis arbetar inom äldreområdet.

Också inom kommunerna förekommer ett omfattande utvecklingsarbete som kan ses som en länk mellan forskning och praktik. Exempel på lokala utvecklingsenheter är stiftelsen Social Forskning och Utveckling (SOFU) i Sundsvall, Mimer i Norrköping och FoU-byrån i Stockholm. Liknande verksamheter finns i flera andra kommuner och en undersökning visar att omkring en tredjedel av Sveriges kommuner bedriver någon form av utvecklingsverksamhet inom äldreområdet. Mest förekommande är detta dock i de större kommunerna. Några kommuner har i likhet med de ovan nämnda etablerat samverkan med universitet och högskolor. Denna omfattar bl.a. forskarutbildning av anställda i kommunen, anordnandet av seminarier och kurser samt forskningsuppdrag och utvecklingsarbete. Stockholms FoU-byrå liksom Stockholms äldrecentrum har egna kompetenta forskare anställda.

Den regionala och lokala forsknings- och utvecklingsverksamheten inom äldreomsorgsområdet har stor betydelse för att främja hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande. Ett brett förankrat forsknings- och utvecklingsarbete av detta slag är också en förutsättning för den kompetensutveckling som måste ske inom området. Regeringen bedömer det därför angeläget att på olika sätt stödja och stimulera denna verksamhet samt att verka för att den får en fruktbar inriktning.

Två ansatser bedöms särskilt viktiga att pröva, dels en utveckling av försöksområden, där vården och omsorgen noggrant följs upp, analyseras och vidareutvecklas från ett helhetsperspektiv, samt dels försöksverksamheter med inriktning på att utveckla vårdkvalitet och samverkan i det

särskilda boendet. I syfte att stödja uppbyggnaden av försöksverksamheter av dessa båda slag vid ett antal olika regionala centra anser regeringen att medel tillfälligt skall kunna anslås inom ramen för de särskilda stimulansmedlen (se avsnitt 7.7.1). En förutsättning bör därvid vara att motsvarande medel ställs till förfogande av engagerade kommuner och landsting eller via forskningsstiftelser m.m. Syfte och inriktning för respektive typ av försöksverksamhet beskrivs i det följande.

*Försöksområden för forskning och utveckling av äldreomsorgen från ett helhetsperspektiv*

Ett genomgående drag när det gäller det nuvarande läget inom forskningen kring vården och omsorgen om de vårdbehövande äldre är bristen på resultat som beskriver sammanhang och helhet. Det mesta av den forskning som bedrivits belyser enbart avgränsade aspekter på äldreomsorgssystemet. Möjligheterna är mycket begränsade när det gäller att med hjälp av denna information bevara frågor som gäller hur väl äldreomsorgen täcker behoven, hur den egentligen fungerar, hur resurserna används och vilket resultat insatserna ger.

För att få en verklig insikt i äldreomsorgssystemets måluppfyllelse, funktionssätt, effektivitet och kvalitet krävs en mer systematisk ansats än den som traditionell äldreomsorgsforskning och analys av mängdstatistik erbjuder. Vad som behövs är en systematisk, longitudinell individbaserad insamling av uppgifter som fångar upp de äldres väg genom äldreomsorgssystemet som helhet i ett eller flera avgränsade områden. Med äldreomsorgssystemet avses då inte bara kommunens insatser i vanligt och särskilt boende utan också landstingets akutsjukvård, geriatrik och hemsjukvård, privata och frivilliga organisationers verksamhet och anhörigas insatser.

Genom att kontinuerligt och långsiktigt arbeta inom väl avgränsade, fasta försöksområden skapas möjlighet att analysera effekter över tiden av den tillämpade vårdpolicyn och samspelet i vårdkedjorna mellan olika aktörer. Likaså kan vårdkvalitet och rehabiliteringseffekter utvärderas i ett longitudinellt perspektiv. Inom ramen för försöksområdet kan olika aspekter av omsorgen, såsom vården av dementa, läkemedelsförskrivning och nutrition eller samspelet med och stödet till anhöriga analyseras och utvecklas. Försöksområdena kan väljas så att olika systemlösningar kan prövas under varierade geografiska betingelser. I försöksområdet bör kontinuerligt insamlas en individbaserad statistik, som ger underlag för en dynamisk analys av äldreomsorgen som helhet. Registreringen förutsätter en definierad struktur och terminologi för att beskriva vårdinsatsen, vårdbehovet och vårdresultatet.

Upprättandet av försöksområden kräver för det första några lämpliga och intresserade kommuner (eller kommundelar) som är beredda att medverka i en fördjupad informationsinsamling över en längre tid. Vidare krävs engagerade, kompetenta forskare med intresse, metodkunskap och förståelse för att arbeta med ett systemperspektiv samt sist men inte minst en långsiktig finansiering. Till den senare avser regeringen som framhållits ovan att bidra. När det gäller uppläggning och genomförande

finns erfarenheter att hämta såväl nationellt (t.ex. Tierp, Dalby, Vilhelmina) som internationellt (t.ex. Duke university). Försöksområdena bör knytas samman i ett nätverk och en central instans bör tillsammans med de lokala företrädarna svara för samordning samt uppföljning och spridning av forskningsresultat. Den samrådsgrupp kring äldreforskningen som diskuteras i avsnitt 7.6.1 bör diskutera formerna för ett sådant nätverk.

*Försöksverksamheter med inriktning på att utveckla vårdkvalitet och samverkan i det särskilda boendet*

Som framgått på flera ställen i denna proposition finns det ett stort behov av ny kunskap, nya arbetsmetoder, organisationsformer och en ökad professionalitet inom äldreomsorgen. Ett område, som har varit föremål för en del uppmärksamhet i detta sammanhang, är det särskilda boendet. Upprättandet av regionala kompetenscentra, som har sin verksamhetsbas i olika former av särskilt boende, kan innebära en viktig stimulans för kvalitetsutvecklingen genom att ge nationella förebilder, bidra till ny kunskap och sprida rön och resultat till en vidare krets. Verksamheten kan bedrivas inom flera olika högt prioriterade forskningsområden och för flera målgrupper. Varje regionalt centrum kan här välja sin egen profil. Tonvikten kan läggas både på områden inom medicinsk omvårdnad och social och personlig omsorg. Tänkbara forskningsområden är studiet av alternativa vårdmodeller och boendeformer samt formerna för samverkan i vårdkedjan. Andra angelägna områden är utvecklingen av metoder för arbetsledning och i praktiskt vård- och omsorgsarbete, bemötande och förhållningssätt i vård och omsorgsarbete, demensvård, sårvård, nutritionsbehandling, tandvård och rehabilitering. Vårdens förutsättningar för att stödja äldres autonomi och integritet och en etiskt värdig behandling vid livets slut bör också ägnas särskild uppmärksamhet.

Det är också viktigt att se det särskilda boendet i sitt vidare sammanhang, såsom sambandet med dagverksamhet, hemtjänst och hemsjukvård i det ordinära boendet liksom samspelet med akutsjukhuset och geriatriken när det gäller utredning och rehabilitering. Man kan här också överväga att kombinera den vidare försöksområdesansatsen som beskrivits i föregående avsnitt med de mer avgränsade och fördjupade studierna av det särskilda boendet.

På samma sätt som när det gäller försöksområdena bör de regionala kompetenscentra arbeta tillsammans i ett nätverk med en central samordning av uppföljning och spridning av forskningsresultat. Hur ett sådant nätverk bör organiseras och stödjas bör lösas i samförstånd i den samrådsgrupp kring äldreforskningen som diskuteras i avsnitt 7.6.1.

### 7.7.3 Satsning på telefonjourer

**Regeringens bedömning:** En telefonjour riktad till äldre och deras anhöriga inrättas. Verksamhetens syfte är att på ett lättillgängligt sätt erbjuda möjlighet till information om vård och omsorg för äldre, om den enskildes rättigheter, om frågor rörande hälsa och sjukdomar samt

ge möjlighet till kontakt med pensionärs-, anhörig- och patientorganisationer.

Verksamheten bör bedrivas av pensionärsorganisationerna och finansieras inom ramen för de särskilda stimulansmedlen. (avsnitt 7.7.1)

**Skälen för regeringens bedömning:** Vård och omsorg skall ge trygghet, bland annat genom att hålla en god kvalitet och hög tillgänglighet. Ur den enskildes perspektiv kan det dock vara svårt att ha en överblick av den rad olika former av stöd, service och omsorg som samhället tillhandahåller. Den som inte vet vart man skall vända sig har svårt att få den hjälp man har rätt till.

Ofta är det anhöriga som oroar sig över åldriga släktingar. Särskilt i de fall den anhörige bor på annan ort kan det vara svårt att komma i kontakt med rätt instans. Oron kan också bero på funderingar kring en gammal släktings hälsa i allmänhet eller en specifik sjukdom.

Äldre som själva vårdar sin make gör stora insatser men får i många fall otillräckligt stöd. Vården kan helt enkelt vara så tidskrävande att de egna sociala kontakterna blir lidande. En ökad möjlighet att komma i kontakt med pensionärsorganisationer eller anhörigföreningar där man kan möta andra människor i liknande situation kan vara mycket värdefull.

Regeringen anser att en telefonjour kan bidra till väsentligt förbättrad information till äldre och deras anhöriga. Jouren kan genom användande av ett 020-nummer bli tillgänglig över hela landet. Målsättningen är att de som ringer skall kunna få information om vart man kan vända sig för att få upplysningar om sjukdomar och hälsofrågor, var man klagar på brister och missförhållanden samt hur man får kontakt med anhörigföreningar, pensionärs- och patientorganisationer m.m.

Verksamheten bör kunna ske i pensionärsorganisationernas regi. Deras oberoende ställning i förhållande till huvudmännen för sjukvård och äldreomsorg är en tillgång i sammanhanget. På pensionärsorganisationernas initiativ kommer frågan om telefonjourer att vidareutvecklas inom äldreprojektet.

Verksamheten bör bedrivas i första hand under de tre år äldreprojektet pågår och täcks då genom de särskilda stimulansmedel som föreslås i denna proposition. (avsnitt 7.7.1)

#### 7.7.4 Informationsteknologi för äldre

**Regeringens bedömning:** Handikappinstitutets IT-program för funktionshindrade och äldre utgör en viktig grund för det fortsatta arbetet med IT-frågorna för dessa grupper. Regeringen avser att aktivt medverka till genomförandet av programmet.

**Skälen för regeringens bedömning:** Informationstekniken spelar i dag en allt viktigare roll i samhället – även för äldre människor. Det gäller inte bara TV, radio och telefon. I allt högre utsträckning nyttjar äldre personer bl.a. bärbara telefoner samt olika säkerhets- och trygghetssystem i

bostaden. Även bildtelefonin har fått successivt ökad betydelse. Inom vård och omsorg finns sedan flera år hjälpmedel som kompenserar för olika funktionsnedsättningar. Som exempel kan nämnas förstorande TV-system, datoriserade rehabiliteringsprogram och tidshjälpmedel för personer med demenssjukdomar. Under senare år har en snabb utveckling skett bl.a. av personliga trygghetslarm som idag kan användas i allt fler situationer.

För att fullt ut kunna tillvarata de möjligheter som IT-utvecklingen medför för äldre människor krävs att ny kunskap kontinuerligt kan överföras till såväl brukarna som olika personalgrupper inom vård- och omsorgssektorn. Som ett exempel på initiativ som tagits för att sprida kunskap om användningen av datorer och särskilt Internet bland äldre vuxna kan nämnas föreningen SeniorNet Sweden. År 1996 initierade regeringens IT-kommission bildandet av denna förening. SeniorNet förmedlar kunskap och underlättar seniornas möte med informationssamhället genom att ordna både "fysiska" och elektroniska mötesplatser, i form av lokala klubbar och en egen hemsida. Det är föreningens uttalade ambition att skapa ett genuint virtuellt samhälle på Internet (<http://www.seniornet.se>). Idag är SeniorNet ett nätverk av 16 klubbar och flera är under uppbyggnad. Medlemsantalet är över 600 och antalet intresseanmälda dubbelt så stort. Antalet intresseanmälda är dubbelt så stort. Föreningen samarbetar med studieförbund, pensionärsföreningar, Handikappinstitutet och andra organisationer, företag och myndigheter.

I september 1991 beslutade regeringen att avsätta sammanlagt 60 miljoner kronor under en treårsperiod för utvecklingsarbete och försöksverksamheter inom området teknik för äldre. Ytterligare försöksverksamheter med denna inriktning kan behöva utvecklas.

Ett annat initiativ för att utveckla IT-användningen till fördel för äldre personer är programmet IT inom hälso- och sjukvården där landstingen och KK-stiftelsen är finansörer. Programmet syftar bl.a. till att samordna idéer avseende FoU inom hälso- och sjukvården samt utveckla och införa IT-system som medför högre vårdkvalitet och bättre effektivitet. Som exempel på konkreta projekt som initierats inom ramen för projektet kan nämnas utveckling av teknik för distanskonsultation och övervakning, samt datoriserad patientjournal- och remisshantering.

För att få en överblick av utvecklingen inom området IT för äldre och ett underlag för beslut om åtgärder inom vård och omsorgsområdet där IT utgör ett centralt inslag har regeringen i augusti 1996 uppdragit åt Handikappinstitutet att utarbeta ett IT-program med inriktning mot äldre och funktionshindrade personer. Uppdraget har avrapporterats till regeringen. Det program som institutet redovisar innehåller ett flertal förslag till åtgärder som har betydelse för äldre personer. Bl.a. föreslår institutet att utbildningsinsatser och försöksverksamheter skall initieras för att stimulera brukarnas användning av IT. Vidare föreslås ett samordnat FoU-initiativ för långsiktig kunskapsuppbyggnad samt ett tillämpningsprogram för utvecklings- och förnyelseprojekt där IT kan prövas i praktiken i samverkan mellan olika aktörer. Dessa och andra förslag som Handikappinstitutet redovisat inom ramen för sitt uppdrag bereds för närvarande inom regeringskansliet. Regeringen kommer inom kort att redovisa

## 7.8 Ökad livskvalitet för anhöriga och äldre

## 7.9 Nytt stöd till anhöriga

**Regeringens bedömning:** Ett särskilt stimulansbidrag bör anvisas i budgetpropositionen för år 1999 och tre år framåt med 100 miljoner kronor årligen. Bidraget bör avse sådana insatser för anhöriga som kommunen vill genomföra i samverkan med de anhöriga och med frivilliga organisationer. Socialstyrelsen bör utvärdera och följa upp insatserna.

**Skälen för regeringens bedömning:** Anhörigas roll och betydelse som vårdgivare till äldre och handikappade är numera väl dokumenterad och erkänd. Den omsorg som utförs av familj och andra närstående är mycket omfattande och har sannolikt ökat i betydelse under senare år. Behovet av att få stöd och hjälp från samhället har på olika sätt uppmärksammats. De anhörigas synpunkter på kvaliteten i vården och omsorgen har också blivit mer uppmärksammade och i ökad omfattning organiserar sig de anhöriga för att påverka vården och omsorgen.

Regeringen vill framhålla att de anhörigas situation och behov kan se olika ut och att detta måste beaktas när samhället utformar sina stödinsatser. De anhöriga utnyttjas många gånger i större utsträckning när den enskilde bor kvar i hemmet jämfört med kan gälla då den enskilde bor i särskilt boende. Gemensamt är behoven av respekt för de anhörigas kunskap och erfarenheter och möjligheter till avlösning. Viktigt är också att tydlig information ges från socialtjänsten och att de anhöriga får vara delaktiga vid planering, genomförande och utvärdering av olika insatser.

Som framgår av propositionen Ändring i socialtjänstlagen (prop.1996/97: 124) tycks anhörigas del i vård och omsorg fortfarande vara en omsorg som sker i det tysta med ett vårdansvar som många gånger är ensamt och psykiskt påfrestande. Det finns anhöriga som svarar för omsorgsinsatser av ett slag som ligger nära gränsen för vad de förmår. I syfte att synliggöra de anhörigas situation infördes vid årsskiftet 1997/98 en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som avser att markera socialtjänstens ansvar för att genom stöd och avlösning underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder.

För att stimulera utvecklingen av formerna för anhörigstödet fick Socialstyrelsen i december 1996 regeringens uppdrag att fördela 7,5 miljoner kronor till projekt som kan bidra till att utveckla metoder och former för stöd till anhöriga. Medlen skall också kunna användas till uppföljnings-, informations- och utbildningsinsatser. Uppdraget skall redovisas till Socialdepartementet senast den 1 maj 1998.

De studier som hittills gjorts av det stöd kommunerna ger för att underlätta för de anhöriga visar att många kommuner erbjuder olika former

av hjälp men att stödet sammantaget är svagt utvecklat i kommunerna och att de anhöriga inte alltid får den hjälp som de behöver. Regeringen anser mot denna bakgrund att det finns behov av ytterligare utvecklingsinsatser som kan stimulera kommunerna till ökad kreativitet när det gäller former för stöd till anhöriga. Mot bakgrund av ovanstående avser regeringen att i budgetpropositionen för år 1999 föreslå särskilda stimulansmedel i syfte att utveckla stödet till de anhöriga. Målsättningen är att stödja och underlätta samt på olika sätt bidra till en ökad livskvalitet för familj och andra närstående. Utgångspunkten för stödet är att hjälpa och stödja anhöriga för att förhindra att dessa drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa. Detta gäller givetvis oavsett om den som behöver vård och omsorg är äldre, handikappad eller långvarigt sjuk. Därför bör enligt regeringens bedömning stödet inte begränsas till att endast gälla anhöriga till äldre. Det förekommer också ofta att vänner eller grannar gör stora insatser för äldre. Anhörigbegreppet bör därför kunna ges en vidare tolkning och omfatta även andra närstående.

De frivilliga organisationerna har en viktig roll som komplement till samhällets insatser när det gäller stödet till anhöriga. Regeringen framhöll i prop. 1996/97:124 att det är viktigt att samarbetet mellan samhället och de frivilliga organisationerna ytterligare utvecklas. De insatser som kommunen genomför bör därför ske i samverkan både med de anhöriga och de frivilliga organisationerna.

Pensionärsorganisationerna, Röda korset och kyrkliga organisationer har sedan länge varit aktiva i äldreomsorgen genom besöksverksamhet, avlösning för anhöriga och anhörigcirklar. Den teoretiska och praktiska kunskap som finns samlad i anhörigorganisationer med inriktning på anhöriga till personer med demenssjukdom är ett mycket värdefullt tillskott i utvecklingen av vård och omsorgsprogram och för de initiativ som tas för att sprida kunskaper till både personal och anhöriga. På motsvarande sätt besitter pensionärsorganisationer och handikapporganisationer viktigt kunnande om ett aktivt förebyggande arbete.

Anhörigstödet bör ha en bred inriktning och omfatta såväl de anhöriga som vårdar närstående i hemmet som de som har sina närstående i särskilt boende. Det är angeläget att det finns möjlighet att få både praktiskt och psykologiskt/psykosocialt stöd. De erfarenheter som dokumenterats av anhörigstöd visar att det är viktigt att stödet anpassas till den enskilde individen och utformas med utgångspunkt från dennes förutsättningar, intressen och önskemål.

Erfarenheter visar att det bör finnas insatser som både skapar trygga förhållanden för den enskilde och avlösning för de anhöriga. Det kan många gånger vara svårt att skilja de anhörigas behov av hjälp från det hjälpbehov som den enskilde stödmottagaren har. En betydelsefull hjälp för många anhöriga är att de kan få avlösning i form av korttidsvård och dagverksamhet av god kvalitet. En sådan verksamhet kan underlätta för äldre att bo kvar hemma samtidigt som de anhöriga avlastas. Erfarenheterna från verksamheter som innefattar korttidsboende och dagverksamhet visar att området kan rymma goda utvecklingsmöjligheter och att en förändring av kvalitet och innehåll i befintlig verksamhet många

gångar kan vara tillräckliga för att tillgodose de anhörigas behov av avlösning.

Utredningen om Bemötande av äldre lyfter fram exempel på dagverksamheter som samordnar olika slags anhörigstöd. De utgör centrum för stöd både för enskilda som bor i sin ordinarie bostad och för anhöriga. Inom ramen för dessa dagverksamheter kan finnas möjlighet till samverkan mellan kommuner och landsting och intresseorganisationer respektive frivilligorganisationer. Verksamheten kan också tjäna som informell mötesplats t.ex. för anhöriggrupper.

Det kan ibland vara svårt att nå anhöriga med olika slags stödinsatser. Detta gäller i högre grad ju tyngre en omvårdnadsinsats är och ju längre tid de anhöriga gett vård och omsorg. Det är därför en viktig uppgift att pröva nya former för uppsökande verksamhet i syfte att få kontakt med de anhöriga. I det uppsökande arbetet bör särskild hänsyn tas till att vissa grupper kan behöva få information på annat språk än svenska.

Länsstyrelserna, som är tillsynsmyndighet över kommunernas arbete inom socialtjänsten, har god kännedom om kommunernas behov av särskilda utvecklingsinsatser. Länsstyrelserna har vidare till uppgift att fullfölja de nationella målen på regional nivå samt främja länets utveckling. Medlen till kommunernas utvecklingsinsatser för att stödja de anhörigas roll inom äldreomsorgen bör därför fördelas av länsstyrelserna.

Socialstyrelsen får genom sin övergripande tillsyn och sitt arbete med uppföljning och utvärdering av socialtjänstens olika verksamheter kunskap om vilka generella utvecklingsbehov som finns i landet. Socialstyrelsens uppgift bör därför vara att i samråd med länsstyrelserna närmare precisera mål och inriktning för stimulansbidragets användning. Socialstyrelsen har också en viktig uppgift att följa upp, utvärdera och analysera effekterna av stödet. Av särskild vikt är att Socialstyrelsen årligen redovisar huruvida antalet kommuner med ett tillfredsställande anhörigstöd ökar eller minskar. Vidare bör Socialstyrelsen särskilt lyfta fram kommuner som bedöms ha ett särskilt väl utvecklat anhörigstöd.

## 7.10 Insatser mot ohälsa

### 7.10.1 Uppsökande verksamhet i hemtjänsten

**Regeringens bedömning:** Lokala försöksverksamheter med uppsökande verksamhet i hemtjänsten bör startas. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att följa upp och utvärdera försöksverksamheterna. Försöksverksamheterna finansieras inom ramen för de särskilda stimulansmedlen (avsnitt 7.7.1). Resultaten från Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering skall redovisas till regeringen senast den 1 januari år 2000.

**Skälen för regeringens bedömning:** I hälso- och sjukvårdslagen och än mer uttalat i socialtjänstlagen finns ålagt ett ansvar på huvudmännen att arbeta med att förebygga ohälsa, bl.a. genom att "ge upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada"( 2b§ HSL). I den revide-

rade socialtjänstlagen anges att det hör till socialnämndens uppgifter att "göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen", ... "informera om socialtjänsten i kommunen", ... "genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden" (5§ SoL).

Det lagliga stödet för förebyggande insatser finns således redan. Å andra sidan bedrivs för närvarande mycket sällan systematiskt förebyggande insatser i primärvården eller i äldreomsorgen. Skälen till detta är flera, men kanske framförallt bristen på resurser. Erfarenheter från 1980-talet av värdet av förebyggande arbete bland äldre är också skiftande. Detta beror på att det uppsökande arbetet då var starkt inriktat på att spåra okända sjuka eller hjälpbehövande äldre.

De stora förändringar som skett inom äldreomsorgen under senare tid gör att denna nu verkar under helt andra förutsättningar än vid 1990-talets början. Idag koncentreras samhällsinsatserna till de mest sjuka och hjälpbehövande. För en växande andel äldre har det egna ansvaret för hälsan och välbefinnandet ökat. Som berörts tidigare klarar många äldre detta alldeles utmärkt, men det finns också en risk för att vissa äldre far illa. I Socialstyrelsens rapport från Äldreuppdraget (1997:9) har framhållits att vissa äldre anger att de måste tacka nej till den hjälp som de är i behov av på grund av att de inte har råd. Vidare har man pekat ut äldre med psykiska besvär och äldre med funktionshinder som har allt svårare att få sina speciella behov av service och vård tillgodosedda.

Mot denna bakgrund är det av intresse att konstatera att man i Danmark år 1996 införde en lag om förebyggande hälsobesök bland 75-åringar och äldre. Lagen föregicks av ett omfattande utvecklings- och forskningsarbete. Detta hade visat att regelbundna hembesök av sjukvårdspersonal resulterade i ökad livskvalitet för de äldre och minskad intagning på akutsjukhus. Studierna pekade vidare på att det bör finnas personal med såväl medicinsk som social kompetens i den uppsökande verksamheten. Att tidigt upptäcka behov av bostadsanpassning, hjälpmedel och anhörigstöd är väl så viktigt som att uppmärksamma medicinska behov. Det är också av stor betydelse att insatserna fortlöpande följs upp. (Förebyggande hjemmebesøg til aeldre mennesker, Carsten Hendriksen, Kommunhospitalet Copenhagen).

Erfarenheterna från Danmark understryker också vikten av att i det förebyggande arbetet ha en psykosocial ansats, dvs. att se individen som en del av en större social gemenskap. Med tanke på vad som är känt om anhörigas omsorgsinsatser, är det många gånger väl så viktigt att sätta sig in i den vårdande anhörigas situation som den äldres. Med andra ord kan uppsökande verksamhet bland äldre också starkt motiveras som ett sätt att nå de anhöriga för att därigenom utveckla samarbetet med och stödet till dessa. I förlängningen kan ett sådant arbete även ha ett förtroendeskapande värde för den äldre befolkningen.

Regeringen anser att försök med uppsökande verksamhet kan vara ett viktigt instrument för att bygga upp kunskaperna om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Försöken bör drivas över hela landet på orter med skiftande sociodemografiska och strukturella förutsättningar. Viktigt är att försöksverksamheterna systematiskt följs upp, utvärderas

och dokumenteras. Därför bör de bedrivas i nära samarbete med regionala FoU-enheter som är verksamma inom området. Socialstyrelsen bör ta ansvar för att samla in och sammanställa erfarenheterna vid försöksverksamheternas utgång.

## 7.10.2 Folkhälsoarbete för äldre

**Regeringens bedömning:** Folkhälsoarbetet vad avser äldre bör förstärkas. Som ett första steg bör kunskaperna öka om de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna och deras effekter.

**Skälen för regeringens bedömning:** Hälsobefrämjande insatser ökar förutsättningarna för att äldre ska kunna fortsätta att leva ett självständigt liv med god livskvalitet. Detta synsätt är en viktig del i äldrepolitiken. Det bör ligga till grund för insatser, som på kort och lång sikt kan bidra till att förbättra eller vidmakthålla de äldres hälsa och funktionsförmåga och därmed också minska beroendet av stödjande insatser från samhället.

Kunskaperna om värdet av förebyggande insatser bland äldre är idag bristfällig. En förbättrad kunskap om det friska åldrandet är viktig för att kunna skilja hälsa och sjukdom åt i de högre åldersgrupperna. Det finns en väl dokumenterad kunskap om vanliga sjukdomar, besvär och funktionshinder bland äldre. Däremot saknas i hög grad kunskap om hälsofrämjande insatser och deras effekter. De förebyggande och hälsofrämjande insatser som görs följs sällan upp och analyseras.

Hälsofrämjande åtgärder riktade mot äldre bedrivs på olika håll i landet och ofta av pensionärsföreningar, patientföreningar och frivilligorganisationer. Dessa aktiviteter dokumenteras dock mera sällan och det saknas en systematisk utvärdering av resultaten. För att få till stånd en bättre kunskapsuppbyggnad på området är det angeläget att aktiviteter av detta slag i högre grad dokumenteras och utvärderas. Erfarenheterna bör sedan spridas på olika sätt för att öka kunskapen bland de som arbetar inom äldreområdet.

I WHO:s tredje uppföljning av folkhälsoarbetets utveckling i Sverige (Ds 1997:62) anges bl.a. att brist på resurser, intresse och övertygande erfarenheter av nyttan med hälsofrämjande och förebyggande insatser utgör hinder för utveckling på området. Av rapporten framgår att det finns ett intresse för hälsofrämjande arbete för äldre, men att området fortfarande är svagt utvecklat i Sverige. Även i Folkhälsorapporten 1997 påtalas att det fortfarande saknas kunskap om vilka metoder för förebyggande arbete som är effektiva.

Detta visar också den kartläggning som Folkhälsoinstitutet genomförde år 1997 för att få kännedom om omfattning och inriktning av den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamheten som bedrivs lokalt och regionalt i landet. Av kartläggningen framgår att olika former av fysisk aktivitet är den verksamhet som de flesta svarande angett som mest förekommande. Kultur och underhållning intog andra plats följt av skadeförebyggande verksamhet, social samvaro, allmänt hälsofrämjande insatser, matlagning och olika hobbyverksamheter. En sammanfattande

kommentar till de erhållna svaren i kartläggningen är att många av de aktiviteter som bedrivs syftar till att bryta ensamheten och isoleringen samt att skapa bättre förutsättningar för äldre att leva ett aktivt liv i gemenskap med andra.

Dokumenterade kunskaper och erfarenheter av folkhälsoarbete avseende äldre är begränsade och det är angeläget att förutsättningar skapas för att utveckla detta. Ett sådant utvecklingsarbete kräver ett långsiktigt arbete som bör omfatta kunskaps- och metodutveckling. För att kunna utläsa hälsoeffekter måste arbetet också följas upp och utvärderas från hälsosynpunkt.

Skador, handikapp och död på grund av olyckshändelse har minskat under de senaste åren i Sverige. Minskningen av olycksfallsskador är ett resultat av tvärssektoriella organiserade förebyggande hälso- och säkerhetsfrämjande åtgärder i det svenska samhället på lokal, regional och nationell nivå. Det finns positiva erfarenheter från förebyggande arbete när det gäller att förhindra skador hos äldre. Förbättringar och förändringar av den fysiska miljön visar sig många gånger vara ett effektivt sättet att reducera olycksfall och skador. Det finns även ett klart samband mellan vissa levnadsvanor och risker för skador. Fysisk aktivitet och bra matvanor hör till hälsans hörnpelare. Balanserad kost och motion stärker skelettet och minskar risken för benskörhet. Rikligt med vätska förbättrar balansen. Det finns en rad studier som visar att män och kvinnor över 60 år kan öka sin fysiska prestationsförmåga även om man är otränad från början. Studierna pekar också på att träningseffekten finns kvar högt upp i åldrarna

Regeringen har i regleringsbrevet för budgetåret 1998 gett Folkhälsoinstitutet i uppdrag att ta fram ett underlag som redovisar nationella och internationella erfarenheter av vilka möjligheter som finns att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande bland äldre och bedöma möjliga effekter för individ och samhälle. Uppdraget skall redovisas senast den 1 september 1998. Utifrån redovisningen av uppdraget bör det finnas goda möjligheter att belysa folkhälsostrategier från ett äldreperspektiv och formulera nationella mål för folkhälsoarbetet riktat till äldre.

Även Svenska Kommunförbundets äldreberedning har ägnat denna fråga uppmärksamhet. Inom ramen för dess arbete pågår en kartläggning av kunskapsläget vad gäller verksamma förebyggande insatser inom hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens område. Särskilt skall utvärderade program och deras kostnader belysas.

Nationella folkhälsokommittén (S 1995:14) har till uppgift att utarbeta förslag till nationella folkhälsomål. Kommittén har i delbetänkandet Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1998:43) valt att lyfta förebyggande insatser för äldre som ett av flera områden.

### *Äldres tandvård*

Regeringen har nyligen överlämnat propositionen (1997/98:112) Reformerat tandvårdsstöd till riksdagen. Enligt propositionen skall tandvård för vissa grupper av äldre, sjuka och funktionshindrade ges ett bättre

ekonomiskt stöd än det nuvarande. Äldre, sjuka och funktionshindrade som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad eller bor i egen bostad och har så stora behov av vård och/eller omsorg att dessa personer kan jämföras med boende på sjukhem eller motsvarande, skall erbjudas att genom uppsökande verksamhet utan avgift få sitt muntillstånd bedömt och vid behov få nödvändig tandvård till en låg kostnad, högst 900 kronor under en tolv månadersperiod.

Personer som behöver tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall få denna tandvård enligt samma avgiftsregler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården, dvs. högst 900 kronor under en tolv månadersperiod. Personer som till följd av långvarig/kronisk sjukdom eller funktionshinder behöver mer tandvård än vad som i övrigt är normalt, skall inte ha ökade kostnader för denna tandvård. Många äldre och funktionshindrade som inte omfattas av stödet för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård kommer att tillhöra dessa senare grupper. Sammantaget innebär förslagen stora förbättringar för äldre.

## 8 Ikraftträdande och ekonomiska konsekvenser

Det äldreprojekt som nu har påbörjats skall pågå under flera år och kommer bl.a. att innebära att dialogen mellan staten, landstingen och kommunerna intensifieras kring de äldres situation och hur den ytterligare kan förbättras. En första bedömning mot bakgrund av den information som finns från rapporter, uppföljningar etc. av vård och omsorg för de äldre ger vid handen att det finns starka skäl för staten att snarast möjligt genom vissa strategiska satsningar ytterligare stimulera och underlätta kommunernas och landstingens utveckling av vården och omsorgen för de äldre. Detta skall ses mot bakgrund av det betydande generella resurstillskott från staten som skall ske till kommunsektorn t.o.m. år 2000. Utöver detta generella resurstillskott avser regeringen att i budgetproposition för år 1999 lägga förslag om att förstärka resurserna till äldreområdet med 300 miljoner kronor årligen under perioden 1999-2001, varav 200 miljoner kronor är nivåhöjande. Resterande 100 miljoner kronor är en förstärkning under den kommande treårsperioden. Medeltillskottet har beaktats i förslaget till ram för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, som redovisas i den ekonomiska vårpropositionen för 1998 (1997/98:150).

Stöd till anhöriga och frivilliga organisationer behandlas i avsnitt 7.8.1. Regeringen bedömer att 100 miljoner kronor årligen bör tillföras under åren 1999-2001 varefter stödet bör omprövas. Stödet bör fördelas till kommunerna via länsstyrelserna som fördelar medlen och söker få tillstånd en bättre samverkan mellan de olika intressenterna.

Ombyggnad av äldreboendestäder bör stimuleras enligt vad som framgår i avsnitt 7.4.1. Regeringen bedömer att 250 miljoner kronor bör avsättas för innevarande år och 150 miljoner kronor för 1999. Förslaget om att anvisa medel under ett nytt reservationsanslag Bidrag till äldreboendestäder m.m.

redovisas på tilläggsbudget i den ekonomiska vårpropositionen för 1998 (1997/98:150). Prop. 1997/98:113

Arbetsledarna är nyckelpersoner i kommunerna när det gäller den fortsatta utvecklingen av vården och omsorgen för de äldre. Många arbetsledare har de senaste åren ställts inför nya problem som de inte har adekvat utbildning för att kunna hantera på bästa sätt. Därför föreslås i avsnitt 7.6.2 att ett särskilt stimulansbidrag avsätt i kommande budgetproposition för år 1999 och tre år framåt med 80 miljoner kronor år ett och 70 miljoner kronor samt 60 miljoner kronor de följande två åren till fortbildning av arbetsledare. Även utbildningsinsatser för förtroendevalda som är verksamma inom äldreomsorgen får stödjas.

För den långsiktiga kunskaps- och kompetensförsörjningen på området har forskningen en central roll. Regeringens anser att i kommande budgetproposition föreslå en väsentlig förstärkning av äldreforskningen (avsnitt 7.6.1). Ett forskningsprogram bör utarbetas och regeringen avser att ge Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) ett sådant uppdrag. Satsningen bör starta år 1999 med 10 miljoner kronor, ökas till 20 miljoner kronor år 2000 och till 30 miljoner kronor år 2001. Medlen bör tillföras SFR.

Utvecklingsarbete på regional nivå bör stimuleras vilket bl.a. kan ske genom stöd till regionala äldrecentra och andra försöksområden (avsnitt 7.7.2). De medel som regeringen aviserar som nya initiativmedel totalt 90 miljoner kronor per år under perioden 1999-2001, inom äldreområdet (avsnitt 7.7.1) blir viktiga instrument för att förbättra äldreomsorgen. Regeringens beslutade äldreprogram blir en viktig drivkraft i detta utvecklingsarbete.

En väl fungerande tillsyn inom vård och omsorg för de äldre är viktig och måste kunna garanteras. I avsnitt 7.5.1 framgår att regeringen bedömer att 20 miljoner kronor bör tillföras Socialstyrelsen och länsstyrelserna fr.o.m. 1999 för förstärkt tillsyn inom äldreområdet.

#### *Övriga förslag ger inga ökade kostnader*

Regeringen bedömer att de övriga förslag som nu framläggs i propositionen inte kommer att medföra några ökade kostnader. När det gäller den i avsnitt 7.3.1 behandlade frågan om förtydligande av avgiftsregler för äldreomsorg m.m. samt vad det s.k. förbehållsbeloppet skall avse så diskuteras åtgärder mot bakgrund av de stora skillnaderna som finns mellan olika kommuner när det gäller hantering av förbehållsbeloppet. Många enskilda och anhöriga känner inte till vilka regler och eventuella rättigheter som gäller och skall inte själva behöva ta initiativ till jämkning för behov av normala levnadsomkostnader. De förslagna ändringarna av socialtjänstlagen skall ses som ett förtydligande av vad de gällande reglerna egentligen avser enligt tidigare förslag i proposition 1992/93:129.

Förslagen till ändring av socialtjänstlagen och sekretesslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1999.

### 9.1 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

#### 7a §

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.5.4.

Ett nytt tredje och fjärde stycke föreslås.

I *tredje stycket* föreskrivs att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Bestämmelsen har utformats efter förebild från 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Innebörden är att en uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet och resultat skall göras av socialnämnden.

I *fjärde stycket* bemyndigas regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer, att utfärda de ytterligare föreskrifter när det gäller omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder, som behövs till skydd för den enskildes liv, personlig säkerhet eller hälsa. Bestämmelsen motsvaras av 32 § hälso- och sjukvårdslagen och 13 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

*Lagrådet* har föreslagit att bestämmelsen i fjärde stycket skall placeras antingen under en egen underrubrik i slutet av lagen under Övriga bestämmelser eller under rubriken Tillsyn över socialtjänsten. Regeringen delar till viss del Lagrådets synpunkt, men anser ändå att bestämmelsen för översiktlighetens skull bör placeras där övriga bestämmelser om kvalitet återfinns.

#### 10 §

Uttrycket *hjälp i hemmet, service och omvårdnad* ersätts i förtydligande syfte med ordet hemtjänst, som är det etablerade begreppet för kommunens insatser i hemmet för äldre, funktionshindrade och andra som har behov av det. Ändringen innebär ingen förändring i sak. Beträffande den närmare innebörden av begreppet hemtjänst hänvisas till prop. 1996/97:124 s. 87f.

#### 35 §

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.3.1.

I *första stycket* görs samma ändring som i 10 §. Inte heller här är ändringen avsedd att innebära någon förändring i sak.

I *andra stycket* föreskrivs att kommunen skall se till att avgifter för hemtjänst tillsammans med vårdavgifter inte uppgår till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för personliga behov, boendekostnad och andra normala levnadskostnader. Ändringen innebär ett förtydligande av att regeln om förbehållsbelopp gäller oavsett om den enskilde bor i eget boende eller i boende med särskild service. Den som bor i eget boende har naturligen andra och större levnadskostnader än den som bor på en institution med heldygnsomsorg.

Uttrycket *hjälp i hemmet, service och omvårdnad* ersätts med *hemtjänst* som en följdändring av ändringen i första stycket. Med tillägget *och andra normala levnadskostnader* tydliggörs att det s.k. förbehållsbeloppet

skall omfatta även andra kostnader än de rent personliga och som inte ombesörjs av kommunen. Jfr. prop. 1992/93:129 s. 22 f. Vidare byts ordet *boende* ut mot boendekostnad och flyttas för att markera att det inte är fråga om avgift för boende (vilket är en olycklig och missvisande formulering), utan kostnad för boende, som kan vara hyra, bostadsrättsavgift eller kostnader för egnahemsboende.

Det införs vidare en bestämmelse om att kommunen är skyldig att när det gäller gifta eller samboende personer, som har gemensam ekonomi, se till att make/maka eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation på grund av att den andra maken har ett stort hjälpbehov med höga avgifter. Bestämmelsen tar sikte på sådana situationer där omsorgstagaren är den av makarna som har den högsta inkomsten. Även denna bestämmelse syftar till att lagfästa vad som uttalades i tidigare lagstiftningsärende, prop. 1992/93:129. Där uttalar departementschefen (s. 18) att avgiftsregler inte får utformas så att samboende/makar får en sådan försämrad ekonomisk situation att kostnadsskäl hindrar nödvändig vård eller att makar tvingas till skilsmässa av ekonomiska skäl. Även när den ena maken flyttar till en särskild boendeform skall det vara ekonomiskt möjligt för den andra att bo kvar i sin ursprungliga bostad och med rimliga privatekonomiska villkor.

*Lagrådet* har påpekat att begreppet *sambo* bör definieras närmare för att undgå oklarheter, tvister eller gränsdragningsproblem.

Med uttrycket *sambo* avses i detta sammanhang det civilrättsliga sambobegreppet som det är definierat i lagen (1987:232) om sambors gemensamma hem. Även homosexuella sambor avses omfattas av bestämmelsen. En följdändring görs därför i lagen (1987:813) om homosexuella sambor.

Det är primärt kommunens ansvar att vid fastställande av avgifterna utreda om avgiften behöver jämkas, dvs. sättas ned, med hänsyn till kvarvarande make/makas eller sambos behov. En förutsättning för att jämkning kommer till stånd är att kommunen får kunskap om behov och situationer som gör att avgiften bör jämkas. Denna kunskap måste den enskilde bidra med, men kommunen kan inte helt överlåta på den enskildes initiativ att jämkning kommer till stånd.

## **71 a §**

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.5.2.

I bestämmelsen ges var och en som är verksam inom omsorger för äldre eller människor med funktionshinder, oavsett om det är offentligt driven eller enskild verksamhet, ett personligt ansvar att vaka över att enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Anmälningsskyldigheten gäller såväl yrkesmässigt verksamma som frivilligarbetande. Den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om allvarliga brister eller missförhållanden i vården eller omvårdnaden åläggs en skyldighet att genast göra en anmälan om missförhållandena till socialnämnden eller, när det gäller enskilt driven verksamhet, till den som är ansvarig för verksamheten. I de fall missförhållandet inte utan dröjsmål rättas till, föreligger en skyldighet för den verksamhetsansvarig att anmäla bristen till tillsynsmyndighet. Tillsynsmyndighet är i enlighet med vad som

gäller i övrigt för socialtjänsten, länsstyrelsen. När det gäller enskild verksamhet som drivs med tillstånd enligt 69 § socialtjänstlagen har socialnämnden därutöver tillsynsansvar över den löpande verksamheten. Länsstyrelsen har genom sin allmänna tillsynsskyldighet ansvaret för att följa upp att anmälda brister eller missförhållanden åtgärdas. Länsstyrelsen är också tillsynsmyndighet och tillståndsgivare för enskilt bedriven verksamhet och kan därigenom utfärda föreläggande om att åtgärda missförhållanden och även återkalla tillstånd att bedriva verksamhet.

Bestämmelsen har till viss del utformats efter förebild av 7 a § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.

*Lagrådet* har föreslagit att bestämmelsen bör förtydligas med en erinran om möjligheten att göra anmälan till tillsynsmyndighet. Såsom har kommenterats under avsnitt 7.5.2, anser regeringen att detta är mindre lämpligt, eftersom en sådan erinran inte finns i motsvarande bestämmelser om anmälningsskyldighet och att en sådan erinran här lätt skulle kunna leda till felaktiga motsatsslut när det gäller andra bestämmelser.

9.2 Förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen  
(1982:763)

Prop. 1997/98:113

**26 §**

I tredje stycket görs motsvarande ändringar som i 35 § andra stycket socialtjänstlagen (1980:620) när det gäller vad som skall förbehållas den enskilde för personliga behov, boendekostnad och andra levnadskostnader, samt en bestämmelse om jämkning av avgifterna med hänsyn till make/maka eller sambo. Det görs vidare en redaktionell ändring genom att hänvisningen till 35 § *tredje* stycket socialtjänstlagen ersätts med 35 § *andra* stycket.

9.3 Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen  
(1980:100)

**16 kap 1 §**

Ändringen är redaktionell som en följd av att 71 b § i socialtjänsten numera skall betecknas 71 c §.

9.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1987:813) om  
homosexuella sambor

Lagen tillförs två nya punkter, 19 och 20, vari hänvisas till de nya bestämmelserna i 35 § andra stycket socialtjänstlagen och 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen om jämkning av avgifter med hänsyn till make eller sambos ekonomiska situation. Homosexuella sambor jämställs därigenom med samboende man och kvinna.

## **Direktiv för Äldreprojektet med uppgift att utarbeta och följa ett Nationellt handlingsprogram för äldrepolitiken**

### **1. Bakgrund**

Omsorgen om äldre är ett av de viktigaste välfärdspolitiska områdena. Under de senaste decennierna har kraven på äldrevården ökat med allt fler äldre samt med nya och alltmer kvalificerade arbetsuppgifter samtidigt som resurserna relativt sett minskat. Ädel-reformen innebar en omfattande förskjutning av ansvar och arbetsuppgifter från landstingen till kommunerna. Genom reformen tydliggjordes ansvaret men också behovet av fortsatt välfungerande samverkan mellan huvudmännen.

Sammantaget fungerar den svenska äldreomsorgen bra och det finns många goda exempel som förtjänar att lyftas fram. De återkommande reportagen och beskrivningarna av enskilda fall och verksamheter som antas spegla stora och generella brister inom hela vård- och omsorgsområdet ger en bild som måste nyanseras. Situationen kan sammanfattas på följande sätt:

\* Äldrevården fungerar huvudsakligen bra och det finns många exempel på utvecklingsarbete och verksamhetsförnyelse.

\* Det finns dock inslag som kan och måste förbättras både på kort och på lång sikt.

\* Det finns också företeelser som är oacceptabla och som omedelbart och kraftfullt måste bli föremål för åtgärder.

Den kontinuerliga uppföljningen av Ädel-reformen och av äldres situation under 1990-talet har alltmer uppmärksammat brister i social och medicinsk kvalitet. Signaler om missförhållanden inom vård och omsorg från enskilda, anhöriga och personal pekar på att det finns behov av kvalitetsutveckling t.ex. genom mer personal, ökad kompetens, förbättrad samverkan, arbetsledning och tillsyn liksom av en effektiv och ändamålsenlig organisation. Regeringen har uppmärksammat problemen inom äldrevården och behovet av kvalitetsförbättringar inom vård och omsorg. Kommunsektorn har redan tillförts 4 miljarder kronor för år 1997 i höjda statsbidrag och för budgetåret 1998 ökar statsbidraget med ytterligare

4 miljarder kronor. I budgetpropositionen föreslår regeringen att kommuner och landsting skall få ytterligare 4 miljarder år 1999 och 4 miljarder år 2000. Sammanlagt kommer statsbidragen år 2000 att ha höjts med 16 miljarder kronor jämfört med år 1996. Regeringen anförde i prop. 1996/97:150 att de ökade statsbidragen bör leda till att antalet sysselsatta inom den kommunala sektorn ökar och att resurstillskottet tillförs vården, omsorgen och skolan.

Vården och omsorgen om äldre måste förbättras. Äldre och deras anhöriga måste känna sig trygga och veta att vård och omsorg håller god kvalitet. Förtroendet för äldrepolitiken måste upprätthållas och stärkas. Mot denna bakgrund har socialministern tagit initiativ till ett Nationellt handlingsprogram som senare kommer att föreläggas riksdagen. Handlingsprogrammet skall utmynna i nationella mål för äldrepolitiken samt ange förslag till konkreta åtgärder på kort sikt, t.ex. lagstiftning men också peka på områden där ett mer långsiktigt arbete behövs och som kan få formen av uppdrag till myndigheter eller tillkallande av särskilda utredare. En viktig uppgift inom handlingsprogrammets ram blir att uppmärksamma FN:s internationella år för äldre 1999.

Förslag och åtgärder på det äldrepolitiska området berör många sektorer i samhället på både central, regional och lokal nivå och därmed även den lagstiftning som rör dessa sektorer liksom flera olika professioner. Arbetet med ett handlingsprogram förutsätter därför insatser inte bara från berörda sakenheter och sekretariat inom Socialdepartementet utan också från övriga berörda departement och myndigheter. För att utarbeta och följa handlingsprogrammets genomförande behövs också samarbete och samråd med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, företrädare för pensionärsorganisationerna, anhöriga, verksamhetsföreträdare och företrädare för fackliga organisationer m.fl.

Uppgiften att utarbeta ett Nationellt handlingsprogram bedrivs i ett särskilt Äldreprojekt. Projektet ansvarar för att programmet utarbetas samt initierar och följer insatser inom programmets ram.

Det övergripande syftet med projektet är att skapa nationell samling och enighet runt åtgärder för att utveckla den framtida äldrepolitiken.

## **2. Direktiv**

### **2.1 Övergripande mål och riktlinjer för arbetet**

- Ett Äldreprojekt skall bildas med uppgift att utarbeta ett Nationellt handlingsprogram i syfte att fastställa mål för äldrepolitiken och att ange förslag till åtgärder på kort och lång sikt.
- Förslagen skall innefatta konsekvensbeskrivningar för olika sektorer, ev. påverkan på det offentliga åtagandet samt finansieringsförslag inom det område som berörs av förslagen.

- Äldreprojektet skall ha bred förankring och arbetet skall ske i nära samarbete och samråd med berörda parter.
- Handlingsprogrammet avses föreläggas riksdagen i mars 1998.
- Äldreprojektet skall vara långsiktigt och pågå fr.o.m. 1998 t.o.m. år 2000.
- Äldreprojektet skall svara för den löpande samordningen och uppföljningen av handlingsplanens aktiviteter och åtgärder.
- Ansvar för löpande uppgifter inom äldreområdet skall ligga i regeringskansliets linjeorganisation (t.ex. propositionsarbete, frågor, interpellationer, brevsvår, förordningar, motionssammanställningar, underlag, bevakning av delningar, direktiv och regeringsuppdrag, budgetarbete).
- Äldreprojektet skall följa pågående utredningar som berör äldreområdet.
- Äldreprojektet skall initiera, samordna och följa aktiviteter i samband med genomförandet av FN:s äldreår.
- Arbetet skall bedrivas processinriktat, öppet och utåtriktat, effektivt och gärna i otraditionella former.

## 2.2 Genomförande av arbetet

Arbetet skall bedrivas i projektform och inleds den 1 januari 1998.

Äldreprojektet skall fortlöpande avrapporteras till statssekreterarna i Socialdepartementet och Inrikesdepartementet som utgör styrgrupp för projektet.

Ordförande i projektgruppen skall vara planeringschef Gunn Franzén-Ljung. Projektledare skall vara departementssekreterare Kristina Jennbert. Till projektet skall knytas en projektsekreterare och en projektassistent.

Projektgruppen skall bestå av representanter för Social-, Finans-, Utbildnings-, Arbetsmarknads- samt Inrikesdepartementen och Socialstyrelsen. Behov av deltagande i projektgruppen kommer att vara avhängigt uppgiftens art.

Till projektgruppen skall vid behov knytas arbetsgrupper.

Projektet kan också behöva anlita externa uppdragstagare för vissa arbetsuppgifter.

Pensionärskommittén (S 1991:08) kommer att benämnas Nationellt äldreråd när de kallas eller tillsänds handlingar som enbart berör Äldreprojektet.

En särskild samlingsgrupp skall bildas tillsammans med Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.

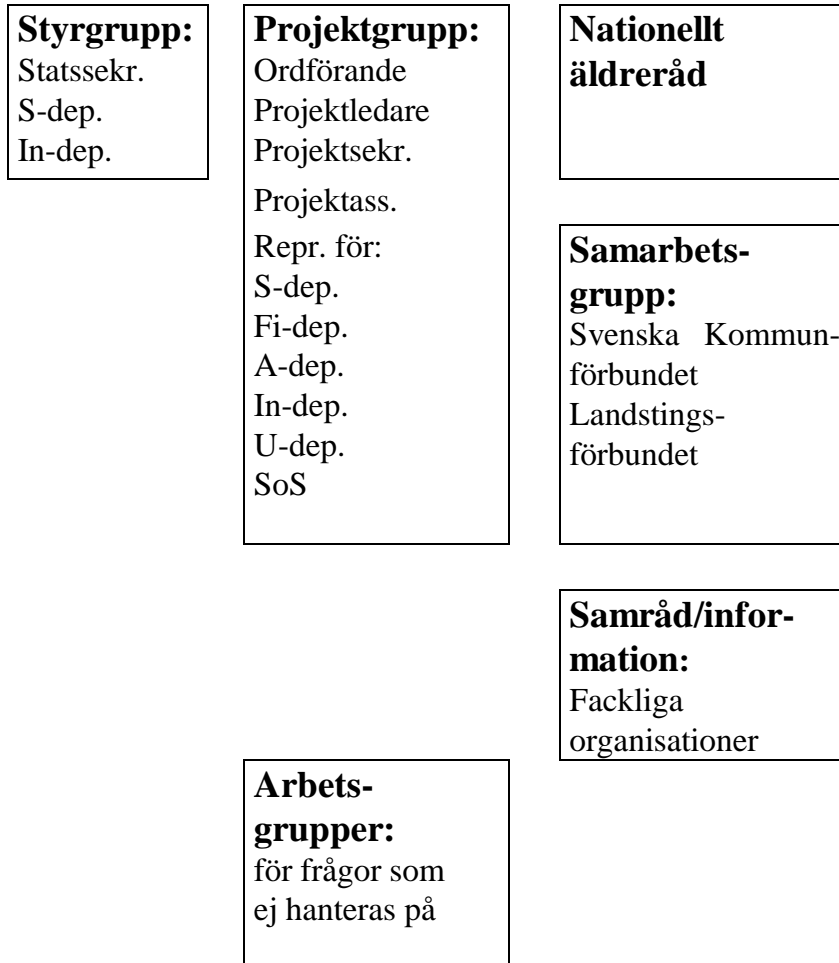
Kontakter skall ske kontinuerligt med de fackliga organisationerna.

Projektet skall slutrapporteras den 1 mars 2001.

Prop. 1997/98:113

Projektorganisation framgår av bilaga.

# Äldreprojektet



## Lagrådsremissens lagförslag

### 10 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

#### 10.1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620)<sup>1</sup> dels att nuvarande 71 a och 71 b §§ skall betecknas 71 b respektive 71 c §§,

*dels* att 7 a, 10 och 35 §§ skall ha följande lydelse,  
*dels* att rubriken närmast före nuvarande 71 a § skall sättas närmast före 71 b §,  
*dels* att det i lagen skall införas en ny paragraf, 71 a §, och närmast före paragrafen en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*7 a §<sup>2</sup>

Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet.  
 För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

*Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För insatser inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.*

10 §<sup>3</sup>

Socialnämnden bör genom *hjälp i hemmet*, service och omvårdnad, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

Socialnämnden bör genom *hemtjänst*, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1988:871.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1997:313.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1997:739.

Nämnden bör även i övrigt tillhandahålla sociala tjänster genom rådgivningsbyråer, socialcentraler och liknande, social jour eller annan därmed jämförlig verksamhet.

Nämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

35 §<sup>4</sup>

För familjerådgivning, *hjälp i hemmet, service och omvårdnad*, verksamhet för barn och ungdom enligt 12 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Avgifter för *hjälp i hemmet, service och omvårdnad samt boende* får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov.

För familjerådgivning, *hemtjänst*, verksamhet för barn och ungdom enligt 12 § som inte är stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär, sådant boende som avses i 20 § andra stycket eller 21 § tredje stycket eller annan liknande social tjänst får kommunen ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunens självkostnader.

Avgifter för *hemtjänst* får inte, tillsammans med avgifter som avses i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel för sina personliga behov, *boendekostnad och andra normala levnadskostnader*. När avgifterna fastställs skall kommunen försäkra sig om att omsorgstagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1997:1230.

### **Anmälan om missförhållanden i omsorger om äldre eller funktionshindrade**

## 71 a §

*Var och en som är verksam inom omsorger om äldre människor eller människor med funktionshinder skall vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får känne-*

*dom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild skall genast anmäla detta till socialnämnden. Om inte missförhållandet utan dröjsmål avhjälpas, skall nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Första stycket gäller även inom motsvarande yrkesmässigt bedrivna enskild verksamhet. Anmälan skall göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den ansvarige har att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet eller anmäla detta till tillsynsmyndigheten.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999. Anmälningsskyldigheten enligt 71 a § gäller inte för förhållanden som enbart avser tiden före ikraftträdandet.

Härigenom föreskrivs att 16 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100)<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

**16 kap.**  
1 §<sup>2</sup>

*Nuvarande lydelse*

Att friheten enligt 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter i vissa fall är begränsad framgår av 7 kap. 3 § första stycket 1 och 2, 4 § 1–8 samt 5 § 1 och 3 tryckfrihetsförordningen och av 5 kap. 1 § första stycket samt 3 § första stycket 1 och 2 yttrandefrihetsgrundlagen. De fall av uppsåtligt åsidosättande av tystnadsplikt, i vilken nämnda frihet enligt 7 kap. 3 § första stycket 3 och 5 § 2 tryckfrihetsförordningen samt 5 kap. 1 § första stycket och 3 § första stycket 3 yttrandefrihetsgrundlagen i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

----

3. denna lag enligt

-----

10. 19 § första stycket 1 och 3 polislagen (1993:1684)

11. 71 b § socialtjänstlagen (1980:620)

12. förbehåll enligt 9 a § lagen (1965:94) om polisregister m.m.

*Föreslagen lydelse*

Att friheten enligt 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter i vissa fall är begränsad framgår av 7 kap. 3 § första stycket 1 och 2, 4 § 1–8 samt 5 § 1 och 3 tryckfrihetsförordningen och av 5 kap. 1 § första stycket samt 3 § första stycket 1 och 2 yttrandefrihetsgrundlagen. De fall av uppsåtligt åsidosättande av tystnadsplikt, i vilken nämnda frihet enligt 7 kap. 3 § första stycket 3 och 5 § 2 tryckfrihetsförordningen samt 5 kap. 1 § första stycket och 3 § första stycket 3 yttrandefrihetsgrundlagen i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

----

3. denna lag enligt

-----

10. 19 § första stycket 1 och 3 polislagen (1993:1684)

11. 71 c § socialtjänstlagen (1980:620)

12. förbehåll enligt 9 a § lagen (1965:94) om polisregister m.m.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:1474.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1997:1214.

## Lagrådet

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1998-04-03

**Närvarande:** f.d. justitierådet Staffan Vängby, justitierådet Gertrud Lennander, regeringsrådet Kjerstin Nordborg.

Enligt en lagrådsremiss den 26 mars 1998 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620),
2. lag om ändring i sekretesslagen (1980:100).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Carin Jahn.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

### Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen

#### 7 a §

Det bemyndigande, som föreslås intaget i ett nytt fjärde stycke, har Lagrådet i sig inte någon erinran mot. Det kan dock ifrågasättas om den föreslagna placeringen i lagen av bemyndigandet är lämplig. Lagrådet förordar att bestämmelsen – i avvaktan på resultatet av den översyn av socialtjänstlagen som pågår – tas in antingen under en egen underrubrik i slutet av lagen under Övriga bestämmelser eller under rubriken Tillsyn över socialtjänsten.

#### 35 §

I andra stycket föreslås ett förtydligande av bestämmelserna om förbehållsbelopp och en skyldighet för kommunen att beakta också makes eller sambos ekonomiska situation.

Lagrådet vill påpeka att erforderliga ändringar måste göras också i 26 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

För att om möjligt undgå oklarheter, tvister eller gränsdragningsproblem bör begreppet "sambo" definieras närmare så att det framgår vilka grupper man tar sikte på. Begreppet kan då knyta an antingen till det som finns i lagen (1987:232) om sambors gemensamma hem eller till den snävare definition som ofta återfinns i socialförsäkringslagstiftningen; se t.ex. lagen (1994:308) om bostadstillägg till pensionärer. Om förstnämnda alternativ väljs bör det också klargöras om homosexuella sambor avses

omfattade av bestämmelsen. Om så är fallet krävs en ändring i lagen (1987:813) om homosexuella sambor. Prop. 1997/98:113

#### 71 a §

Den nya bestämmelsen om skyldighet för dem som arbetar inom socialtjänsten att i vissa fall anmäla allvarliga missförhållanden till den verksamhetsansvarige har en motsvarighet inom hälso- och sjukvården i 7 a § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården. I likhet med regleringen på detta område föreslås nu att en underlåtenhet att fullgöra skyldigheten inte skall förenas med några sanktioner.

Som nämnts omfattar anmälningsskyldigheten enbart en skyldighet att anmäla missförhållanden till den verksamhetsansvarige. Om t.ex. den verksamhetsansvarige inte fullföljer sina åligganden enligt bestämmelsen eller om det finns skäl att tro att så skulle vara fallet, torde det vara så att möjligheten alltid står öppen att göra anmälan direkt till tillsynsmyndigheten. Lagrådet ifrågasätter härmed om det inte i den föreslagna paragrafen bör tas in en erinran om möjligheten att göra anmälan till tillsynsmyndigheten.

### Förslaget till lag om ändring i sekretesslagen

Lagrådet lämnar förslaget utan erinran.

## Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 6 april 1998

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden, Peterson, Freivalds, Wallström, Tham, Åsbrink, Andersson, Winberg, Ulvskog, Sundström, von Sydow, Klingvall, Åhnberg, Pagrotsky, Östros

Föredragande: Statsrådet Wallström

---

Regeringen beslutar proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

---

<b>Författningsrubrik</b>	<b>Bestämmelser som inför, ändrar, upp- häver eller upprepar ett normgivnings- bemyndigande</b>	<b>Celexnummer för bakomliggande EG- regler</b>
---------------------------	---	---

---

Socialtjänstlagen  
(1980:620)

7 a §