BRISTER I OMSORG

–en fråga om bemötande av äldre

Delbetänkande av
Utredningen om bemötande av äldre

SOU 1997:51

A: RefKB
Occ SUK

85

Statens offentliga utredningar
1997:51
Socialdepartementet

Brister i omsorg

– en fråga om bemötande av äldre

Delbetänkande av
Utredningen om bemötande av äldre
Stockholm 1997

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningsavdelning
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1997

ISBN 91-38-20560-2
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut av regeringen den 14 december 1995 bemyndigades chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgiften att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre (dir. 1995:159).

Dåvarande statsrådet Ingela Thalén utsåg den 15 januari 1996 kommunalrådet Britta Rundström, Helsingborg, till särskild utredare med detta uppdrag.

Som sakkunniga i utredningen har förordnats

Kerstin Ahlsén, förbundssekreterare,
Svenska Kommunförbundet
Yvonne Ahlström, ombudsman,
Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, SKTF
Lars Andersson, docent, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm
Stig Berg, professor, Hälsohögskolan, Jönköping
Evy Eriksson, ombudsman,
Svenska Kommunalarbetareförbundet, Kommunal
Yvonne Forsell, med. dr., Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm
Nils Gustavsson, v. ordf.,
Pensionärernas Riksorganisation, PRO
Kristina Jennbert, departementssekreterare,
Socialdepartementet
Lennarth Johansson, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen
Margareta Liljeqvist, utredare, Landstingsförbundet
Elvy Olsson, förbundsledamot,
Sveriges Pensionärsförbund, SPF
Alice Rinell Hermansson, rektor, Ersta Högskola, Stockholm

Som sekreterare i utredningen har förordnats Elisabet Spjuth (fr.o.m. den 4 mars 1996) och Ann-Charlotte Carlberg (fr.o.m. den 1 augusti 1996).

I november 1996 överlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161).

I enlighet med mina direktiv har jag därefter kartlagt och analyserat brister i bemötandet av äldre. Jag har vid kartläggningen använt mig av alla de källor som anvisas i utredningsuppdraget, dvs. ett omfattande material från enskildas upplevelser, uttryckta bl.a. i brev, till de samlade uppgifter som finns hos tillsynsmyndigheter m.fl. Ett viktigt led i kartläggningsarbetet har även utgjorts av hearings, rådslag, med olika intressegrupper.

Kartläggningen redovisas i föreliggande delbetänkande Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51).

I olika sammanhang har jag konstaterat att bilden av äldreomsorgen omfattar såväl oacceptabla brister och missförhållanden som många mycket goda insatser. Bristerna måste undanröjas. Då behövs bl.a. förebilder som kan ge kraft och inspiration till förändringsarbete.

Jag avlämnar därför samtidigt med detta delbetänkande om brister en rapport med reportage om goda exempel på utvecklingsarbete, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52). Skriften bygger på en förfrågan (hösten 1996) till landets samtliga kommuner och landsting. Den fick stort gensvar. En ringa del av materialet syns i rapporten. Andra delar kommer att ingå i det samlade underlaget för överväganden och förslag som redovisas i ett slutbetänkande.

I enlighet med mina direktiv strävar jag efter att arbeta öppet och ta emot det breda engagemang som jag möter för frågor om bemötande av äldre. Jag redovisar mitt utredningsmaterial på sätt som innebär att personer med funktionshinder kan delta i den allmänna debatten i dessa frågor. Detta delbetänkande, liksom den ovan nämnda rapporten (SOU 1997:52) finns sålunda på kassett och i punktskrift samt i en sammanfattning med lättläst text.

Jag är angelägen om att inhämta synpunkter som kan leda till att kommande förslag får en bred uppslutning. Det sker bl.a. genom rådslag, mediabelysning och konferensverksamhet. Jag avser dessutom att sända delbetänkandet och den nämnda rap-

porten till många olika intressenter. De skall ges tillfälle att förmedla sina åsikter om hur brister kan undanröjas. Jag ser detta som ett väsentligt inslag i en fortsatt analys av möjligheter till kvalitetsutveckling inom vården och omsorgen om äldre. Inför mitt slutbetänkande kommer jag att fördjupa min kartläggning bl.a. avseende frågor som rör personal. (Planeringen framgår av kapitel 7 i detta delbetänkande).

Jag överlämnar härmed kartläggningen, redovisad i delbetänkandet Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51) samt rapporten om kvalitetsutveckling, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).

Helsingborg i april 1997

Britta Rundström

/Elisabet Spjuth

Ann-Charlotte Carlberg

Innehåll

Förkortningar 11

Sammanfattning 13

1 Utredningens uppdrag och arbetssätt 45
1.1 Uppdraget 45
1.2 Arbetssätt 46

2 Frågor om bemötande av äldre 49
2.1 Inledning 49
2.2 Individualisering - generalisering 50
2.3 Begreppet bemötande 51
2.4 Ett gott bemötande 52
2.5 Vilka är berörda? 54
2.6 Varför skildra brister när målet är det goda bemötandet av äldre? 54
3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl. 57
3.1 Inledning 57
3.2 Förtroendenämndsverksamheten 58
3.2.1 Förtroendenämndernas uppgifter 58
3.2.2 Utvecklingstendenser och erfarenheter hos landets förtroendenämnder 60
3.2.3 Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting 63
3.2.4 Anmälningar som rör äldre personer 67
3.3 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 74
3.3.1 Uppgifter 74
3.3.2 Vilka anmäler och vad anmäls? 75
3.3.3 Antal anmälningar m.m. som avser äldre personer 76
3.3.4 Exempel på anmälningar till HSAN 79

3.4 Patientskadeförsäkringen 88
3.4.1 En särskild Patientförsäkring tillkom år 1975 88
3.4.2 Rätt till patientskadeersättning från 1 januari 1997 88
3.4.3 Antal anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen 90
3.5 Tillsyn över hälso- och sjukvård 92
3.5.1 Nya bestämmelser från 1 januari 1997. 92
3.5.2 Vårdgivarens skyldighet att rapportera Lex Maria-händelser 93
3.5.3 Förhållanden som föranleder Lex Maria-anmälan 94
3.5.4 Information om riskhändelser i Socialstyrelsens RiskDataBas 95
3.5.5 Anmälningar från anhöriga 102
3.5.6 Exempel på anmälningar och Socialstyrelsens handläggning 102
3.6 Tillsyn över socialtjänsten 110
3.6.1 Inledning 110
3.6.2 Socialstyrelsens tillsyn och uppföljning . 110
3.6.3 Länsstyrelsernas tillsyn 115
3.6.4 Genomförd/pågående/planerad verksamhetstillsyn 118
3.7 Diskussion 121
3.7.1 Dokumentation av kvalitetsbrister 121
3.7.2 Få synpunkter och klagomål förs vidare 123
3.7.3 Omfattning av anmälningar som berör äldre personer 125
3.7.4 Anledning till anmälan 129

4 Hearings - ett viktigt led i kartläggningsarbetet . . 133
4.1 Inledning 133
4.2 Gemensamma uppfattningar - en tillgång för att kunna undanröja brister 134
4.2.1 Beskrivandets dilemma 134
4.2.2 Uppföljning och utvärdering måste bli ett naturligt inslag i vardagsarbetet 135
4.2.3 Nedskärningar och besparingar... 136
4.2.4 Individen i centrum? 137

4.2.5 Behov av kompetensutveckling 139
4.2.6 Arbetsledarskap 141
4.3 Exempel från olika hearings 142
4.3.1 Anhöriga och anhörigorganisationer ... 143
4.3.2 Elever och lärare vid hälsohögskola ... 147
4.3.3 Fackliga organisationer 152
4.3.4 Företrädare för landstingens förtroendenämnder 156
4.3.5 Handikapporganisationer 158
4.3.6 Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning 162
4.3.7 Företrädare för länsstyrelserna 163
4.3.8 Pensionärsorganisationer 165
4.3.9 Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter 167
4.3.10 Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning 169

5 *Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet av äldre* 171
5.1 Inledning 171
5.2 Enskildas berättelser har ett eget värde 172
5.3 Brukares och anhörigas upplevelser av brister i bemötande 173
5.3.1 Om personligt bemötande och möjligheter till inflytande 173
5.3.2 Om information och ömsesidigt informationsutbyte 177
5.3.3 Om personlig omvårdnad 180
5.3.4 Några reflexioner 185

6 *Analyser och slutsatser* 189
6.1 Inledning 189
6.2 Behov av kvalitetsutveckling 194
6.2.1 Inledning 194
6.2.2 Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg 195
6.2.3 Brister i befintliga möjligheter att stärka enskildas och anhörigas ställning 199
6.2.4 Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse 204

6.2.5 Tillsyn 207
7 *Det fortsatta utredningsarbetet* 209
7.1 Inledning 209
7.2 Fortsatt analys av vissa områden 210
7.3 Fortsatt utåtriktat arbete 215

Bilagor
1 Direktiv 1995:159
2 Utredningen om bemötande av äldre (S1995:15)/Sakkunniga
3 Referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna

Förkortningar

BRÅ	Brottsförebyggande Rådet
dir.	direktiv
DHR	De Handikappades Riksförbund
HANDU	Handikappolitiska Utredningsinstitutet
HSAN	Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSO	Handikappförbundens Samarbetsorgan
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation
JK	Justitiekanslern
JO	Justitieombudsmannen
Kommunal	Kommunalarbetareförbundet
KPR	Kommunala Pensionärsråd
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
LÖF	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
MAS	Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska
PRO	Pensionärernas Riksorganisation
Prop.	Proposition
PSR	Patientskadereglering AB
RDB	Socialstyrelsens RiskDataBas
SRF	Synskadades Riksförbund
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SDR	Sveriges Dövas Riksförbund
SFS	Svensk Författningssamling
SKTF	Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund
SLUG	Socialstyrelsens och länsstyrelsernas utvecklingsgrupp
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoS	Socialstyrelsen
SoU	Socialutskottet

SOU	Statens offentliga utredningar
TCO	Tjänstemännens Centralorganisation

Sammanfattning

Efter regeringsbeslut i december 1995 har en särskild utredare tillkallats, kommunalrådet Britta Rundström, Helsingborg, med uppgift att kartlägga och analysera frågor om bemötande av äldre. Företrädare för pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, forsknings- och utbildningsinstitutioner, de båda kommunförbunden, Socialstyrelsen samt Socialdepartementet har förordnats som sakkunniga.

Den särskilda utredaren har inrättat en referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna.

I det följande görs en kort sammanfattning av delbetänkandet Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51). Det redovisar en kartläggning av brister i bemötandet av äldre inom vård och omsorg.

1 Utredningens uppdrag och arbetssätt

Om uppdraget

Som vägledning för utredningsarbetet framhäver direktiven att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande och integritet, trygghet och värdighet. Motivet är att *formerna* för omsorg och vård med bl.a. struktur-, organisations- och huvudmannaskapsförändringar stått i förgrunden under lång tid.

Bemötandet av äldre kan påverkas av en rad faktorer hos enskilda berörda men också hos omgivningen. Dessa "yttre" faktorer kan t.ex. avse lagar och föreskrifter, verksamhetens

struktur och organisation, den fysiska utformningen av boendeformer eller de förutsättningar som hör samman med utbildningsbakgrund och kompetens hos personal och arbetsledning. Ett exempel på det senare och som även skall belysas är bemötandet av äldre invandrare och de krav som ställs vid möten mellan människor från olika kulturer.

Mitt uppdrag avser kartläggning och analys av *brister* i bemötandet, alltifrån nästan omärkliga men djupt kända kränkningar till påtagliga övergrepp.

Jag skall därefter föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre. I detta arbete skall jag beskriva och dra nytta av det omfattande arbete som bedrivs i kommuner och landsting för att utveckla kvalitet och innehåll i omsorg och vård. Jag skall också belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området.

Arbetssättet (se nedan) skall vara öppet och stimulera till debatt.

För mitt utredningsarbete gäller slutligen att jag skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser (dir. 1994:23). Jämställdhetspolitiska konsekvenser skall också redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast 30 maj 1997.

Om arbetssättet

I november 1996 avlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161) vilket har remissbehandlats. En proposition i frågan väntas bli behandlad av riksdagen under våren 1997. Mitt förslag innebär en rättslig reglering för att stärka möjligheterna att flytta för äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov. Förslaget innebär även ett förtydligande av ansvaret vid enskildas flyttning mellan kommuner.

Enligt mina direktiv har jag arbetat öppet. Media ägnade det nämnda delbetänkandet stor uppmärksamhet. Jag har under hela utredningsarbetet mött en levande debatt om omsorg och vård för äldre. Jag finner det angeläget att alla kan delta i debatten. Av den anledningen framställs utredningsmaterial på kassett, i

punktskrift och i lättlästa sammanfattningar för medborgare med olika funktionshinder.

Jag redovisar i detta delbetänkande en kartläggning av brister och fullföljer sedan mitt uppdrag genom vissa rapporter och ett slutbetänkande. En av rapporterna Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) avlämnas samtidigt med detta delbetänkande. Den handlar om exempel på kvalitetsutveckling inom landstingens och kommunernas insatser för äldre och är en del av resultatet av en förfrågan till landets samtliga kommuner och landsting hösten 1996.

Vid den kartläggning av brister som redovisas här har jag använt mig av de kunskapskällor som anges i direktiven. Hearings med olika intressegrupper har varit en viktig del i kartläggningen vilket framgår tillsammans med övriga redovisningar i kapitlen 3, 4 och 5. I kapitel 6 beskriver jag vissa mönster som med stor överensstämmelse återkommer i olika material om brister i bemötandet av äldre.

Jag har i kapitel 7 sammanfattat planeringen av utredningens fortsatta arbete. I detta ingår bl.a. rundabordssamtal med olika grupper för att fördjupa ett antal frågor, t.ex. om personal och utveckling av yrkeskunnande.

För att få ett brett underlag för mina överväganden och förslag avser jag att skicka detta delbetänkande jämte rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) till många intressenter. Min förhoppning är att få synpunkter på och förslag till *hur brister kan undanröjas*.

Svaren bör komma mig till del *senast 15 maj 1997* under adress Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 STOCKHOLM.

Där kan också beställas delbetänkandet och rapporten på kassett, i punktskrift samt i en lättläst sammanfattning (för bl.a. personer med utvecklingsstörning).

2 Frågor om bemötande av äldre

Kapitlet beskriver olika aspekter på begreppet bemötande.

I utredningens direktiv framgår att frågor om bemötande av äldre "kan kopplas till flera samhällsområden" och att de handlar om "mellanmänskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn". Alla samhällsmedborgare är berörda.

I min kartläggning har jag främst uppehållit mig vid situationer där äldre är beroende av olika former av stöd, service, vård och omsorg. Jag har funnit att mycket angelägna förändringsbehov inom vård och omsorg måste prioriteras.

Jag beskriver vikten av ett ökat individuellt bemötande. Jag framhåller de betydande risker som finns, när man generaliserar begreppet "äldre" och dess innebörd. Jag konstaterar vidare att begreppet bemötande kan ges olika tolkningar, alltifrån det vardagliga mötet mellan några få personer till enskildas förhållande till samhällets övergripande synsätt uttryckta i lagar och föreskrifter. Ömsesidigheten i bemötandet betonas.

I likhet med utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (i huvudbetänkandet Jämställd vård SOU 1996:133) gör jag antagandet att frågor om bemötandet hör mycket nära samman med upplevelser av kvalitet i andra insatser inom vård och omsorg t.ex. behandling och omvårdnad.

Vid en beskrivning av innehållet i ett gott bemötande har jag som utgångspunkt den människovärdesprincip som regeringen uttryckt i prop. 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden är den humanistiska människosynen om alla människors lika värde. På den vilar också de styrande principerna för omsorg om äldre; respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Principerna kräver konkretisering i vardagslivet och en uppmärksamhet på äldres utsatthet som lätt kan leda till negativ maktutövning från omgivningen.

Jag tar även upp behovet av individualisering i bemötandet av anhöriga samt vikten av goda relationer mellan anhöriga och vårdens och omsorgens företrädare.

Jag finner både risker och nytta med att framhålla brister. Förfaringssättet måste också tillåta att goda förebilder kommer i förgrunden tydligare än vad som vanligen sker.

Värdet av att belysa brister är bl.a. att enskilda upplever att deras uppfattningar tas på allvar. Det ger kunskap om händelser som måste bli föremål för åtgärder och ger även innehåll till mål- och kvalitetsutveckling liksom till forsknings- och utvecklingsarbete. Jag betraktar även belysningen av brister som ett medel för att utveckla samhällets tillsyn över insatser för äldre.

3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl.

Brister i bemötande, kvalitet och innehåll inom verksamhet som avser hälso- och sjukvård finns dokumenterade hos landstingens förtroendenämnder, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientförsäkringen och Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB). Dessa myndigheter och instanser systematiserar information om inkomna anmälningar i databaser. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänsten.

Förtroendenämnderna, HSAN och Patientförsäkringen representerar instanser som den enskilde eller i vissa fall hans/hennes anhöriga kan vända sig till när vården och omsorgen inte fungerat som förväntat eller när den enskilde anser sig ha blivit felbehandlad. Allvarliga skador, sjukdomar och risker skall dessutom under vissa omständigheter rapporteras till Socialstyrelsen.

Förtroendenämndsverksamhet

Kommuner och landsting har en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *förtroendenämndsverksamhet* för den hälso- och sjukvård som de bedriver. Nämnderna är en från vården fristående instans och har till uppgift att stödja och hjälpa enskilda och/eller anhöriga i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal.

Förtroendenämnderna redovisar att antalet anmälningar ökat kraftigt under 1990-talet. Antalet anmälningar är dock litet i förhållande till antalet kontakter som allmänheten har med vård

och omsorg. Flertalet förtroendenämnder anser att det erfordras intensifierad och riktad information om möjligheterna att framföra klagomål och synpunkter på vård och omsorg. Det gäller inte minst till dem som är berörda av kommunernas hälso- och sjukvård.

Enskildas och anhörigas klagomål och synpunkter avser främst behandlingsåtgärder inom den sjukhusanslutna vården och omsorgen. Därefter kommer ofta synpunkter på bemötandet, avgifterna och omvårdnaden. Genomgående framkommer dock att en anmälan till en förtroendenämnd sällan "renodlat" avser en enda aspekt på vård och omsorg. Särskilt komplexa är de anmälningar som avser äldre personer. En av flera orsaker till detta är att flera vårdgivare och flera vårdnivåer vanligen är inblandade.

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har, sedan registrering av information om anmälningar startade år 1993, uppgifter om drygt 10 000 anmälningar i en databas. Sedan år 1993 t.o.m. år 1996 har antalet anmälningar som inkommit till nämnden ökat med 70 procent. Vid utgången av år 1996 utgjorde anmälningar som berörde äldre personer 28 procent av samtliga inkomna anmälningar. Majoriteten gällde kvinnor. De vanligast förekommande specialiteterna i anmälningar om äldre personer är allmän medicin, ortopedi, geriatrik och tändernas sjukdomar. I drygt en femtedel av de anmälningar som avsåg äldre personer var synpunkterna och klagomålen riktade mot bemötande och omvårdnad. Bristen på individuell anpassning av omvårdnaden till den enskildes behov var framträdande i många beskrivningar liksom synpunkter på att det i omvårdnadssituationen saknats känsla och engagemang.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är den statliga myndighet som har till uppgift att pröva frågor om bl.a. disciplinpåföljder för personal inom hälso- och sjukvården. HSAN

grundar sina bedömningar på de bestämmelser som finns i bl.a. åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Nämnden utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning eller erinran, av vilka varning är den allvarligaste. En förutsättning för att någon skall åläggas disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt.

HSAN har bl.a. uppmärksammat de problem som följer av att inte samtlig personal i de särskilda boendeformerna omfattas av bestämmelserna i åliggandelagen. HSAN prövar en anmälan bara i den del som gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Personal i kommunernas särskilda boendeformer som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (vanligen vårdbiträden och undersköterskor) kan åläggas disciplinpåföljd enbart i vissa situationer (om de arbetar på delegation eller biträder legitimerad yrkesutövare). Enligt erfarenheter hos HSAN är det ofta svårt att bedöma när socialtjänstpersonal (vårdbiträden och undersköterskor) är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.

HSAN konstaterar att anmälningsbenägenheten bland äldre inte är särskilt hög. Det är framförallt anhöriga som svarar för anmälningar som berör äldre personer. HSAN har uppmärksammat att brister i vård och omsorg om äldre ofta beror på att det i verksamheten inte finns fungerande rutiner eller att rutinerna är ogenomtänkta. HSAN anser även att det brister i läkartillsynen i de särskilda boendeformerna och att det där saknas fasta läkarkontakter. Brister i journalföring är vanligt förekommande liksom bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper.

Anmälningar som berör personer över 65 år avser främst bristande omvårdnad, tillsyn och behandling, särskilt vid fall och fallskador, beträffande vätske- och näringstillförsel och hur ofta läkare tillkallas samt vid insatser i livets slutskede. HSAN har i sin databas uppgifter om cirka 10 000 anmälningar som avser tiden från år 1993 t.o.m. år 1996. Knappt en femtedel av anmälningarna avser äldre personer. Däremot har äldres andel av de anmälningar som föranleder en disciplinär åtgärd ökat kraftigt (18 procentenheter) mellan åren 1993 och 1996. Särskilt framträdande är anhörigas upplevelser av brister i information, kommunikation och samverkan. Anhöriga riktar kritik mot

främst fel och försummelser vid händelser som avser fall och fallskador samt förebyggande insatser och behandling av trycksår. Även i anmälningar till HSAN framkommer bristen på individuellt bemötande i vård och omsorg.

Patientförsäkringen

En särskild *Patientförsäkring* tillskapades år 1975 mot bakgrund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen. Landstingsförbundet, landstingen och de tre landstingsfria kommunerna har sedan år 1995 ett eget ömsesidigt försäkringsbolag (LÖF) som skall täcka deras ansvar för ersättning av skador som drabbar patienten. Kommunerna och de privata vårdgivarna har liknande patientförsäkringar hos olika försäkringsbolag.

Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag med bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Bestämmelserna innebär bl.a. att patienten, för att ersättning skall kunna lämnas, inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonal gjort sig skyldig till fel eller försummelse. Ersättning kan lämnas för bl.a. förlorad arbetsinkomst, framtida inkomstbortfall, sjuk- och rehabiliteringskostnader, sveda och värk, underhåll för efterlevande samt begravningskostnader.

Patientförsäkringens databas innehåller uppgifter om skador som försäkringen bedömt som ersättningsbara sedan verksamheten påbörjades år 1975. Patientförsäkringen har under tjugoårsperioden tagit emot knappt 100 000 anmälningar varav cirka 40 000 lett till ersättning. 40 procent av samtliga anmälningar om personskador avser personer 65 år och äldre. Äldres andel av inkomna anmälningar är lägre jämfört med anmälningar från yngre personer. Däremot leder anmälningar från äldre (44 procent) i något större omfattning till ersättning än anmälningar från yngre personer (39 procent). Äldre kvinnor får i förhållande till antalet anmälningar oftare ersättning (45 procent) för sina personskador än övriga grupper.

Tillsyn över hälso- och sjukvård, Lex Maria-anmälningar m.m.

I avsnittet *Tillsyn över hälso- och sjukvård, Lex Maria-anmälningar m.m.* redogör jag för de nya bestämmelser som införts från den 1 januari 1997 i hälso- och sjukvårdslagen samt för den nya tillsynslagen som trädde i kraft vid samma tidpunkt.

Den tidigare gällande s.k. Lex Maria-förordningen med bestämmelser om anmälningsskyldighet har tillförts tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. En anmälan från en vårdgivare till Socialstyrelsen innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå. Erfarenheterna återförs sedan till hälso- och sjukvården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) i Örebro.

Lex Maria-anmälningar har registrerats i RDB sedan år 1992. Vid utgången av år 1996 fanns uppgifter om drygt 6 000 anmälningar. Åren 1993 och 1994 skedde en kraftig ökning av antalet Lex Maria-anmälningar. Majoriteten av anmälningarna (65 procent år 1993 och 68 procent år 1994) avsåg personer 65 år och äldre. En stor andel av anmälningarna kom från kommunernas särskilda boendeformer. Den kraftiga ökningen av antalet anmälningar har under åren 1995 och 1996 planat ut. År 1996 avsåg 57 procent av anmälningarna personer 65 år och äldre. Andelen anmälningar från kommunerna har också minskat. Anmälningarna utgjorde 28 procent av samtliga rapporterade riskhändelser år 1996 till skillnad från åren 1993 och 1994. Då var motsvarande andelar 42 respektive 44 procent.

Ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar inom långtidssjukvården efter kommunernas övertagande av ansvaret i samband med Ädelreformen kan ha flera olika orsaker. Det är enligt Socialstyrelsen (SoS, 1995:6) vanskligt att uttala sig om hur stor del av ökningen som var en följd av att kommunerna efter Ädel har egna medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Deras uppgift är bl.a. att bevaka den medicinska säkerheten och till Socialstyrelsen anmäla felhandlingar som lett till att enskilda utsatts för skada eller allvarlig risk för skada.

Ett skäl till att Lex Maria-anmälningarna från kommunerna sedan minskat (åren 1995 och 1996) kan vara att det numera finns

bättre rutiner och kunskap om vilka felhandlingar som skall rapporteras vidare till Socialstyrelsen och vilka som huvudmannen skall handlägga inom det egna kvalitetssäkringssystemet. Det finns anledning att följa dessa fluktuationer i anmälningar och att fortsättningsvis analysera sambanden med bl.a. vårdkvalitet. Ett stort antal Lex Maria-anmälningar behöver inte enbart vara tecken på lägre kvalitet i verksamheten. Hög anmälningsbenägenhet kan också visa på hög förändringsvilja och kvalitetsmedvetenhet.

Av särskild betydelse för att förebygga risker i vården och omsorgen är att identifiera i vilka situationer och i vilka arbetsmoment som felhandlingen förekommit. Vanligast förekommande är felhandlingar i samband med läkemedelshantering och allmän behandlingsverksamhet. De förekommer oftare i händelser med äldre personer involverade. Det gäller även felhandlingar i samband med omvårdnad som utgör 9 procent av samtliga rapporterade felhandlingar bland äldre personer. De flesta orsakerna till Lex Maria-händelser har bedömts vara "den mänskliga faktorn". Majoriteten av vidtagna åtgärder med anledning av händelser avser dock förändringar i de organisatoriska förutsättningarna. Den största risknivån i de rapporterade händelserna har bedömts föreligga inom opererande specialiteter.

Tillsyn över Socialtjänsten

I avsnittet om *Tillsyn över Socialtjänsten* redogör jag för att det inom socialtjänsten saknas en samlad systematisk dokumentation om omfattning av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre personer. Det är inte ur databaser möjligt att inhämta uppgifter om t.ex. antal anmälningar om bristande bemötande och kvalitetsbrister i omsorgen om äldre på motsvarande sätt som redovisats för verksamhet inom hälso- och sjukvården. Jag har därför i kapitlet redogjort för några utvecklingstendenser som framkommer i tillsynsmyndigheternas uppföljning och verksamhetstillsyn.

Sjukvårdsbehov och medicinska insatser

Socialstyrelsen konstaterar i slutrapporteringen av Ädelutvärderingen att utvecklingen inom äldreomsorgen måste förstås mot bakgrund av den snabba omstrukturering av vård- och omsorgssystemet som skett under 1990-talet. Som konsekvens av utvecklingen inom akutsjukvården ställs ökande krav på primärvård och kommunal äldreomsorg bl.a. på kommunernas insatser inom de särskilda boendeformerna. Sjukvårdsbehovet i kommunernas vård och omsorg har ökat efter Ädel. Det har blivit mer differentierat och komplext samt förändras snabbt över tid. Långt ifrån alla kommuner har enligt Socialstyrelsen förmått möta utvecklingen med erforderlig kompetent personal samt ändamålsenlig organisation.

Socialstyrelsen pekar också på problem som rör de medicinska insatserna inom äldreomsorgen, speciellt inom de särskilda boendeformerna. Brister avser bl.a. vårdplanering, hjälpmedelsinsatser, uppföljning och omprövning av medicinordinationer samt smärtlindring, t.ex. i livets slutskede. Brist på läkarinsatser i kommunernas äldreomsorg är ytterligare ett problem som uppmärksammats. (Samtidigt har Ädelreformen inneburit en positiv utveckling genom tillkomsten av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS.) Vidare konstateras att många av dem som bor i särskilda boendeformer har en ganska innehållslös vardag och sällan får hjälp att komma ut. Den enskildes behov av och möjligheter till rehabilitering uppmärksammas inte tillräckligt. Socialstyrelsen noterar även, som ett särskilt allvarligt problem för äldre personer, att kommunikationen mellan sjukhus, kommunernas äldreomsorg och primärvård ofta är undermålig.

Hemtjänst, avgifter m.m.

Beträffande hemtjänsten drar Socialstyrelsen slutsatsen att utvecklingen fortsätter att följa den tendens som började märkas redan på 1980-talet, dvs. allt färre får hjälp och hjälpinsatserna koncentreras till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Enligt andra studier från Socialstyrelsen finns stora skillnader mellan enskilda kommuner i andel äldre som har hemtjänst och/eller bor i särskilt boende. Dessa skillnader tenderar dock att minska

när det gäller särskilda boendeformer, men inte när det gäller hemtjänst.

Enligt de uppföljningar som Socialstyrelsen gjort av kommunernas avgifter i äldre- och handikappomsorg sedan nya regler infördes år 1993 framkommer bl.a. att avgifterna idag är mer svåröverskådliga och med stora variationer mellan kommunerna. Var tredje kommun saknar regler för hur jämkning skall ske. Det är vanligtvis den enskilde själv som måste initiera utredning om avgiftsjämkning. Det har också blivit vanligare att en del av insatserna lyfts ur hemtjänsttaxan och åläggs en särskild kostnad, t.ex. städning, larm, matdistribution m.m.

Handläggning av biståndsansökningar m.m.

Såväl Socialstyrelsen som länsstyrelserna har i olika uppföljningar konstaterat brister i rättssäkerheten i handläggning och dokumentation av biståndsansökningar. De brister som rapporterats gäller bl.a. ofullständiga biståndsutredningar samt underlåtelser att kommunicera innehållet i utredning samt avslag om ansökt bistånd. Bristande information om rätten till individuell prövning enligt 6 § SoL och rätten att överklaga biståndsbeslut framkommer även.

Det är få överklagningar av biståndsbeslut inom omsorg om äldre i förhållande till andra verksamheter inom socialtjänsten enligt länsstyrelserna. Klagomål och individuell tillsyn har framförallt avsett avgifter/jämkning av avgifter, frågor om personalbemanning, den enskildes integritet i bostaden och kontinuitet i verksamheten. De har även avsett brister i omsorg och omvårdnad bl.a av de äldsta och mest vårdkrävande samt bristande samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Tillgång till särskilda boendeformer och hemtjänst

Länsstyrelserna betonar att stora satsningar sker i kommunerna för att höja kvaliteten i de särskilda boendeformerna och då främst beträffande gruppbostäder för personer med demens. Enligt länsstyrelsernas bedömning råder generellt stor brist på särskilda boendeformer. Bland annat påtalar länsstyrelserna att den

enskilde inte har valfrihet vad gäller val av boendeform eller dess geografiska placering. En annan konsekvens är att äldre personer i avvaktan på ett särskilt boende hänvisas till korttidsplatser och avlastningsplatser som främst skall erbjuda avlösningsmöjligheter för anhöriga.

Besparingarna inom omsorgen om äldre, tillsammans med det ökade antalet äldre (80 år och äldre), har resulterat i en tendens till förändrad hemtjänst. Enligt länsstyrelserna gäller förändringarna både verksamhetens innehåll, omfattning, organisation och t.ex. prioritering av de allra äldsta med de största omsorgsbehoven. Äldreomsorgens verksamheter delas upp på myndighetsutövning och utförande av vård- och omsorgsinsatser. En tendens som länsstyrelserna observerat är att det förekommer glidande gränser mellan vad som bedöms som service och vad som ingår i biståndsbedömd omsorg.

Nya föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen har utarbetat allmänna råd (SOSFS 1996:11) avseende anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården. De allmänna råden gäller dock inte händelser som faller under Lex Maria. Enligt råden är det viktigt att personal, som arbetar inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen, får tydliga direktiv av arbetsgivaren om vad som gäller när de blir vittnen till eller misstänker att någon utsatts för övergrepp, försummelse eller bristande omvårdnad. De allmänna råden innehåller rekommendationer om rutiner för att i kommunerna göra det möjligt att uppmärksamma och förebygga övergrepp. Kommunerna rekommenderas även att årligen lämna en redovisning till vederbörande länsstyrelse.

Socialstyrelsen utfärdade i slutet av år 1996 föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32). Enligt de allmänna råden bör en samordnad vårdplanering inledas så fort underlag föreligger om att patienten efter utskrivningen behöver sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Den samordnade vårdplaneringen syftar till att skapa förutsättningar för att överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som möjligt och så att

den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

Sammanfattande diskussion

Jag framhåller i en *sammanfattande diskussion* att det är betydelsefullt att det påbörjade arbetet med att sammanställa statistik från landets förtroendenämnder fortsätter för att man även på nationell nivå skall kunna göra jämförelser och följa utvecklingstendenser beträffande allmänhetens synpunkter på vård och omsorg. Det är även önskvärt att från de olika instansernas databaser, så långt som möjligt, kunna inhämta jämförbar information. Ett angeläget syfte är att bättre kunna följa utvecklingen av vården och omsorgen för personer med de största vård- och omsorgsbehoven. Möjligheterna att kunna följa utvecklingen inom kommunernas äldreomsorg är ett område som bör förbättras. I detta sammanhang kan noteras att det inte utan omfattande manuella bearbetningar är möjligt att göra jämförelser av brister i kvalitet och innehåll inom långtidssjukvården före Ädelreformen (1992).

Uppgifter om anmälningar som finns systematiserade i databaser hos HSAN, förtroendenämnden i Stockholms läns landsting, Socialstyrelsens RiskDataBas och Patientförsäkringen ger värdefull information om skador och skadeffekter, risker och riskbeteenden samt klagomål från enskilda och anhöriga. Genom att information registrerats sedan några år är det möjligt att följa och analysera utvecklingen över tid. Kartläggningsarbetet ger en översiktlig beskrivning av förhållandena för personer 65 år och äldre. Det är betydelsefullt att bl.a genom dessa kunskapskällor kontinuerligt följa hur kvaliteten utvecklas inom vård och omsorg om äldre och närmare analysera skador, skadeeffekter, riskhändelser och klagomål som berör äldre. De olika myndigheterna och instanserna återför på olika sätt kunskap och erfarenhet till vården och omsorgen om brister och missförhållanden som måste åtgärdas. Även kommuner och landsting förväntas genom bl.a. skyldigheten att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten (inkluderande egen lokal avvikelserapportering) successivt få en samlad dokumentation av kvalitetsbrister.

Antalet anmälningar till myndigheter och andra instanser är lågt i jämförelse med allmänhetens kontakter med vård och omsorg. Särskilt framträdande är detta för personer 65 år och äldre. Antalet anmälningar som berör äldre är lågt jämfört med yngre personer och även i förhållande till att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder. Det är troligt att många som upplever sig ha blivit dåligt bemötta eller blivit utsatta för felbehandlingar av olika skäl inte framför klagomål och kritiska synpunkter till tillsynsmyndigheterna och andra instanser. En stor del av klagomålen klaras förmodligen upp direkt i kontakten med vårdgivaren. Mörkertalet angående faktiskt missnöje och upplevelser av brister i vård och omsorg är dock sannolikt stort. Det förekommer troligen stora skillnader både inom och mellan kommuner och landsting beträffande rutiner och systematik för att ta emot och åtgärda klagomål. En viktig uppgift är därför att stimulera till fortsatt utveckling av adekvata rutiner för handläggning av synpunkter och klagomål.

Det statistiska materialet ger i vissa fall god information om vilka verksamheter och specialiteter som anmälningarna avser samt vilka händelser som föranleder en anmälan och vad den resulterar i. Anmälningarna innehåller dock ofta en komplexitet som inte tydliggörs i statistiken.

Jag kan genom analyser av de exempel på anmälningar som jag fått tillgång till konstatera den samstämmighet som framkommer ur materialet. Det råder även stor samstämmighet med resultatet av de uppföljningar och utvärderingar som genomförts av tillsynsmyndigheterna.

Klagomålens innehåll

Flertalet kritiska synpunkter och klagomål på vården och omsorgen om äldre lämnas av anhöriga som i sina anmälningar beskriver starka upplevelser av brister i omhändertagandet. Flertalet anmälningar gäller tiden då deras närstående vistades på sjukhus eller bodde i en särskild boendeform och då främst sjukhem. Klagomålen avser personer i mycket hög ålder med omfattande behov av vård och omsorg och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan och utöva inflytande.

För somliga anhöriga är det primära skälet för anmälan att ansvariga skall ställas till svars för det som inträffat. Andra skäl är upplevelser av kränkningar samt en önskan om upprättelse. Anhöriga vill också förebygga liknande händelser som drabbat deras närstående. Klagomålen avser oftast flera olika händelser. Brister i information, dialog och samverkan med enskilda och anhöriga är vanliga. Klagomålen på bemötande, omvårdnad, tillsyn och behandling tydliggör den enskildes utsatthet och brist på individuellt anpassad vård och omsorg. Påfallande ofta avser anhörigas synpunkter brister i insatser för att förebygga och behandla trycksår samt fall och fallskador.

De områden som anmälningarna främst avser kan sammanfattas med de kvalitetsbrister som Socialstyrelsen uppmärksammat vid handläggning av tillsynsärenden:

- Individuell anpassning av vård och omsorg till den enskildes behov, individuella och dokumenterade vårdplaner, bedömning, analys och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Dokumentation i omvårdnadsjournal, med utgångspunkt från den enskildes behov, beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat som underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna.
- Samverkan med andra personalkategorier och vårdgivare.
- Information, samverkan och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga.
- Rutiner för läkemedelshantering och för att uppmärksamma våld samt kränkande beteende mot de boende.
- Mål för verksamheten samt ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete.
- Organisation och arbetssätt, arbetsledning och medicinsk ledning.
- Personalbemanning, kompetens, attityder och förhållningssätt hos personalen, fortbildning och handledning.
- Gruppsammansättning i boendeenheter med hänsyn till enskildas olika behov och förutsättningar.

4 Hearings – ett viktigt led i kartläggningsarbetet

Detta kapitel redovisar erfarenheter från hearings, rådslag, som jag anordnade under hösten 1996. Jag ville genom diskussion med ett antal grupper, på olika sätt berörda av frågor om bemötande av äldre, få del av synpunkter på brister och på möjligheter att avhjälpa dem.

Tillsammans med företrädare för utredningens sakkunniggrupp och sekretariatet sammanträffade jag med representanter från
- Anhörigföreningar
- Elever och lärare vid hälsohögskola
- Fackliga organisationer
- Förtroendenämnder
- Handikapporganisationer
- Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning
- Länsstyrelser
- Pensionärsorganisationer
- Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter
- Svenska Kommunförbundets socialberedning.

Varje grupp lyfte självfallet fram vissa frågor typiska för den roll som respektive organ/verksamhet spelar. Ett starkt intryck blev emellertid den höga grad av samstämmighet som finns både vid identifiering av aktuella brister och i förslag som kan bidra till att avhjälpa dem.

De ämnen som genomgående diskuterades vid rådslagen var
- uppföljning och utvärdering som ett naturligt inslag i vardagsarbetet
- nedskärningar och besparingar inom vård och omsorg om äldre
- behovet av individualisering och individuellt bemötande av äldre och deras närstående
- behovet av insatser för kompetensutveckling
- behovet av ett tydligt arbetsledarskap.

Jag summerar mycket kortfattat några kommentarer från diskussionerna:

Deltagarna konstaterade att uppföljning och utvärdering har betydelse för både dem som får insatser inom vård och omsorg och den verksamhet som svarar för att insatserna blir genomförda. Det behövs tydligare beskrivningar av mål, arbetssätt och krav på dokumentation. Brister och kritik behöver analyseras och ses som uppslag till positiva förändringar. Deltagarna fann att det ofta uppstår en försvarsinriktad inställning istället för en beredskap att konstruktivt använda negativa synpunkter.

Nedskärningar och besparingar relaterades främst till frågor om personalminskningar och begränsade utbildningssatsningar. Det fanns oro över följderna. Samtidigt menade deltagarna att det är svårt att finna "raka samband" mellan ekonomiska förutsättningar och olika slags brister i bemötandet. Befintliga medel kan användas med olika grad av skicklighet och insikt i behovet av utbildningsinsatser, miljöförbättringar, utveckling av arbetsledarskap, tillgång till hjälpmedel, effektiv samverkan mellan olika sektorer m.m.

Helt dominerande vid samtliga hearings var diskussioner om aspekter på brister i individualisering och individuellt bemötande. Öppet eller dolt styr ett förhållningssätt som utgår från att alla äldre eller i vissa fall grupper av äldre har samma behov, egenskaper och önskningar. Deltagarna uppehöll sig vid riskerna med kollektiv hantering bl.a. inom särskilda boendeformer och påtalade behov av kraftfulla insatser för att individen skall komma "i centrum".

Bland dessa insatser framhölls starkt dels kompetenshöjande insatser för olika personalkategorier, dels utveckling och tydliggörande av arbetsledarskap. Deltagarna bidrog med en lista över önskvärt innehåll i kompetens, kompetensutveckling och arbetsledarskap. Gemensamt var att man framhöll behov av dels inlevelseförmåga och medvetet humanistiskt synsätt, dels yrkeskunnande och professionalism.

Anhöriga uppehöll sig mycket vid relationer till personal av olika kategorier inom vård och omsorg och påtalade brister i kommunikation och samverkan. Man saknade arbetsledare som insiktsfulla förebilder för att utveckla goda kontakter med anhöriga. Anhörigas resurser i form av kunskaper och erfarenheter tas inte tillvara på ett konstruktivt sätt t.ex. i samband med nöd-

vändig individuell planering av olika insatser för deras närstående. Ett förslag var att i större omfattning anordna gemensamma utbildningsaktiviteter för anhöriga och personal. I övrigt diskuterades olika former av psykologiskt och praktiskt stöd till anhöriga, bl.a. behovet av flexibla avlösningsinsatser.

Elever och lärare vid hälsohögskola diskuterade vid sina hearings utbildningsinnehållets förhållande till yrkeslivets verklighet. Eleverna framhöll att det är naturligt med ett visst glapp mellan utbildningsinnehållet (som speglar ideala förhållanden) och verkligheten. De önskade sig mera diskussioner om varför skillnader uppstår och ville ha en betydligt mera välfungerande samverkan mellan teoretiska studier och praktik. Dessutom ville eleverna ha mera stöd för sin personliga utveckling genom ingående vägledande diskussioner om särskilt påfrestande situationer i vården, t.ex. vård i livets slutskede och dödsfall. Eleverna diskuterade även förutsättningar för förändringsarbete och uppmärksammade särskilt arbetsledarnas roll för att fördjupa förståelsen för ett gott bemötande i praktiken.

Lärarna var bekymrade över elevernas möjligheter att använda sina kunskaper i miljöer som präglas av nedskärningar och försvarsinställningar mot positivt förändringsarbete. De reflekterade också över statusskillnader i vården som medför att geriatrik och andra insatser för äldre anses mindre glamorösa än andra områden, vilket bl.a. påverkar rekrytering till yrken inom vård och omsorg för äldre. Bemötandefrågor, i synnerhet de som rör beroendeförhållanden, ansågs mycket väsentliga för en fortsatt utveckling av innehåll i teoretisk och praktisk utbildning.

Fackliga organisationer. Med en inbjudan som bl.a. gått till Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) och Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO) fick denna hearing en sammansättning som speglade många olika insatser inom vården och omsorgen om äldre.

Områden som särskilt belystes var
- Behov av och förutsättningar för förändringsarbete.
- Personalutbildning och möjligheter att tillämpa kunskaper.
- Samverkan.

Behov av förändringsarbete som rör kvaliteter i omsorgens och vårdens innehåll har enligt deltagarna betonats genom a) genomförda omorganisationer som främst rört ramar för äldreomsorgen, b) en på vissa håll ökande brist på helhetssyn i enskildas perspektiv, c) kvarstående brister dels i samverkan mellan huvudmän, dels inom verksamhet hos en och samma huvudman, d) tilltagande begränsning av ekonomiska resurser. Samtidigt framförde deltagarna att det också är lärorikt att anlägga ett historiskt perspektiv. Vissa förhållanden har blivit klart förbättrade, andra har kvar bristfälligheter som inte är nytillkomna varken genom Ädelreformen eller genom den ekonomiska åtstramningen, som ibland ses som enda orsaker till bristfälligheter.

Alla var överens om att en utveckling av vården och omsorgen om äldre i mycket hög grad handlar om att beakta och ta konsekvenser av att äldre skall ses som individer och kunna utöva självbestämmande.

Man var även överens om att ett bristfälligt innehåll går att förändra även under knappa ekonomiska förhållanden. Ett exempel är kvalitetshöjande processer som pågår inom vård och omsorg om personer med demens.

Utbildningsvägarna för vårdpersonal måste analyseras i förhållande till nya krav. Olika yrkeskategorier behöver ha tillgång till fort- och vidareutbildning. Väsentligt är att i alla dessa utbildningssammanhang fördjupa inslag om etik och moral både på teoretisk nivå och med stark anknytning till den verklighet där man utför sina arbetsuppgifter. Frågorna kan dock inte bara hänvisas till utbildningssituationer, de måste vara ett inslag i vardagen, i arbetslagets egna diskussioner med bl.a. arbetsledare.

Deltagarna ansåg att stress och jäkt har ökat i olika verksamheter beroende på att äldre i särskilda boendeformer (och även de som får stöd av hemtjänst) har allt större omvårdnadsbehov. Det handlar dock inte bara om att öka en personalstyrka, man måste också vara klar över hur insatser och tid skall användas för att tillgodose enskilda på bästa sätt. Det är bl.a. nödvändigt att granska sin arbetsorganisation – den måste formas för att stödja ett gott innehåll.

Bristerna i samverkan är fortfarande påtagliga ansåg deltagarna, trots noterade positiva förändringar. Samverkan som be-

höver utvecklas är bl.a. den mellan olika yrkesgrupper och mellan sociala och medicinska kompetensområden.

Företrädare för landstingens förtroendenämnder. Vid denna hearing uppehöll sig deltagarna främst vid frågor om anhöriga och om personal.

Vikten av att ta tillvara anhörigas engagemang och möta det med respekt och god information betonades. Anhöriga hör inte sällan av sig till förtroendenämnderna först när deras närstående avlidit. Ett antagande bland flera var, att anhöriga är rädda för att deras kritik skall gå ut över bemötandet av deras närstående som till följd av sjukdom eller svaghet inte kan hävda sin integritet.

Förtroendenämnderna ansåg det vara väsentligt att anhörigas formella ställning blir utredd, dvs. hur mycket och när de kan tala för sin närstående. De ville också uppmärksamma situationen för dem som inte har nära anhöriga eller god man.

Beträffande personal fann deltagarna brister i synsätt, rekrytering, utbildning, arbetsledarskap och arbetsorganisation. Grundläggande synsätt måste förankras bättre – ett gott bemötande är till ömsesidig nytta för enskilda och personal.

Fortbildning är viktig för att dels förnya/öka kunskaper, dels hålla personalens engagemang levande. Medicinska och psykosociala omvårdnadsaspekter måste integreras både i utbildning och i yrkesutövning. Komplexiteten i äldres sjukdomar och vårdbehov måste uppmärksammas.

Beträffande arbetsledarskap tog man bl.a. upp arbetsledarens roll för att förebygga utbrändhet och betonade vikten av handledning, arbetsplatsbyten, kvalificerad utvärdering av den egna organisationen och delegeringsformer.

Handikapporganisationer. Deltagarna representerade den samlade handikapprörelsen med hänsyn till olika fysiska och psykiska funktionshinder. Frågor under diskussionen var dels gemensamma, dels med inriktning på följder av vissa funktionshinder.

Handikapprörelsen fann brister i bl.a.

- enskildas inflytande
- tillgänglighet, både till lokaler, gatumiljöer, resemöjligheter osv. och till samhällsinformation; den uppsökande verk-

samheten som kan bidra till att enskilda får del av insatser måste också stärkas
- samverkan, både mellan enskilda och företrädare för myndigheter/verksamheter och mellan verksamheter; enskilda utsätts för stora problem när det förekommer revirstrider och dålig samverkan
- yrkeskunnande hos personal, bl.a. påtalades brister i kunskaper om olika funktionshinder och i individuellt synsätt på personer som behöver vård och omsorg. Man varnade för kunskapsuttunning vid långt driven decentralisering.

Vidare framfördes svårigheter för äldre döva att få behov av teckenspråkligt stöd och teckenspråklig gemenskap tillgodosedda.

Företrädare för personer med synskador tog upp vikten av kontinuitet i hjälpen och stödet till äldre och betonade, att det var av betydelse för upplevelse av trygghet och för skydd av integritet. Vidare beskrev man brister i rehabilitering, tillgång till hjälpmedel samt i samverkan bl.a. mellan syncentraler och heminstruktörer.

Vikten av att utveckla möjligheter till självbestämmande och helhetssyn i vård och omsorg betonades av företrädare för personer med rörelsehinder. Brister påtalades bl.a. beträffande tillgång till personligt planerad rehabilitering för enskilda som fyllt 65 år. Det är också viktigt att inte skapa isolering genom att minska på insatser som innebär att personer kan hålla kvar ett eget socialt nätverk och egna intressen.

Kunskaper om behov hos personer med utvecklingsstörning under åldrandeprocessen är föga utvecklad, det gäller såväl bostads- som stödformer. Frågan om stöd i den egna bostaden behöver analyseras ytterligare för att undvika flyttningar som inte initieras av den enskilde eller företrädare.

Deltagarna ansåg överlag att vården och omsorgen om äldre i större omfattning borde använda sig av handikapporganisationernas kunskaper, även beträffande äldre som fått funktionshinder i hög ålder.

Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning. Diskussionen fördes inledningsvis om vikten av att ta tillvara den varningssignal som innebär att frustrationer över nedskärningar riskerar att gå ut över personalens bemötande av

patienter. Det fastslogs att attityder till äldre inom vården speglar både den egna organisationens kvaliteter och det övriga samhällets attityder.

Det finns ett ökande engagemang hos olika yrkeskategorier i frågor som avser förhållningssätt, bemötande och etisk handledning inom hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att ta sig tid och lyssna på äldre patienter. Självbestämmande och inflytande behöver stärkas som väsentliga inslag i god vårdkvalitet. Det bör vara ett professionellt ansvar att öka möjligheter till inflytande.

Förbättrad samverkan mellan huvudmännens insatser var även ett område som diskuterades, framförallt vikten av den individuella planeringen för "medicinskt färdigbehandlade".

Deltagare framförde vidare behovet av geriatrisk kompetens inom akutsjukvård. Äldre behöver längre tid vid diagnos och behandling och deras sjukdomar kan uppvisa annan symtombild än hos yngre patienter. Gamla människor måste få känna sig värda en kvalificerad vård som ges med individuell omtanke.

Företrädare för länsstyrelserna. Vid denna hearing hade frågor om brister i rättssäkerhet stort utrymme. Deltagarna menade att det är en väsentlig aspekt på bemötandet av äldre. De brister som togs upp var i stor omfattning effekter av institutionalisering, exempelvis tvång genom inlåsning eller bindning (i stol m.m.), brister i information vid flyttningar samt brister i sekretess och dokumentation. Man framhöll också att enskilda, deras närstående och personal har liten kunskap om överklagningsmöjligheter. Många äldre har brist på starka företrädare.

Orsaker till bristerna finns enligt deltagarna i bl.a.
- dålig kunskap hos vårdpersonal, tjänstemän och politiker
- urholkning av grundläggande synsätt
- resursbrister, i synnerhet nedskärningar beträffande personal.

Bland nödvändiga åtgärder nämndes exempelvis
- tydliga politiska mål för äldreomsorgens innehåll och förankring av synsätt som motverkar kollektiv hantering
- systematisk utbildningsplanering
- tydliga krav på kvalificerat arbetsledarskap

- åtgärder för att öka rättssäkerheten i institutionella boendeformer
- förstärkning av status i arbetsuppgifter inom vård och omsorg om äldre
- beskrivning av insatser för att berika dagsinnehållet t.ex. på sjukhem.

Pensionärsorganisationer. Deltagarna fann att utredningens syfte var gott men ifrågasatte möjligheterna till framträdande resultat om ekonomiska medel inte tillförs.

Trots detta menade man att det finns företeelser som kan angripas under nuvarande omständigheter. Användningen av tillgängliga medel måste bevakas. Förhållandena är mycket olika i kommunerna och landstingen. Höga kostnader kan inte alltid relateras till god och säker kvalitet i vård och omsorg.

I övrigt uppehöll man sig främst vid
- enskildas och anhörigas inflytande
- personalutbildning
- tillsyn.

Man ansåg att hierarkiska organisationsformer, överbelastad personal och brist på kompetenshöjande insatser vidmakthåller ett underläge med bristande självbestämmande och inflytande för enskilda i vård och omsorg. En särskilt angelägen fråga är hur inflytandet skall kunna stärkas för dem som inte har (starka) anhöriga.

Behovet av ett starkare och lagreglerat inflytande för brukarna och deras organisationer påtalades. Kommunala pensionärsråd borde enligt deltagarna tas på allvar som en aktiv part, inte bara som ett forum för informationsgivning.

Personalutbildning måste främjas för att öka både generella kunskaper om åldrande och specifika kunskaper (t.ex. om demens).

Områden som måste förbättras bl.a. genom utbildningssatsningar är enligt pensionärsorganisationerna
- information till enskilda och deras närstående samt kunnig behovsbedömning
- enskildas möjligheter till inflytande

- vårdplanering
- rehabilitering
- arbetsledning och handledning till personal av olika kategorier
- specialkunskaper om t.ex. medicinsk säkerhet och trygghet, demenssjukdomar, hjälpmedel
- arbetsorganisation.

En individualiserad syn på anhöriga måste också stärkas. Det innebär bl.a. att beakta varje anhörigs ork och möjlighet att ge stöd och omsorg till sin närstående. I vissa fall, där detta inte sker, ställs anhöriga inför det som någon kallade "tvångsarbete", en risksituation som ytterst kan leda till bristfällig vård och omsorg.

Deltagarna efterfrågade mera aktiva tillsynsinsatser från såväl Socialstyrelsen som från lokala politiker. Förtroendenämndernas möjligheter att genomföra sina uppgifter behöver även bli mera kraftfulla.

Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Kunskaps- och kompetensfrågor upptog stor del av diskussionen. Det måste finnas ett tydligt uttryckt ansvar för att utveckla yrkeskunnande/kompetens. I en nödvändig kvalitetssäkring av medicinsk och psykosocial omvårdnad måste ingå klart formulerade mål för kunskapsutveckling och en utbildningsstrategi.

Förutsättningarna för att ge god vård och omsorg diskuterades ingående, bl.a. besparingskrav som genomförs med liten förståelse för att enskilda samtidigt är beroende av flera insatser i fungerande samverkan. Det kvarstår brister i samverkan mellan olika yrkeskategorier liksom hindrande kulturella skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Individualiserat bemötande måste i högre grad än nu bli en gemensam utgångspunkt för insatser.

Övergripande fann deltagarna behov av att skillnader i lagstiftningens karaktär (hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen) granskas. Behovet av nya tillsynsformer som bättre svarar mot äldreomsorgens utveckling framhävdes.

Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning. Deltagarna fastslog vikten av att äldreomsorgen grundas på gemensamma värderingar och att ansvariga är tydliga i mål, uppdrag och uppföljningar.

Behovet av att utveckla områden som individuella handlingsplaner, dokumentation samt biståndsbedömning är stort.

Fortlöpande kompetensutveckling är nödvändig för att förbättra bemötande. Successivt har det också blivit tydligare att specifika kunskaper krävs inom vård och omsorg om äldre, t.ex. om behov hos äldre med utvecklingsstörning respektive psykisk störning. Motsvarande gäller i frågor som rör äldre invandrare.

God samverkan för en allsidig och individualiserad omvårdnad med hänsyn till både medicinska och sociala behov måste stärkas. Det gäller även ett utvecklat dagsinnehåll, särskilt i sjukhemsmiljöer.

Deltagarna ansåg vidare att det är mycket betydelsefullt att analysera hur befintliga resurser inom äldreomsorg används – det finns behov av nyskapande för att utveckla kvalitet och innehåll samt säkerställa att man utför "rätt saker" för den enskilde efter hans/hennes behov. Återkommande kvalitetsbedömningar med delaktighet från olika personalkategorier och brukare/anhöriga bör vara ett naturligt inslag i vården och omsorgen om äldre.

5 Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet

Kapitlet innehåller en beskrivning av erfarenheter som kommit mig till del genom bl.a. brev från anhöriga till äldre.

Jag hävdar att *enskildas berättelser har ett eget värde som del i en samlad beskrivning av brister i bemötandet av äldre*. Det behövs en lyhördhet och ett aktivt lyssnande när man tar emot dessa erfarenheter. Ett sådant förhållningssätt kan också stärka de enskilda och deras närstående som idag inte vågar framföra synpunkter. Jag avvisar tanken på att anhörigas berättelser skall förkastas som anekdotiska eller alltför känsloladdade för att beaktas.

I ett antal "inblickar i vardagen" citerar jag ur brev om personligt bemötande och möjligheter till inflytande, om information och ömsesidigt informationsutbyte samt om personlig fysisk och psykisk omvårdnad. Bristerna framstår tydligt.

I kapitlet beskriver jag även olika motiv för att anhöriga förmedlar sina synpunkter till utredningen. Jag finner att de måste bemötas med både sakkunskap och inlevelse.

6 Analyser och slutsatser

Inledningsvis beskriver jag värderingar, normer och kvalitetskrav mot vilka kartläggningens erfarenheter skall jämföras.

Jag konstaterar att synpunkter på bemötandet finns öppet redovisade eller gradvis synliggjorda i anmälningar som handlar om andra inslag i vård och omsorg; upplevelser av kränkningar och brister är sammansatta och komplexa; det är också en följd av äldres vård- och omsorgsbehov som ofta kräver insatser från flera olika verksamheter.

Det är i praktiken inte möjligt att separera frågor om bemötande från exempelvis behandling eller omvårdnad i hälso- och sjukvården. Ett gott bemötande leder till mer kvalificerade resultat i övriga insatser. Det finns inte anledning att anta något annat förhållande när det gäller bemötande som del i socialtjänstens åtgärder.

Det finns en underrapportering beträffande brister i bemötandet av äldre och jag gör antagandet att mörkertalet är stort.

Det samlade kartläggningsmaterialet visar att många brister hör samman med kollektiv hantering. En väsentlig slutsats är att tankar, kunnande och metoder för att uppnå ett respektfullt individuellt bemötande måste stärkas och utvecklas.

Jag uppehåller mig i kapitlet också vid begreppet helhetssyn och noterar bl.a. behovet av ett bättre flöde och en bättre samverkan mellan teoretisk och praktisk kunskap samt mellan medicinskt och psykosocialt yrkeskunnande.

Vid min analys av brister i bemötandet av äldre och de behov av kvalitetsutveckling som bristerna kan föranleda har jag funnit vissa mönster. De har samband med

- enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg
- förebyggande arbete i vid bemärkelse
- tillsynsverksamhet.

Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg. Jag har för avsikt att under det fortsatta utredningsarbetet samråda med utredningen HSU 2000 som har uppdraget att utreda patientens ställning inom hälso- och sjukvård.

Jag har kunnat konstatera att de moment som ingår i uppdraget till HSU 2000 är av det slag som enligt min kartläggning behöver uppmärksammas rörande äldre, inte bara inom hälso- och sjukvård utan även inom socialtjänstens insatser.

Jag har i kapitlet beskrivit beroendeförhållanden som kan göra att äldre och deras anhöriga har svårt att förmedla synpunkter och klagomål till företrädare för vård och omsorg. Undergivenhet, rädsla och överdriven tacksamhet kan leda till att de inte vågar framföra sin kritik. Bristen på öppenhet för enskildas synpunkter hos företrädare för vården och omsorgen har orsaker i bl.a. brister i människosyn, kunskap och inlevelse. Det finns också andra brister som spelar in, bl.a. brister i behovsbedömning, kommunikation mellan yrkesgrupper, i resursfördelning och systematisk uppföljning.

Jag gör en genomgång av brister i befintliga möjligheter för att stärka enskildas och anhörigas ställning. Jag tar bl.a. upp frågor om informationsutbyte och samverkan, där flera brister påtalas av anhöriga. Dessa brister gäller även informationsutbyte inom ett arbetslag och mellan verksamheter. Det finns också brister i sekretess, tillgänglighet m.m.

Jag påtalar att det redan idag finns möjligheter att stärka informationsutbytet genom tydlig information och dokumentation vid biståndsbedömningar, genom individuell vård- och rehabiliteringsplanering och vid uppföljning av insatser m.m.

Det finns också brister i att möta anhörigas och enskildas synpunkter både utifrån sakförhållandet och från de starka känslor som ofta väckts genom ett negativt händelseförlopp. Jag speglar också bristande psykisk och fysisk omvårdnad som del i identitetsförlust för enskilda och pekar även på hur bristfälliga miljöer kan medverka till sådana upplevelser. Anhörigas ställning måste kunna stärkas genom psykologiskt och praktiskt stöd samt avlösning. Avlösningsalternativ måste väljas både utifrån den enskildes och anhörigas behov.

Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse. Jag hävdar betydelsen av att använda kritik och negativa företeelser som utgångspunkt för att utveckla god kvalitet i verksamhetsinnehåll.

Återföring till vården är en väsentlig del i ett förebyggande arbete. Material från RDB, Patientförsäkringen, HSAN och förtroendenämnderna är omfattande och bör utgöra en grund för systematisk kvalitetsutveckling.

Inom socialtjänsten saknas möjligheter att som inom hälso- och sjukvården samla "riskhändelser" i databaser och därigenom få ett systematiskt underlag för det förebyggande arbetet. Lagstiftningen på socialtjänstens område innefattar inte heller de preciserade kvalitetsangivelser som finns inom hälso- och sjukvården. HSAN har även noterat gränsdragningsproblem som följer av att särskilda boendeformer inte är att betrakta som vårdinrättningar.

I det förebyggande arbetet måste utöver systematisk insamling och återföring av kunskap om brister även ingå insatser för

- insiktsfull rekrytering till arbetsuppgifter för och tillsammans med äldre
- god personalutbildning, fortbildning och handledning med inriktning på frågor om bemötande
- utveckling av innehåll i personalens arbetssituation
- uppföljning, utvärdering och utveckling av arbetsledning och arbetsorganisation.

Jag avser att återkomma till dessa frågor i mitt slutbetänkande.

Tillsyn. Tillsyn över äldreomsorgen bör enligt Socialutskottet (i betänkande SoU 1996/9713) förstärkas. Det är en uppfattning som jag mot bakgrund av kartläggningen har all anledning att dela. Särskilt vill jag påtala behovet av tillsyn med inriktning på att stärka

- laglighet och rättssäkerhet
- kvalitet och kompetens för att hävda och säkra äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet
- tydligare organisation och tillsynsverksamhet för att förbättra enskildas möjligheter att framföra sina synpunkter och klagomål på vård och omsorg.

7 Det fortsatta utredningsarbetet

Med utgångspunkt i erfarenheter från den kartläggning som redovisas i detta delbetänkande har jag gjort en planering av det fortsatta utredningsarbetet. Planen är dock inte helt avgjord i alla detaljer.

Kartläggningen tillsammans med rapporten som avlämnas samtidigt, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) visar att det finns behov av ytterligare analyser inom ett antal områden. Denna uppfattning stärks också av de kompletterande rapporter där olika forskare belyser frågor som jag uppdragit åt dem att undersöka.

Rapporterna kommer i vissa fall att publiceras successivt under våren 1997, i andra fall kommer materialet att utgöra delar av mitt slutbetänkande. De frågor som varit aktuella för forskarnas uppdrag har avsett

- äldre invandrare och deras möten med vård och omsorg
- personal inom vård och omsorg, utbildningens förhållande till innehållet i olika verksamheter
- bemötandet i olika särskilda boendeformer
- bemötande, bl.a. åldersdiskriminering, i ett historiskt och internationellt perspektiv
- aktuella fakta om äldres situation, bl.a. om hälsa och sjukdom, sociala nätverk och ekonomi.

Inför mina överväganden och förslag har jag funnit behov av ytterligare analyser inom följande områden.

- Lagstiftning.
- Politiskt fastställda mål och riktlinjer med betoning på lokalt arbete för att förankra och följa kvalitetsutveckling inom vård och omsorg om äldre.
- Personalfrågor, bl.a. utbildning, attityder, arbetssätt, arbetsledning samt personalens arbetssituation; hit hör också frågor om samverkan mellan enskilda, anhöriga och berörd personal.
- Bemötande i olika bostads- och stödformer för äldre, med syftet att öka enskildas förutsättningar för upplevelser av större trygghet och säkerhet för dem och deras närstående.
- Vissa andra frågor, exempelvis behov av forskning och utvecklingsarbete.

Under förberedelserna för mitt slutbetänkande kommer jag som hittills att enligt utredningsdirektiven arbeta öppet och försöka ta tillvara det engagemang jag mött för frågor om äldre.

Jag kommer därför att sända detta betänkande jämte den tidigare nämnda rapporten (SOU 1997:52) till många intressenter, enskilda, organisationer, myndigheter m.fl. som är berörda av frågor om bemötande av äldre. Jag förväntar mig att på det sättet få till stånd en bred diskussion och tillgång till många förslag som bidrag till att brister skall kunna undanröjas.

Jag kommer vidare att inbjuda till ett antal rundabordssamtal för att fördjupa diskussionen om bl.a. följande frågor

- enskildas självbestämmande och integritet
- samverkan mellan enskilda-anhöriga-personal samt samverkan med intresseorganisationer
- möjligheter att i en organisation stärka en individualiserad vård och omsorg
- metoder för att systematiskt följa och utveckla verksamhet
- ledarskapets betydelse för personalens kompetens
- resurser och deras betydelse för frågor om bemötande av äldre.

Ytterligare ett planerat inslag för att bredda och fördjupa engagemanget för frågorna är två rapporter med reportage. De publiceras under våren 1997 och handlar om, i första fallet, erfarenheter från kvinnor och män i yrkesverksam ålder vilka har

"omsorgsansvar" för både äldre och yngre anhöriga. Den andra rapporten handlar om barns och ungdomars föreställningar om eget åldrande och deras syn på äldre.

Som hittills kommer utredningens material att utkomma i former som är tillgängliga för personer med olika funktionshinder.

1 Utredningens uppdrag och arbetssätt

1.1 Uppdraget

Som vägledning för utredningsarbetet framhäver direktiven (bil.1) "att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet". Motivet är att *formerna* för omsorg och vård med bl.a. struktur-, organisations- och huvudmannaskapsförändringar stått i förgrunden under lång tid.

Uppdraget omfattar bemötandet av äldre inom omsorg, vård och i annan offentlig verksamhet, dvs. i många miljöer och i många slags samspel mellan människor i olika åldrar och funktioner.

I ett snävare perspektiv handlar bemötande om relationer mellan enskilda, t.ex. mellan den som behöver hjälp med vardagslivets rutiner och den som ger hjälpen eller den som har behov av bistånd enligt socialtjänstlagen och den som bedömer behoven. Sådana situationer kan, vilket uppmärksammas i direktiven, vara påverkade av en rad faktorer hos enskilda berörda men också hos omgivningen. Dessa "yttre" faktorer kan exempelvis avse lagar och föreskrifter om rättigheter och skyldigheter, verksamhetens struktur och organisation, den fysiska utformningen av boendeformer eller de förutsättningar som hör samman med utbildningsbakgrund och kompetens hos personal och arbetsledning. Ett exempel på det senare och som enligt direktiven även skall belysas är bemötandet av äldre invandrare och de krav som ställs vid möten mellan människor från olika kulturer.

Direkt och indirekt skapas kvaliteterna i bemötande av äldre på individ-, grupp- och samhällsnivå genom en samtidig inverkan av flera mer eller mindre synliga omständigheter.

Det finns också inslag som kan härröra från gångna tiders synsätt och inverka på bemötandet. I direktiven väcks frågan om marginalisering och diskriminering har rötter i en tid, när äldre inte förväntades ställa krav på eget inflytande.

Mitt uppdrag avser kartläggning och analys av *brister* i bemötandet, alltifrån nästan omärkliga men djupt kända kränkningar till påtagliga övergrepp. Jag skall därefter föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre inom omsorg, vård och i annan offentlig verksamhet. I detta arbete skall jag beskriva och dra nytta av det omfattande arbete som bedrivs i kommuner och landsting för att utveckla kvalitet och innehåll i omsorg och vård. Jag skall också belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området.

För mitt utredningsarbete gäller slutligen att jag skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser (dir. 1994:23). Jämställdhetspolitiska konsekvenser skall också redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 30 maj 1997.

1.2 Arbetssätt

I november 1996 överlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161) vilket remissbehandlats. Flertalet remissinstanser var positiva till förslaget om en rättslig reglering för att stärka möjligheterna att flytta för äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov. Frågan förväntas under våren bli behandlad av riksdagen som del i dess behandling av regeringens proposition om ändringar i socialtjänstlagen.

Delbetänkandet avlämnades i full enighet med den sakkunniggrupp (bil. 2) som förordnats att biträda mig i utredningsarbetet. Sakkunniga företräder pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, forsknings- och utbildningsinstitutioner, de båda kommunförbunden, Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

I enlighet med mina direktiv har jag arbetat öppet. Olika media visade frågan om äldres möjligheter att flytta och förslaget till rättslig reglering stor uppmärksamhet. Jag lät också framställa

delbetänkandet respektive en sammanfattning på kassett, i punktskrift och med lättläst text för att invånare med funktionshinder skall kunna delta i den allmänna diskussionen. Den har förts bl.a. i media och vid olika konferenser där jag medverkat. Samtidigt har jag haft tät kontakt med enskilda äldre, anhöriga och andra engagerade medborgare genom brev och telefonsamtal samt personliga besök. Jag kan konstatera att det finns en kraftfull och levande debatt om omsorg och vård om äldre. Detta utbyte av kunskaper och erfarenheter är en viktig del i utredningsarbetet. Det underströks vid de hearings till vilka jag inbjöd olika intressegrupper under hösten 1996 (se kapitel 4).

Ovanstående gäller också för arbetssättet i det pågående utredningsarbetet som fullföljs genom föreliggande delbetänkande (SOU 1997:51), vissa rapporter och genom ett slutbetänkande. En av dessa rapporter, en skrift med reportage om Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) avlämnas samtidigt med detta delbetänkande.

Vid den kartläggning av brister i bemötande som redovisas här har jag använt mig av flera kunskaps- och erfarenhetskällor, vilket framgår av kapitlen 3, 4 och 5. Källorna är anvisade i direktiven och omfattar olika aspekter på bemötandet. Det har varit möjligt att skönja gemensamma mönster, något som redovisas i kapitel 6 där jag analyserar brister och missförhållanden som underlag för förslag i det planerade slutbetänkandet.

Jag kommer att bredvid de diskussioner om kommande förslag som förs med sakkunniggruppen och den referensgrupp som tillsatts med företrädare för handikapporganisationerna (bil. 3) anordna rådslag, rundabordssamtal, med olika grupper under våren 1997 vilket framgår av kapitel 7. Där redovisar jag även andra inslag i utredningsarbetet med syfte att ta tillvara engagemang och intresse för frågor om bemötande av äldre. I vissa frågor avser jag att fördjupa min analys inför förslag i slutbetänkandet. Det gäller bl.a. frågor om personalens utbildning.

Både goda och dåliga exempel behöver sin belysning och framförallt debatter som leder till konstruktiv handling. Därför ser jag det som en fördel att jag samtidigt med detta kartläggningsbetänkande om *brister* ger ut en rapport med reportage om *goda exempel* på utvecklingsarbete i kommuner och landsting, den tidigare nämnda Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre.

Detta delbetänkande jämte rapporten med goda exempel kommer att skickas för synpunkter till många olika intressenter. Jag välkomnar också andra att *senast den 15 maj 1997* bidra med sina synpunkter på *hur brister kan undanröjas*. Som det anges i direktiven berör frågorna "alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående".

Adressen till utredningens sekretariat är *Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm*. Därifrån kan också beställas detta delbetänkande och den nämnda rapporten på kassett och i punktskrift samt i en lättläst sammanfattning (för bl.a. personer med utvecklingsstörning).

2 Frågor om bemötande av äldre

2.1 Inledning

Mitt uppdrag att kartlägga och analysera brister i bemötandet av äldre samt att därefter ge förslag som bidrar till att undanröja brister innebär flera avgränsningsfrågor.

Vad är bemötande? Finns det specifika inslag som främst rör äldre? När och hur uppstår brister i bemötande? Vilka är berörda och vilka har de belysande kunskaperna och erfarenheterna? Hur sker förändringar i bemötandet av äldre i olika miljöer och över tid?

I utredningens direktiv (dir. 1995:159, bil. 1) är ansatsen både vid och djup. Där framgår att frågor om bemötande av äldre "kan kopplas till flera samhällsområden" och att de handlar om "mellanmänskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn". Berörda är "alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående".

Frågor om bemötande kan alltså inte begränsas till verksamheter som erbjuder vård och omsorg till äldre eller till dem som professionellt verkar inom området. Inte heller till attityder och förhållningssätt som enbart gäller äldre. Det är självfallet inte heller försvarbart att hävda en annan grundläggande människosyn i förhållande till äldre än den vi vill se förverkligad i sammanhang som rör yngre åldersgrupper.

Mot bakgrund av generella värderingar och företeelser som handlar om bemötande skall jag visa hur äldre blir bemötta, upplever bemötande och låter sig bemötas. Jag avser främst bemötande i situationer där äldre är brukare och/eller patienter och beroende av olika former av stöd, service, vård och omsorg. Anledningen till denna tyngdpunkt är att jag utifrån det samlade utredningsmaterialet och den korta utredningstiden har

bedömt att mycket angelägna förändringsbehov inom vård och omsorg måste prioriteras.

2.2 Individualisering – generalisering

Begreppet "äldre" är vanskligt att använda. Även om vår kunskap och erfarenhet säger att åldrandet ger upphov till vissa, ibland mycket omfattande, behov av vård- och omsorgsinsatser, så är olikheterna mellan enskilda personer betydande och blir alltmera uttalade under åldrandet. Situationen för en och samma person ändras också i olika skeden av ålderdomen. Generaliseringens risker är uppenbara, särskilt tillsammans med brister i synsätt och kunskap. Ett exempel är när enskilda inte får kvalificerade omvårdnadsinsatser vid depressioner för att symtom tolkas som typiska för åldrandet i sig. Ett annat exempel är när äldre bara ses som brukare av vissa insatser och deras personliga intressen, deras andra roller, av omgivningen betraktas som oviktiga. Det kan också leda till att behov ifrågasätts, t.ex. av ledsagarservice eller hjälpmedel för att kunna bibehålla ett personligt intresse.

Generaliseringar kan även vara en grund för särbehandling av alla äldre eller grupper av äldre i såväl positiv som negativ bemärkelse. I det förstnämnda fallet har kunskap om och hänsyn till äldres behov exempelvis lett till uppbyggnad av en äldreomsorg. Negativ särbehandling, diskriminering eller marginalisering, föreligger vid varje tillfälle när äldre anses mindre värda än andra, beskrivs som en belastning för samhällsgemenskapen eller osynliggörs.

Kravet på ett individualiserat synsätt grundat på gemensamma värderingar om alla människors lika värde motsäger inte behovet av att fortlöpande utveckla, samla och förmedla generella kunskaper om åldrande och ålderdom. Forskning och utvecklingsarbete inom olika discipliner t.ex. psykologi, medicin, teknik, sociologi och ekonomi måste stärkas. I detta och i tillämpningen av nya rön måste äldre och deras inflytande synas avsevärt mera än vad som nu sker.

2.3 Begreppet bemötande

I dagligt tal är bemötande ett uttryck för hur någon uppträder eller uppför sig mot någon annan person. Det är ett mellanmänskligt samspel som handlar om den inställning som personer har till varandra och hur denna visar sig i ord, gester, handling osv. Den aktuella situationen, dvs. olika miljöaspekter, påverkar mötet liksom personernas tidigare erfarenheter och de förväntningar som kan finnas just inför ett visst möte.

Bemötande kan också tolkas vidare. Så sker i mitt utredningsuppdrag. Det omfattar frågor som rör vardagliga, ibland informella, möten mellan några få personer i enskildas hem eller i vårdens och omsorgens olika miljöer. Det finns emellertid också frågor om bemötande mellan enskilda eller grupper av äldre och samhällets övergripande synsätt uttryckta i lagar och andra föreskrifter. Detta inbegriper även de möten som uppstår mellan enskilda och verksamhetsföreträdare i deras yrkesutövning, dvs. i tillämpningen av professionell kunskap, regelverk osv. och i förverkligandet av övergripande mål för omsorg om äldre.

Det har under utredningsarbetet framkommit, bl.a. vid intervjuer med personal i vård och omsorg, att begreppet bemötande och dess innebörd ibland upplevs som svårfångat. Det finns en benägenhet att se bemötande som uttryck för en relation där personen som man bemöter helt och hållet blir objekt för någon annans handlingar.

Begreppet är i och för sig inte nytt men har kommit i ökande bruk i sammanhang som rör omvårdnad. Det kan bl.a. konstateras i facktidskrifter och forskningsrapporter. Enligt vad som nu är känt har dessutom tre statliga utredningar fått begreppet bemötande som tema. Utöver den här pågående utredningen om bemötande av äldre finns utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården som slutfört sitt arbete genom bl.a. huvudbetänkandet Jämställd vård (SOU 1996:133). Regeringen har i januari 1997 fattat beslut om direktiven (dir. 1997:24) för en tredje utredning, om bemötande av personer med funktionshinder.

I den utredning som slutförts enligt ovan görs skillnad mellan allmänna bemötandefrågor som avser vårdpersonalens "beteende mot patienten" (t.ex. information, kommunikation, patientens

inflytande) och kvalitet m.m. i vård och behandling med den genomgående frågeställningen om patienter bemöts/behandlas olika i könsperspektiv. Man konstaterar (SOU 1996:133 s. 37) att dessa bemötandefrågor är beroende av varandra och att de knappast kan separeras i verkligheten. "En väl fungerande relation mellan patient och vårdgivare, inklusive ett gott och bekräftande bemötande är nödvändiga förutsättningar för ett lyckat omhändertagande och riktiga behandlingsbeslut."

Som jag visar i senare kapitel finns detta förhållande, med olika faktorer som påverkar varandra till att ett bemötande upplevs som gott eller dåligt, även när det gäller äldre. Det sammansatta mönstret förekommer också i olika vård- och omsorgsmiljöer.

Det har på sina håll riktats kritik mot ett flitigt bruk av begreppet bemötande när förhållanden för bl.a. äldre blir utredda och skildrade. Kritiken har menat att detta skymmer primära problem om ekonomiska resurser. Jag hävdar att en sådan uppfattning uttrycker en snäv syn på situationen inom vård och omsorg av äldre, något som jag utvecklar senare i kapitel 6.

2.4 Ett gott bemötande

Det är inte möjligt eller ens önskvärt att sammanställa handböcker för att täcka alla slags kännetecken på ett gott bemötande av äldre i skilda situationer och miljöer.

Det är däremot av avgörande betydelse att reflektera över vilken grundläggande människosyn som styr olika insatser för äldre och hur synsättet omfattas av alla dem som planerar och genomför insatserna. Från en mer eller mindre medveten grundsyn praktiseras bemötande både i mötet mellan ett fåtal personer i vardagsrutiner och i sammanhang, där övergripande mål och riktlinjer för fortsatt utveckling formuleras.

Jag vill som grund för ett gott bemötande använda den formulering av människovärdesprincipen som regeringen anför som en del i en etisk plattform i prop. 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (s. 20) ... "att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla

förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan."

Från denna grund i en gemensam humanistisk människosyn är det möjligt att utveckla ett gott bemötande med respekt för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

I ett tidigare delbetänkande (SOU 1996:161) har jag berört innebörden av dessa begrepp som återfinns i beskrivningen av mitt utredningsuppdrag (bil. 1). De anknyter till de tre principer som lyftes fram i regeringens proposition om äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176), nämligen rätten till integritet, trygghet och valfrihet.

Det är viktigt att formulera vägledande principer. Det räcker dock inte för att de skall bli styrande, genomsyra en verksamhet och resultera i ett gott bemötande. Innebörden måste bli konkret förknippad med de möten och situationer, där bemötandet av äldre måste förbättras. Det är delvis ett pedagogiskt problem som bl.a. handlar om kunskapsförmedling, återkommande uppföljningar för att säkra kvaliteter på olika nivåer i en organisation och om ledarskap. Det är också en fråga om att förutsättningar måste finnas för att kunskap skall kunna tillämpas och kompetens utvecklas. Jag behandlar senare dessa frågor mera ingående som del i min samlade bedömning av brister i bemötande av äldre och av de bakomliggande orsaker som jag noterat. Där ställer jag även bristerna mot de bestämmelser om kvalitet och bemötande som finns i vissa lagar.

Det framgår allt tydligare att det goda bemötandet kännetecknas av ömsesidigheten i mötet. Det innebär att enskilda äldre betraktas som subjekt med rätt till respekt för självbestämmande och inflytande. I de situationer när den enskilde mycket begränsat kan utöva självbestämmande och inflytande är det särskilt angeläget att det finns företrädare som är väl förtrogna med hans/hennes behov och kan medverka till att hans/hennes intressen kommer till uttryck. Att vara i en beroendeställning t.ex. som brukare av stöd, service och omsorg eller som patient innebär på flera sätt en utsatthet. Detta förhållande kräver stor uppmärksamhet, då det också innebär risker för den som har

uppgiften att ge vård och omsorg. Det är lätt att, även i all empatisk välvilja, utöva makt som kränker den som är beroende av insatserna.

I kapitel 6 återkommer jag till denna fråga och berör då även det pågående arbetet om patientens rättigheter som utförs inom en annan statlig utredning (HSU 2000).

2.5 Vilka är berörda?

Som framgått tidigare och som också mycket tydligt syns i det material som redovisas i följande kapitel är många berörda, nära eller på avstånd, av frågor om bemötande av äldre.

Anhöriga och andra närstående har en särskild betydelse. Deras roll innebär också risker för generaliseringar. De kan gälla hur deras engagemang bör ta sig uttryck i praktiskt stöd till den enskilde, i situationer där den enskildes inflytande skall bevakas, i insyn i vård och omsorg m.m. Också här finns behov av att utveckla ett individualiserat synsätt. I senare avsnitt berör jag närmare samspelet mellan den enskilde, närstående och personal inom olika verksamheter. Jag konstaterar där bl.a. att det finns en osäkerhet i vården och omsorgen om när (och hur mycket) en anhörig kan tala för en enskild person och att denna osäkerhet har både en psykologisk och en juridisk grund. Frågan aktualiserades också vid de hearings som jag belyser i kapitel 4.

2.6 Varför skildra brister när målet är det goda bemötandet av äldre?

Under utredningsarbetet har jag flera gånger konfronterats med rubrikens fråga. Den har vanligen ställts utifrån olika personers upplevelser av att massmedia alltför ensidigt belyser mörka sidor i vård och omsorg om äldre. Ibland har behovet av goda förebilder efterfrågats med kommentarer om att beskrivningar

av brister enbart ger missmod och känslor av vanmakt, dvs. ingen kraft till förändring.

Direktiven för mitt uppdrag beskriver mycket klart att brister i bemötandet skall identifieras och belysas. Olika kunskapskällor anvisas för att ge möjlighet till en samlad bild – med både kvalitativa och kvantitativa inslag – av brister och missförhållanden. Erfarenheter skall redovisas hela vägen från den enskildes personliga, starka upplevelse till de "ärenden" som finns hos myndigheter och organ som utövar tillsyn. Underlaget skall användas för att lämna förslag som kan bidra till att undanröja brister och missförhållanden.

Jag ser både nyttan och risken med att så ingående som i detta betänkande beskriva brister. För att också visa på förebilder och de många goda insatser som utförs inom äldreomsorgen kommer jag dels att publicera en rapport med reportage om goda exempel, dels att i mitt slutbetänkande spegla framgångsrika lösningar för att säkra och utveckla kvaliteter.

Värdet av att belysa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre vill jag här sammanfatta på följande sätt.

- Det ger enskilda bekräftelse – i vissa situationer upprättelse – och visar att deras upplevelser tas på allvar.
- Det ger anledning att granska styrande värderingar och lägga en bättre grund för de mål vi vill uppnå.
- Det ger konkreta bilder av i vilka situationer, i vilka förlopp samt med vilka medverkande som brister och missförhållanden vanligen uppstår.
- Det ger i sin tur anvisningar om åtgärder riktade mot att bättre ta tillvara och utveckla både mänskliga och materiella resurser på olika nivåer i en verksamhet.
- Det ger en uppfattning om hur tillsyn skall kunna utvecklas vidare och hur enskilda (och deras företrädare) skall kunna bevaka rätten till respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och säkerhet.
- Det ger upphov till viktig forskning och angeläget utvecklingsarbete.

3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl.

3.1 Inledning

I nationella utvärderingar och vid tillsyn förekommer rapporter om brister i kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om äldre. Hur vanliga är dessa brister och i vad består de? Vilka är orsakerna till brister och missförhållanden? Det är frågor som är grundläggande för utveckling av kvalitet och innehåll.

En betydelsefull del av arbetet med att utveckla och ständigt förbättra kvalitet och innehåll är att systematiskt och fortlöpande granska rutiner och arbetssätt. Erfarenheter av sådana uppföljningar tillsammans med de synpunkter och klagomål som framförs av dem som är berörda, enskilda äldre och deras närstående, är en ovärderlig källa till kunskap.

Brister i bemötande i vård och omsorg har i direktiven till utredningen (bil.1) exemplifierats. Där avses t.ex. brister i information, behovsbedömning och dokumentation – brister som indirekt eller direkt påverkar bemötandet av äldre. Andra exempel har bl.a. Socialstyrelsen redovisat i Ädelutvärderingen och i det regionala tillsynsarbetet, t.ex. brister i den medicinska omvårdnaden, i omhändertagandet i livets slutskede samt vid vårdplanering och informationsöverföring mellan kommun och landsting.

Brister i bemötande finns dokumenterade hos bl.a landstingens förtroendenämnder, Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och hos Patientförsäkringen. Förutom statistiskt material har jag från flera av dessa instanser fått ta del av ett stort material med exempel på anmälningar som berör personer 65 år och äldre. Sammantaget förfogar dessa källor över ett omfattande material om kvalitetsbrister i vården och omsorgen om äldre inom den verksamhet som bl.a. regleras av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En sys-

tematisk dokumentation av kvalitetsbrister är värdefull i det förebyggande arbetet. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänstens område.

Förtroendenämnderna, HSAN och Patientförsäkringen representerar instanser som den enskilde eller i vissa fall hans/hennes anhöriga kan vända sig till när vården och omsorgen inte fungerat som förväntat eller när den enskilde anser sig ha blivit felbehandlad. Allvarliga skador, sjukdomar och risker skall dessutom under vissa omständigheter rapporteras till Socialstyrelsen.

I detta kapitel beskriver jag några av de i direktiven anvisade kunskapskällorna för brister i bemötande, kvalitet och innehåll i omsorgen om äldre. Kapitlet innehåller en redovisning av olika myndigheters och andra instansers uppgifter, handläggning av anmälningar samt deras kunskaper om och erfarenheter av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre.

3.2 Förtroendenämndsverksamheten

3.2.1 Förtroendenämndernas uppgifter

Förtroendenämnden är en opartisk instans, som enskilda och anhöriga kan vända sig till när de fått problem i kontakterna med vården och omsorgen. Förtroendenämndernas uppgifter är att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Nämndernas uppgift är även att till enskilda och/eller anhöriga förmedla den hjälp som förhållandena kräver. De ger ger bl.a. råd, stödsamtal och hänvisningar till rätt vårdgivare/nivå. De hjälper även till så att enskilda får vård i rätt tid och med ett respektfullt och värdigt bemötande. Den enskilde och/eller anhöriga kan få hjälp med skadeanmälningar till Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen samt när så erfordras med skrivelser till HSAN.

Förtroendenämnderna strävar efter att arbeta smidigt med korta handläggningstider. De menar att de genom sina upparbe-

tade personrelationer och sin lokalkännedom har goda förutsättningar att kunna vidta konkreta och snabba åtgärder.

Förtroendenämndsverksamheten bedrevs som försöksverksamhet mellan åren 1980 och 1992. Därefter permanentades verksamheten genom den nya lag som trädde i kraft (Lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, 1992:563). Verksamheten tillkom mot bakgrund av de önskemål som under flera år framförts i olika sammanhang – bl.a. genom olika motioner i riksdagen – om insatser från samhällets sida för att förbättra möjligheterna till kontakt mellan patienterna och hälso- och sjukvårdens personal.

Fr.o.m. år 1992 är även 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. Enligt tillgängliga uppgifter är förtroendenämndsverksamheten i kommunerna ännu inte så utvecklad och inte så känd hos brukare, anhöriga och personal. Den pågående statliga utredningen HSU 2000 har närmare undersökt funktionen och uppgifterna hos kommunala förtroendenämnder. Undersökningen kommer att redovisas under år 1997.

Det saknas samlad statistik över landets förtroendenämndsverksamhet. Det försvårar en nationell analys av utvecklingstendenser, möjlighet till jämförelser samt till utvärdering av bl.a verksamhetens betydelse för kvalitetsutveckling och förebyggande arbete. En gemensam struktur för viss basstatistik har dock utarbetats. Den skall kunna sammanställas för hela landet. Ett sådant material förväntas kunna bli presenterat under år 1997. Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har sedan år 1993 dokumenterat uppgifter om inkomna anmälningar i en databas, bl.a. information om ålders- och könsfördelning. En närmare redovisning lämnas nedan (3.2.3.) av utvecklingen inom Stockholms län beträffande anmälningar som avser åldersgruppen över 65 år.

3.2.2 Utvecklingstendenser och erfarenheter hos landets förtroendenämnder

Antalet anmälningar ökar

Förtroendenämndernas verksamhetsberättelser innehåller viss information om hur vanligt det är med klagomål och synpunkter på vård och omsorg bland äldre personer. Enligt verksamhetsberättelserna för åren 1994 och 1995 har det under 1990-talet skett en kraftig ökning av antalet anmälningar. Enligt flera nämnder beror ökningen på att intensifierade och riktade informationsinsatser medfört att medborgarna har mer kunskap och information om sin rätt att påverka vården och behandlingen. Samtidigt konstateras av flera nämnder att verksamheten fortfarande är ganska okänd bland många medborgare och även bland erfaren sjukvårdspersonal.

Trots ökningen av antalet klagomål om brister i vården och omsorgen är det få anmälningar som inkommer till förtroendenämnderna i förhållande till bl.a. antalet läkarbesök, antalet vårddagar samt antalet personer som erhåller hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i den ordinarie bostaden. Förtroendenämnderna påpekar att en hel del av klagomålen troligen klaras upp direkt inom vården.

Flertalet nämnder framhåller att det erfordras en fortsatt och intensifierad information till allmänheten. Särskilt betydelsefulla är riktade informationsinsatser till enskilda, anhöriga och personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Flera nämnder framhåller detta som angelägna arbetsuppgifter. Genomgående utgör antalet anmälningar som avser kommunal hälso- och sjukvård en liten andel i förhållande till det totala antalet anmälningar som förtroendenämnderna handlägger.

En anmälan kan beröra flera aspekter

En anmälan till en förtroendenämnd berör ofta flera aspekter t.ex. klagomål som samtidigt avser behandling och bemötande. Bristande kommunikation mellan vårdpersonal och enskilda och/eller anhöriga kan spåras i de flesta anmälningar. Tydlig och

upprepad information skulle enligt nämndernas erfarenhet förebygga många problem i vården.

Förtroendenämnderna systematiserar klagomålen i ett antal problemområden, vanligtvis behandling, bemötande, omvårdnad, juridik, ekonomi, information och övrigt.

Anmälan sker t.ex. när enskilda och/eller anhöriga upplever missnöje med behandlingsåtgärder och när personalen uppträtt nonchalant eller ohövligt. Andra skäl är att dålig eller ingen information lämnats. Den enskilde känner sig kränkt och vill ha någon form av upprättelse eller göra en anmälan för att inte andra skall behöva råka ut för samma sak. En del anmälningar gäller remisser och möjlighet att få ut journalkopior. Ytterligare andra frågor gäller sekretess och tystnadsplikt.

Förtroendenämnderna redovisar att en ny typ av anmälningar blivit allt vanligare. Den enskilde och anhöriga kräver att patientavgifter återbetalas. Vissa vägrar att betala patientavgift när de tycker att undersökningen varit undermålig eller när planerad operation blivit inställd. Anmälningar som avser tandvård har enligt flertalet nämnder ökat. Flera förtroendenämnder redovisar även en ökad benägenhet att göra anmälningar till Socialstyrelsen och till HSAN.

Missnöje med behandling – kirurgi och ortopedi har flest anmälningar

Den största andelen klagomål kommer enligt flertalet förtroendenämnder från den sjukhusanslutna vården. Främsta orsak till anmälan är missnöje med behandling. Därefter kommer vanligen klagomål på bemötande, ekonomi (bl.a. avgifter) och omvårdnad. Främst kommer anmälningar angående specialiteterna kirurgi och ortopedi. Nämnden i Jönköpings läns landsting framhåller att "de kliniker, som är vanligast förekommande i förtroendenämndernas arbete, är inte helt oväntat specialiteter där behandlingarna kan vara dramatiska. Kirurgiska ingrepp liksom andra aktiva åtgärder ökar risken för att något skall inträffa i samband med behandlingen. Rangordningen mellan specialiteterna är ganska likartad både över landet och internationellt. Ortopedi ligger ofta högst över kliniker med många klagomål."

Återföring är viktig i kvalitetssäkringsarbetet
Förtroendenämnderna sprider information om sin verksamhet t.ex. genom medverkan i utbildnings- och fortbildningssammanhang samt konferensverksamhet. Återföring av kunskaper och erfarenheter sker bl.a. genom spridning av förtroendenämndernas beslut i avidentifierade principärenden. Dessutom har nämnderna kontinuerliga möten med personer i ledande ställning samt berörd vårdpersonal. Syftet är att återföra erfarenheter som erhållits i kontakter med enskilda så att negativa förhållanden kan uppmärksammas och åtgärdas. Det kan förebygga att fel upprepas. Några förtroendenämnder beskriver hur deras kunskaper och erfarenheter används i kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbetet.

Få men komplexa anmälningar avser äldre
Enligt flertalet förtroendenämnder är det få anmälningar som avser personer över 65 år. Trots att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder avspeglas detta inte i antalet kontakter med äldre personer. Personer i yrkesverksamma åldrar är mest aktiva när det gäller att framföra klagomål och ställa krav på hälso- och sjukvården. Kvinnor svarar för den största andelen klagomål.

Enligt förtroendenämnden i Bohuslandstinget "säger frekvensen av äldre inget om bemötande eller dålig behandling, då det ofta är denna åldersgrupp som inte vågar säga ifrån, framförallt inte anmäla dåligt bemötande och kanske inte heller lika lätt vet vart de skall vända sig. I en del ärenden, då patienter anmäler dåligt bemötande eller dålig behandling, uttrycker de ofta "Jag vill inte sätta åt någon läkare" eller också kommer det fram att de är ängsliga över att de skall bli ännu sämre bemötta, om en anmälan görs."

Den allmänna uppfattningen är att anmälningar som avser äldre personer är mer komplexa till sin karaktär. Fler vårdgivare är inblandade än vad som gäller i övriga anmälningar. Enligt de erfarenheter som jag inhämtat föranleder anmälningar som berör äldre personer, oftare än andra anmälningar, principiella beslut och uttalanden. De återförs även oftare till kommuner och landsting som ett led i att förebygga liknande händelser. Brister i vård och omsorg anmäls för det mesta av anhöriga.

3.2.3 Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting

En kraftig ökning av anmälningar sedan år 1993

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting registrerar sedan år 1993 inkommande anmälningar i en databas. Denna innehåller bl.a. uppgifter om vilka problemområden anmälan gäller samt typ av specialitet som anmälan avser. Vid utgången av år 1996 fanns drygt 10 000 anmälningar registrerade i databasen.

Det har sedan år 1993 skett en kontinuerlig ökning av antalet anmälningar till förtroendenämnden. År 1993 registrerades totalt 2 100 anmälningar. År 1996 var antalet registrerade anmälningar i databasen 3 576. Under tidsperioden har det skett en ökning med 1 476 anmälningar, dvs. 70 procent. Ökningen beror till viss del på att det från år 1996, till skillnad från tidigare år, även registreras uppgifter om enklare ärenden som förtroendenämnden per telefon kan medverka till att lösa. Det kan exempelvis avse upplysningar och rådgivning som leder till att den enskilde själv och/eller anhörig kan klara ut problem i kontakterna med vården. Andra skäl till den kraftiga ökningen är enligt nämndens bedömning att medborgarna numera har bättre kännedom om förtroendenämndsverksamheten samt att anmälningsbenägenheten ökat. Nämnden bedömer dessutom att ökningen har samband med de stora organisatoriska förändringar som pågår i landstingets hälso- och sjukvård. Det har enligt nämndens egen uppföljning skett en nedgång i länet av antalet anmälningar till HSAN och av antalet skadeanmälningar till Patientförsäkringen.

Bland äldre berör flertalet anmälningar kvinnor

De flesta anmälningarna berör personer i de yrkesverksamma åldrarna. Personer 65 år och äldre är, i likhet med de uppgifter som framkommer från andra förtroendenämnder, underrepresenterade i förhållande till vårdkonsumtionen i de äldre åldersgrupperna. Antalet anmälningar som berör personer 65 år

och äldre har dock som framgår av tabell 1 ökat under tiden från år 1993 t.o.m. år 1996.

Tabell 1. Antal inkomna anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting under åren 1993 till 1996, fördelat på ålder och kön.

Årtal	Kvinnor 0-64 Antal Proc.	Män 0-64 Antal Proc.	Samtliga 0-64 Antal Proc.	Kvinnor 65 - Antal Proc.	Män 65 - Antal Proc.	Samtliga 65 - Antal Proc.	Samtliga Antal Proc.
1993	980 47	616 29	1596 76	314 15	185 9	499 24	2 095* 100
1994	1055 47	662 29	1717 76	341 15	199 9	540 24	2257 100
1995	1098 47	631 28	1729 75	384 16	204 9	588 25	2317** 100
1996	1639 46	918 26	2561 72	728 20	291 8	1019 28	3576 100
Totalt	4772 46	2827 28	7603 74	1767 17	879 9	2646 26	10 245 100

* För fem personer saknas uppgift om ålder och kön

** Tillkommer cirka 400 telefonärenden, totalt antal ärenden, 2 700 år 1995

År 1993 avsåg 24 procent av samtliga inkomna anmälningar personer över 65 år. Denna andel hade vid utgången av år 1996 ökat till 28 procent. Antalet anmälningar som inkommit till förtroendenämnden och som avser personer 65 år och äldre har fördubblats under tidsperioden (från 499 till 1 015). Majoriteten av anmälningarna bland äldre personer berör kvinnor. De äldre kvinnornas andel har också ökat under tidsperioden, från 63 procent år 1993 till 71 procent år 1996. En femtedel av samtliga anmälningar berörde år 1996 äldre kvinnor. Motsvarande andel för äldre män var åtta procent.

De vanligast förekommande specialiteterna i anmälningar som berör personer i åldersgruppen över 65 år är allmän medicin, geriatrik, ortopedi och tändernas sjukdomar. Bland anmälningar rörande äldre kvinnor dominerar specialiteter som geriatrik och ortopedi, hos männen framförallt specialiteterna allmän medicin och tändernas sjukdomar.

Klagomål på behandlingsåtgärder dominerar

Anmälningarna registreras i databasen enligt ett antal problemområden. Dessa är behandling, bemötande, ekonomi, information, juridik, omvårdnad och övrigt. Fördelning mellan problemområden framgår av tabell 2.

Tabell 2. Antal anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting år 1996, fördelade på problemområde, ålder och kön.

Ålder, kön	Behandling	Bemötande	Ekonomi	Information	Juridik	Omvårdnad	Övrigt	Summa
Kvinnor 65-								
Antal	327	115	96	13	8	30	139	728
Proc.	45	16	13	2	1	4	19	100
Män 65-								
Antal	131	55	41	2	12	26	24	291
Proc.	45	19	14	1	4	9	8	100
Samtliga 65-								
Antal	458	170	137	15	17	56	163	1019
Proc.	45	17	13	1	2	5	16	100
Kvinnor samtliga								
Antal	1174	423	329	31	48	49	318	2367
Proc.	50	18	14	1	2	2	13	100
Män samtliga								
Antal	564	153	227	14	47	43	161	1209
Proc.	47	13	19	1	3	4	13	100
Samtliga								
Antal	1738	576	556	45	90	92	479	3576
Proc.	49	16	15	1	3	3	13	100

Det dominerande problemområdet i samtliga åldrar avser synpunkter och klagomål på behandlingsåtgärder (49 procent), t.ex. felaktig eller utebliven behandling samt klagomål på diagnos, provtagning/undersökning, remisser och teknisk utrustning. I enlighet med de erfarenheter som övriga förtroendenämnder redovisat är det även hos nämnden i Stockholms läns landsting synpunkter och klagomål på bemötandet som därefter ger flest

anmälningar (16 procent). Därefter följer synpunkter och klagomål inom det ekonomiska området (15 procent). Hos förtroendenämnden i Stockholms läns landsting liksom hos övriga förtroendenämnder har klagomål som gäller ekonomiska frågor (t.ex. avgifter) blivit allt vanligare.

Som framgår av tabellen uppvisar klagomål bland kvinnor och män vissa skillnader. Det är något vanligare att kvinnor klagar på behandlingsåtgärder och bemötande medan män däremot oftare klagar på avgifter och andra frågor om ekonomi. Anmärkningsvärt få anmälningar gäller information. Bland äldre personer är klagomål på behandlingsåtgärder lika vanligt förekommande bland kvinnor och män. Däremot är klagomål på bemötande och omvårdnad vanligare bland äldre män än bland äldre kvinnor. De senare har en högre andel klagomål som sorterats in under "övrigt", bl.a. klagomål på bristande administrativa rutiner och hänvisningar samt klagomål som inte kan sorteras in under de andra huvudrubrikerna. En stor del av dessa övriga klagomål gäller personer med vård- och omsorgsbehov som kontaktat förtroendenämnden med en begäran om hjälp med frågor som inte ingår i förtroendenämndens uppdrag t.ex. färdtjänst och hemtjänst, samt klagomål på biståndsbedömning. Bristande lyhördhet inför önskemål om byte till en annan särskild boendeform, framförallt byte till annat sjukhem, är en relativt vanlig synpunkt.

Den andel klagomål som avser bemötande bland äldre personer har ökat från 11 procent år 1993 till 17 procent år 1996. Däremot har klagomål som avser omvårdnadsåtgärder minskat, från 13 procent åren 1993 och 1994 till enbart fem procent år 1996. Delvis kan denna förändring bero på det nära sambandet mellan bemötande och omvårdnad. Brister i bemötande kan ha förekommit i en omvårdnadssituation; bemötandeaspekterna har bedömts som huvudskäl till anmälan och därför registrerats som klagomål på bemötande i databasen. Komplexiteten i anmälningarna medför att statistiken inte alltid ger en rättvisande bild av de olika dimensionerna i klagomålen.

Antalet anmälningar som berör den kommunala hälso- och sjukvården har under åren från 1993 t.o.m. 1996 förhållit sig relativt konstant och utgör en liten del av samtliga anmälningar. År 1996, liksom även år 1995, avsåg cirka 80 anmälningar den kommunala hälso- och sjukvården i Stockholms län.

3.2.4 Anmälningar som rör äldre personer

Jag har från flera förtroendenämnder fått ta del av exempel på anmälningar som berör äldre personer. Följande synpunkter och klagomål förekommer i anmälningarna:

Behandling
Inom problemområdet behandling är klagomål över väntetider vanligt förekommande liksom missnöje med att avtalade operationer inte utförts. Klagomålen avser även bristfälliga undersökningar samt felbehandlingar. Andra klagomål gäller förbisedda frakturer som inte behandlats på ett adekvat sätt. Det förekommer även exempel på att personer i mycket hög ålder skickats hem från akutsjukvården utan information till och gemensam vårdplanering med den kommunala äldreomsorgen samt primärvården.

Bemötande/information
Klagomål på bemötandet avser till stor del personalens uppträdande och bristande förståelse. Den enskilde upplever t.ex. att läkare uppträtt nonchalant, inte besvarat frågor och inte lyssnat till den enskilde i samband med undersökning och behandling. Andra synpunkter gäller attityder och förhållningssätt i samband med omvårdnad, vid dödsfall samt i övrigt likgiltighet och kränkande bemötande. Anhöriga framhåller bristande rutiner och försummelser i information och kontakt mellan sjukvården och dem som närstående. Enskilda och anhöriga beskriver upplevelser av att de inte blir tagna på allvar och att de blir misstrodda eller missförstådda.

Omvårdnad
Bland klagomål som avser omvårdnad förekommer synpunkter på bl.a. bristande tillsyn samt ovärdig och kränkande behandling. Synpunkterna avser även bristande hänsyn till enskilda personers individuella behov av vård, tillsyn, omvårdnad och hjälpmedel. Enskilda personer lämnas utan tillsyn vilket resulterar i fall och fallskador. Klagomål förekommer även om att om-

vårdnaden ges utan empati och engagemang. Det förekommer exempel på brister i hygien, klädsel, sårvård m.m. Anhöriga upplever sig kränkta när de framför synpunkter på omvårdnaden. Det uppfattas som att de lägger sig i omvårdnadsarbetet. Brist på samverkan mellan den enskilde, anhöriga, distriktsläkare samt kommunens handläggare är ytterligare synpunkter som framkommer.

I det följande redovisar jag exempel på några anmälningar och förtroendenämndernas handläggning.

Bristande omvårdnad av 95-årig kvinna

Den 95-åriga kvinnans sonhustru har i skrivelser till förtroendenämnden redogjort för sina ansträngningar för att få bättre hjälp med omvårdnaden av svärmor.

Svärmodern har tills nyligen ansetts kunna klara eget boende med hjälp av kommunens hemtjänst. Enligt sonhustrun har det fungerat dåligt och hon har därför dagligen besökt svärmodern för att hjälpa henne.

Enligt sonhustruns skriftliga redogörelse till förtroendenämnden var svärmodern beviljad hemhjälp i betydligt större omfattning än den hjälp hon faktiskt fick. Medicineringen fungerade bristfälligt. Det medicinska ansvaret åligger primärvården men därifrån hade utdelningen av medicinerna delegerats till hemtjänstpersonalen. Den gamla damen hade fått medicinerna på de tider som passat personalen och inte enligt ordination. Ibland fick hon sin medicin med endast två timmars mellanrum och ibland var tidsintervallet alldeles för långt. Det har även hänt att man helt glömt bort att ge medicinen, oftast under helgerna. Sonhustrun har påpekat bristerna i medicineringen till distriktssköterskorna som då endast hänvisat till delegeringen.

Den 12 december föll kvinnan i hemmet vilket resulterade i en lårbensfraktur som opererades inom akutsjukvården. Den 18 december överfördes hon till geriatrisk klinik. Den 11 januari ansågs hon vara klinikfärdig och skrevs ut till bostaden. Klockan 12.00 samma dag besöktes hon av biståndsbedömaren. Därefter fick hon inget besök från hemtjänsten förrän klockan 21.00 då nattpatrullen kom.

Den 12 januari fördes hon åter till akutsjukhuset, röntgades och lades in på geriatrisk klinik varifrån hon, klinikfärdig, utskrevs till bostaden den 23 januari. I den remiss för fortsatt vård som skrevs av ansvarig läkare vid detta utskrivningstillfälle framgår att kvinnan vårdats för rehabilitering av vänstersidig lårbensfraktur samt att hon tidigare opererats för dubbelsidig lårbensfraktur. Rehabiliteringen har gått långsamt på grund av patientens demens. Läkaren framhåller att ett annat boende skulle vara lämpligt.

Sonhustrun önskar i sin anmälan förtroendenämndens hjälp med att få klarlagt om det är hon som anhörig som har ansvaret för att den gamla damen får den hjälp hon behöver eller vem som enligt lag ansvarar för äldres omsorg.

Förtroendenämnden begärde i sin utredning yttranden från primärvårdschefen, från ansvarig läkare och distriktssköterskor. Nämnden tillskrev även äldreomsorgsförvaltningen i kommunen och begärde yttrande från förvaltningschef och ansvarig handläggare.

I yttrandet från primärvården framfördes att man hyser förståelse för den anhörigas oro samt tacksamhet över hennes omsorg om svärmodern. Det beklagades att sjukhuset vid utskrivningstillfällena missat vårdplanering tillsammans med distriktssköterska från den aktuella vårdcentralen. Man beklagar även att medicineringen inte skötts på ett riktigt sätt.

Samtidigt som yttrandet från primärvården inkom till förtroendenämnden meddelade sonhustrun att svärmodern på nytt fallit i hemmet och vistades på sjukhus. Lyckligtvis hade hon inte råkat ut för någon fraktur. Den 19 april informerade sonhustrun förtroendenämnden om att svärmodern nu fått flytta till ett sjukhem.

I yttrandet från förvaltningschefen i kommunens äldreomsorg framförs att den gamla damen inte varit beviljad insatser i den omfattning som sonhustrun anfört. Gällande biståndsinsatser avsåg 70 timmar/månad dagtid samt 15 timmar/månad kvällstid och inte per vecka som sonhustrun angivit. Beviljade insatser betyder besök tre gånger per dag och 2-3 gånger under kvällen och natten. Medicin delas i dosett av distriktssköterskan. Personalen har därefter gett medicin på tider då de varit på besök. Det framkommer vidare att den gamla damen erbjudits en rehabiliteringsplats i sjukhem samma dag som hem-

komsten från sjukhuset den 23 januari. Hon tackade då nej med motivering att hon hellre ville vara kvar i sin lägenhet. Kommunen anser dock att det under rådande omständigheter är uteslutet att den gamla damen skall kunna återvända till sin lägenhet. De anser slutligen att kommunen gjort sitt bästa i en besvärlig situation.

Ärendet avslutas med att förtroendenämnden i en skrivelse till berörda myndigheter påtalar vikten av noggrann vårdplanering inför utskrivning av äldre personer från akutsjukhus och geriatriska kliniker. Nämnden ifrågasätter om inte den aktuella kvinnans ålder och hälsotillstånd borde ha föranlett sjukhemsboende tidigare i stället för ett forslande mellan olika vårdinrättningar och hemmet.

Förtroendenämnden begärde efter cirka sex månader information om vilka åtgärder som vidtagits med anledning av skrivelsen. Som svar på nämndens begäran har primärvården och kommunens äldreomsorg i en gemensam skrivelse framfört att de delar uppfattningen om vikten av att vårdplanering genomförs i samband med förändrade vårdbehov hos den enskilde. Kommunens biståndsbedömare försöker alltid få till stånd en vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus. Förutsättningarna är dock inte optimala och det förekommer fortfarande brister i vårdkedjan. Vidare framhålls att i det aktuella fallet med den gamla damen blev inte kommunen eller primärvården informerade innan kvinnan skrevs ut från sjukhuset.

De anför vidare att akutsjukvårdens allt kortare vårdtider påverkar äldres situation. Den allt tidigare hemskrivningen från akutsjukhus har försvårat för kommunen och primärvården att i god tid vårdplanera tillsammans med den enskilde och/eller anhöriga. Det kan vara svårt för en äldre person som genom sjukdom fått ett stort omvårdnadsbehov att snabbt ta ställning till att flytta från det egna hemmet till ett särskilt boende. Kommunen kan bara erbjuda särskilt boende. Den enskilde har rätt att tacka nej, vilket även skedde i det aktuella fallet.

Bristande omvårdnad av äldre patienter vid geriatrisk klinik

Anmälan avser en då 92-årig kvinna som numera är avliden och berör förutom den geriatriska kliniken, även kommunens äldreboende där kvinnan var bosatt samt en akutmottagning.

Dottern till kvinnan beskriver i sin anmälan hur modern vid flera tillfällen ramlat i sin bostad. Efter första fallet klagade modern över kraftig smärta i ryggen. Det togs dock ingen speciell notis om detta i äldreboendet. På grund av smärtan fick modern i sig alltför litet mat och dryck varför hon så småningom togs in på sjukhus i mycket dåligt skick. När hon efter fjorton dagars behandling skrevs ut, bad dottern att modern skulle beredas plats i sjukhem för rehabilitering. Hon fick svaret att detta skulle bli för dyrt.

Efter en knapp vecka i hemmet föll modern på nytt och ådrog sig denna gång ett armbrott. Efter att ha blivit gipsad sändes hon hem klockan 01.30, dvs. mitt i natten sändes den 92-åriga kvinnan hem med bruten arm och värkande rygg.

Ytterligare en vecka senare föll modern på nytt och ådrog sig sårskador i ansiktet samt ett jack på ena benet som måste sys. Från akutmottagningen överfördes hon till den geriatriska kliniken. Dottern beskrev tiden på kliniken "som en enda lång mardröm". Modern klagade hela tiden över smärta i kroppen och skrek av smärta när man vände henne. Hon behandlades ofta mycket bryskt och ingenting gjordes för att ta reda på varför hon hade så ont. Dottern frågade vid flera tillfällen om det inte kunde vara något brutet. Läkaren förnekade dock att man sett något brott på de röntgenbilder som tagits på akutsjukhuset. Han menade även att det inte var lätt att göra något när modern sa att hon hade ont i hela kroppen.

Mot smärtan gavs den gamla kvinnan morfin utrört i äppelmos som hon hade mycket svårt att svälja ned och som fastnade under protesen. Vid flera tillfällen då dottern kom till avdelningen låg modern i illaluktande avföring. Ibland fick dottern förklaringen att moderns diarré berodde på antibiotikabehandlingen och ibland att det var maginfluensa, som man påstod hade drabbat flera patienter på avdelningen. En dag i samband med tvättningen upptäckte dottern att modern fått ett knytnävsstort liggsår vid ryggslutet. Ingen hade tidigare upplyst henne om det trots att hon dagligen besökte avdelningen.

Vid ett senare tillfälle fick modern andningssvårigheter och blev mycket dålig. Dottern bad att en läkare skulle komma men fick svaret att det inte fanns någon läkare tillgänglig. Då dottern framhärdade i sin begäran kom så småningom en läkare. Denne lyssnade dock endast på hjärta och lungor och försvann därefter snabbt från avdelningen. Modern försämrades och när dottern en dag kom till avdelningen fick hon tala med en läkare. På sin fråga om det möjligtvis fanns något att göra för modern fick dottern svaret "Skall det vara någon mening att hålla pumpen igång när hon är så dålig"?

På grund av de ständiga diarréerna genomfördes bukröntgen. Efter några dagar meddelades att röntgenundersökningen, som bifynd, visade vänstersidig lårbensfraktur. En hel månad hade den gamla kvinnan legat på kliniken utan att man brytt sig om att utreda orsaken till hennes smärta trots att hon ibland skrek så högt att anhöriga till andra patienter reagerade. Den gamla kvinnan överfördes till akutsjukhus där hon avled något dygn senare.

Förtroendenämnden beslutade att överlämna ärendet tillsammans med ytterligare två ärenden rörande bristande omvårdnad och dålig behandling av äldre kvinnor vid en geriatrisk klinik till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Nämnden framhåller i sitt beslut att den finner det angeläget att en analys sker i samråd med berörd klinikledning så att man kan vidta lämpliga åtgärder för att uppnå en positiv behandling och omvårdnad av patienterna samt ett bättre bemötande av anhöriga.

Vid den uppföljning som förtroendenämnden genomförde efter cirka ett år redovisar berörd klinikledning de åtgärder som vidtagits för att förbättra omvårdnaden och patientsäkerheten. Socialstyrelsens utredning i ärendet bifogades.

Socialstyrelsen konstaterar med anledning av sin utredning att det vid kliniken pågår ett omfattande utvecklingsarbete avseende medarbetarnas kompetens, klinikens organisation och metoder för vårdens genomförande. Styrelsen anser vidare att klinikens ledning har god kännedom om den i anmälningarna framförda kritiken och har vidtagit adekvata åtgärder för att komma till rätta med de brister som framkommer. Socialstyrelsen har efter granskning av journalhandlingar och övriga dokument samt efter det som framkommit vid överläggning med

klinikens ledning inte funnit skäl till fortsatt utredning. Ärendet avskrevs från vidare handläggning hos Socialstyrelsen.

3.3 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

3.3.1 Uppgifter

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) prövar frågor om disciplinpåföljder samt indragning och återfående av legitimation och förskrivningsrätt avseende personal inom hälso- och sjukvården. Författningar som reglerar nämndens verksamhet är Lag (1994:953/åliggandelagen) om åliggande för personal inom hälso-och sjukvården samt Lag (1994:954/disciplinpåföljdslagen) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område. Instruktion för nämndens arbete finns i Förordning (1996:571) med instruktion för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Ansvarsnämndens beslut kan överklagas till Kammarrätten i Stockholm.

Hälso- och sjukvårdspersonal kan åläggas disciplinpåföljd om de uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör vad som åvilar honom eller henne inom ramen för sin tjänsteutövning. Med hälso- och sjukvårdspersonal avses enligt åliggandelagen den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna omfattar även personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter. Dessutom omfattas den personal som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal skall enligt samma lag utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall även så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som skall visas omtanke och respekt. Hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Arbetsuppgifter får överlåtas till annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård. Den som överlåter en arbetsuppgift till någon som saknar formell kompetens svarar för att den som fått uppgiften har förut-

sättningar att fullgöra den. Hälso- och sjukvårdspersonal bär själva ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

HSAN utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning och erinran, av vilka varning är den allvarligaste. Ingen av påföljderna medför automatiskt att personen ifråga avstängs från sin tjänsteutövning. Detta är en fråga för arbetsgivaren. En förutsättning för att någon skall åläggas en disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt. En annan begränsning är att disciplinpåföljd inte kan åläggas en person efter hur lång tid som helst. Preskription inträder två år efter den tidpunkt då felet begåtts, om den anmälde inte innan dess delgivits anmälan. Disciplinpåföljd får inte heller åläggas senare än fem år efter förseelsen. HSAN kan även uttala kritik utan att det resulterar i påföljd.

Anmälan kan göras av patient, nära anhörig om patienten inte själv kan anmäla eller av Socialstyrelsen. Anmälan kan även göras av Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK). Läkare, tandläkare och sjuksköterskor är de yrkesgrupper som oftast blir föremål för en anmälan till HSAN.

3.3.2 Vilka anmäler och vad anmäls?

HSAN konstaterar att anmälningsbenägenheten inte är särskilt hög bland äldre personer. När anmälan gäller en äldre person sker det vanligtvis via anhöriga (cirka 90 procent av alla anmälningar). Det är också relativt vanligt att anmälningarna inkommer efter det att den enskilde avlidit. Endast en mindre del av anmälningarna kommer i dessa fall från Socialstyrelsen. Anmälningar av Socialstyrelsen leder i betydligt högre grad till en disciplinär åtgärd från HSAN än anmälningar från anhöriga och/eller enskilda.

HSAN har uppmärksammat att brister i vård och omsorg av äldre personer ofta beror på att det i verksamheten inte finns fungerande rutiner eller att rutinerna är ogenomtänkta för t.ex. när läkare skall tillkallas och för läkemedelshantering. HSAN anser även att det brister i läkartillsynen i de särskilda boendeformerna och att det där saknas fasta läkarkontakter.

Brister i journalföring är vanligt förekommande. Det förekommer påfallande ofta bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper.

Anmälningar som berör personer över 65 år avser främst bristande omvårdnad, tillsyn och behandling, särskilt vid fall och fallskador, beträffande vätske- och näringstillförsel och hur ofta läkare tillkallas samt vid insatser i livets slutskede. Antalet anmälningar som avser fall och fallskador har dock enligt ansvarsnämnden minskat under senare år.

3.3.3 Antal anmälningar m.m. som avser äldre personer

Knappt en femtedel av anmälningarna avser äldre personer
Ansvarsnämndens databas innehåller uppgifter om totalt 9 703 anmälningar som inkommit från år 1993 och t.o.m. utgången av år 1996. (Uppgifterna avser inte samtliga inkomna anmälningar under år 1993 eftersom dataregistrering påbörjades under året). Det har under de studerade åren (1993-1996) fortlöpande skett en ökning av antalet anmälningar till HSAN. Majoriteten avser personer i de yrkesverksamma åldrarna. Totalt inkom 2 656 anmälningar under år 1996. Av dessa avsåg 490 (18 procent) personer 65 år och äldre. Cirka 55 procent avsåg kvinnor.

Äldres andel av det totala antalet anmälningar har ökat från knappt 15 procent år 1993 till drygt 18 procent år 1996. Antalet anmälningar som berör personer över 80 år har fördubblats under tidsperioden. År 1993 avsåg 4 procent av anmälningarna personer 80 år och äldre och år 1996 var motsvarande andel knappt 7 procent av samtliga anmälningar.

Tabell 3. Antal inkomna anmälningar till HSAN åren 1993-1996, fördelat på ålder och år.

Inkomna anmälningar 1993 - 1996	Totalt antal	Varav antal 65- år	Procent andel 65 - år	Varav antal 80 - år	Procent andel 80 - år
Anmälningar 1993	2109	314	15	85	4
Anmälningar 1994	2416	374	15	96	4
Anmälningar 1995	2522	479	19	141	6
Anmälningar 1996	2656	490	18	180	7
Totalt	9703	1657	17	502	5

Trots det ökade antalet anmälningar som avser personer över 65 år är det i förhållande till att vårdkonsumtionen ökar kraftigt med stigande ålder, få anmälningar till HSAN som avser de allra äldsta personerna med de största vård- och omsorgsbehoven, dvs. personer 80 år och äldre.

Antalet disciplinpåföljder har ökat kraftigt bland anmälningar som gäller äldre personer

Ansvarsnämndens databas innehåller även uppgifter om antalet avgjorda anmälningar samt de som föranlett en disciplinpåföljd.

Tabell 4. Antal och andel avgjorda anmälningar hos HSAN åren 1993-1996, fördelat på ålder och år.

Avgjorda anmälningar 1993-1996	Antal 0-64 år	Procent andel 0-64 år	Antal 65 - år	Procent andel 65 - år	Totalt antal	Totalt procent
Avgjorda 1993	1006	88	134	12	1140	100
Avgjorda 1994	1748	85	305	15	2053	100
Avgjorda 1995	2008	86	330	14	2338	100
Avgjorda 1996	2581	85	451	15	3032	100
Totalt	7343	86	1220	14	8563	100

År 1996 avgjordes totalt 3 032 anmälningar varav 451 (15 procent) avsåg personer över 65 år. Knappt hälften av de avgjorda anmälningarna i åldersgruppen över 65 år avsåg personer 80 år och äldre. Äldres andel av det totala antalet avgjorda anmälningar har varit konstant under åren 1994 till 1996.

En av HSAN avgjord anmälan rörande personer 65 år och äldre leder däremot oftare till påföljd än en avgjord anmälan som avser personer yngre än 65 år. Denna skillnad är särskilt framträdande för år 1996, där 20 procent av de avgjorda anmälningarna som berör äldre lett till påföljd i jämförelse med 11 procent bland yngre personer. Den procentuella andel avgjorda anmälningar bland yngre som lett till påföljd är relativt stabil (10-12 procent) medan andelen bland äldre som föranlett en påföljd ökat markant under den studerade perioden, från 5 procent år 1993 till 20 procent år 1996.

Tabell 5. Antal och andel av de avgjorda anmälningarna hos HSAN åren 1993-1996 som föranlett disciplinpåföljd, fördelat på ålder.

Avgjorda anmälningar 1993-1996	Totalt antal avgjorda anmäln.	Varav totalt antal på-följder	Procent andel på-följder	Antal på-följder 0-64 år	Procent andel på-följder 0-64 år	Antal på-följder 65 - år	Procer andel på-följder 65 - år
Avgjorda 1993	1140	109	10	102	94	7	6
Avgjorda 1994	2053	240	12	207	86	33	14
Avgjorda 1995	2338	292	12	239	82	53	18
Avgjorda 1996	3032	372	12	284	76	88	24
Totalt	8563	1013	12	832	82	181	18

Äldres andel av samtliga avgjorda anmälningar som föranlett en disciplinpåföljd har därmed också ökat kraftigt, vilket framgår av tabell 5, från 6 procent år 1993 till 24 procent år 1996. Det är således i dag betydligt vanligare att en anmälan som berör personer 65 år och äldre föranleder en disciplinpåföljd. Av samtliga avgjorda anmälningar resulterade drygt 12 procent under år 1996 i en disciplinpåföljd.

Det är inte möjligt att utan tidskrävande bearbetningar inhämta ytterligare information från databasen om bl.a. anledning till an-

mälan samt i vilka verksamheter och situationer händelsen inträffade.

3.3.4 Exempel på anmälningar till HSAN

Inledning
Jag har av ansvarsnämnden fått ta del av ett antal beslut som berör personer i åldersgruppen 65 år och äldre. De 23 exemplen avser anmälningar från anhöriga. I det följande redogör jag för de upplevelser av brister och missförhållanden som anhöriga beskriver i sina anmälningar. Jag beskriver även nämndens handläggning och beslut.

Kännetecknande för anmälningarna är att den person som anmälan berör vanligtvis har kraftigt nedsatt allmäntillstånd, ofta till följd av flera olika sjukdomar/funktionsnedsättningar som t.ex. sviktande hjärtfunktion, cirkulationsproblem, diabetes, cancersjukdomar, demens och förvirringstillstånd, hjärnblödning m.m. Den enskilde har ofta nedsatt rörelseförmåga och har behov av hjälpmedel vid förflyttningar.

Anmälan
Anmälan kommer främst från en nära anhörig (maka/make, son/dotter) och avser tiden då deras närstående bodde på sjukhem eller var inlagd på sjukhus. Anmälan har i 15 av 23 fall inkommit sedan deras närstående avlidit. Sammanfattningsvis kan följande upplevelser, synpunkter och klagomål urskiljas i anmälningarna från anhöriga.

Brister i information, kommunikation och samverkan
Även om brister i information inte är huvudskäl till anmälan är det relativt vanligt förekommande att det även riktas kritik mot bristfällig information, kommunikation och samverkan med såväl enskilda som med anhöriga. Kritiken avser bl.a. att personalen brister i att informera anhöriga om försämringar i deras närståendes hälsotillstånd. Vidare förekommer underlåtenhet att informera enskilda och anhöriga vid överflyttningar mellan olika

vård- och omsorgsformer. Anhöriga påtalar även bristande information om inträffade händelser som t.ex. att deras närstående ramlat eller att stora trycksår snabbt utvecklats. Andra skäl till kritik avser underlåtenhet att informera och tillkalla anhöriga när någon befinner sig i livets slutskede. Kritik riktas även mot bristande informationsöverföring mellan olika personalkategorier och olika vårdnivåer.

Brister i omvårdnad och behandling

En stor del av anmälningarna som jag här har analyserat avser fall och fallskador som uppkommit i samband med förflyttningar vid t.ex. toalettbesök eller vid sänggående/uppstigning. Fallen har förorsakat frakturer. Anhöriga riktar i sina anmälningar kritik mot att händelserna inte rapporterats till ansvarig läkare och/eller att adekvata undersökningar inte genomförts. I anmälningarna förekommer exempel på att frakturerna inte uppmärksammats förrän upp till tre månader efter att händelsen inträffat. Anhöriga är också kritiska mot att händelsen inte rapporterats till den övriga personalen i arbetslaget. De upplever även att fallskadan påverkat deras närståendes allmäntillstånd och medfört ökade omvårdnadsbehov samt i vissa fall varit bidragande orsak till att deras närstående avlidit.

Andra brister som påtalas är förekomsten av trycksår och då särskilt brister i de förebyggande insatserna men även i behandlingen av trycksår. Anhöriga ställer sig frågande till hur trycksår på mycket kort tid kan utvecklas till knytnävsstora sår och ifrågasätter hur den personliga hygienen tillgodosetts.

Övriga brister som påpekas gäller undermålig klädsel samt dålig vätske- och näringstillförsel vilket föranleder uttorkning och näringsbrist. Oro och ångest dämpas med för stora mängder sömnmedel och lugnande medicin. Brist på hjälpmedel, rehabilitering och meningsfulla aktiviteter är andra synpunkter som framkommer liksom även uppfattningar om att felaktiga behandlingar genomförts. Anhöriga påpekar brister i tillsyn av enskilda patienter. Personal uppmärksammar inte försämringar i hälsotillstånd och avläser inte smärtupplevelser hos enskilda som inte själva kan förmedla hur de har det. I anmälningarna framkommer även synpunkter på att det hos ansvarig läkare brister i uppföljning av ordinerade insatser. Det saknas rutiner för i vilka situatio-

ner läkare skall tillkallas och när det krävs insatser inom akutsjukvården. Anhöriga upplever även att det inte sätts in tillräckliga insatser och att det förekommer bristande tillsyn av patienten i livets slutskede.

Utredning och beslut

HSAN har att pröva om den hälso- och sjukvårdspersonal som anmälan avser har åsidosatt vad som åligger honom eller henne i yrkesutövningen enligt 4 § lagen om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område. Nämnden har att ta ställning till om eventuella fel och försummelser är att betrakta som ringa. Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas.

HSAN inhämtar för utredning och bedömning yttranden från berörd personal samt även från personal i arbetsledande ställning. Nämnden granskar journalhandlingar och tar i förekommande fall del av andra myndigheters utredningar, t.ex. från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och länsstyrelserna. Nämnden biträds i utredning och bedömning av ämnessakkunniga vilka även är föredragande. För att disciplinpåföljd skall kunna utdelas skall det av utredningen kunna styrkas att befattningshavarna har brustit i sina åligganden. De flesta anmälningar lämnas utan åtgärd då utredningen inte ger stöd för att ansvarig personal vid vård, behandling eller undersökning åsidosatt sina åligganden. Det är dock relativt vanligt förekommande att nämnden riktar kritik mot brister i dokumentation eller i övrigt mot omhändertagandet av den enskilde. Nämnden påpekar i sina beslut vikten av att bestämmelserna i patientjournallagen (1985:562) följs samt att omvårdnadsarbetet dokumenteras.

HSAN har även möjlighet att överlämna vissa anmälningar till landsting eller till kommun för åtgärd om innehållet i anmälan avser bl.a. klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonal och om det finns grundad anledning att anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd.

Gränsdragningsfrågor efter Ädelreformen

HSAN har uppmärksammat de gränsdragningsproblem som blivit tydliga efter Ädelreformen och kommunernas övertagande av viss

hälso- och sjukvård. Kommunernas särskilda boendeformer, inklusive sjukhemmen som övertagits från landstingen i samband med Ädelreformen, är inte att betrakta som sjukhus eller annan vårdinrättning enligt åliggandelagen. Därmed omfattas inte all personal i de särskilda boendeformerna av bestämmelserna. Det är enbart den legitimerade personalen i en kommun som är hälso- och sjukvårdspersonal i lagens mening. Undersköterskor och vårdbiträden i särskilda boendeformer är socialtjänstpersonal. Ansvarsnämndens möjlighet att ålägga disciplinpåföljd vid försummelser i yrkesutövningen omfattar, som redovisats tidigare, enbart hälso- och sjukvårdspersonal.

Motsvarande bestämmelser finns inte för personal inom socialtjänsten. Det innebär att HSAN inte prövar anmälan i den del som gäller annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Den som inte är legitimerad yrkesutövare inom den kommunala hälso- och sjukvården tillhör hälso- och sjukvårdspersonal endast i den omfattning som de arbetar på delegation eller biträder legitimerad yrkesutövare. Enligt ansvarsnämndens erfarenheter är det många gånger svårt att bedöma när icke legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och när den inte är det. En allvarlig händelse kan leda till disciplinpåföljd för hälso- och sjukvårdspersonal men inte för socialtjänstpersonal. Om däremot socialtjänstpersonal arbetar på delegation eller biträder legitimerad personal i yrkesutövningen omfattas de av bestämmelserna om disciplinpåföljder.

I det följande redovisar jag några exempel på anmälningar samt ansvarsnämndens handläggning och beslut.

Förebyggande insatser och behandling av sår

Anhöriga (barn) har i anmälan riktat kritik mot att ansvarig läkare och sjuksköterska underlät att förebygga och behandla trycksår. Informationen till anhöriga ansågs även ha varit bristfällig.

I anmälan uppges att fadern hade problem med hjärtat och cirkulationen men att han för övrigt var pigg. Han var inte sängliggande och hade inte några tryckskador eller liggsår när han insjuknade i hemmet den 4 november med feber och värk i kroppen. Efter två dagar var hans tillstånd så dåligt att han togs in på sjukhusets medicinavdelning. Han var mycket sjuk, hade

feber, svårt att andas och var mestadels mycket omtöcknad. Familjen besökte honom varje dag, ofta flera gånger om dagen. I de fall de inte besökte honom höll de telefonkontakt med avdelningen. När de besökte honom ville han varje gång att de skulle lägga honom på sidan. Anhöriga uppfattade det som att han tyckte det var jobbigt att hela tiden ligga på rygg, eller rättare sagt halvligga. Endast en gång fick de uppgift om att han varit uppe och duschat. Han hade då ansetts vara "jobbig".

På kvällen den 17 november försämrades hans tillstånd och han fördes till intensiven. Av personalen där fick anhöriga samma kväll veta att han hade ett stort och fult trycksår i stjärten. På kvällen den 18 november försämrades hans tillstånd och han lades i respirator och samtidigt på en dekubitusmadrass. Den 25 november opererades en stor bit av vardera skinkan bort. Död vävnad togs sedan bort fortlöpande. Fadern avled den 31 december. Med anledning av det inträffade ställdes följande frågor i anmälan:

1. Upptäcktes inte trycksåret på medicinavdelningen? Enligt kopia av journalanteckning har man konstaterat att fadern "hela tiden behövde hjälp med sin hygien". När (om) han fick denna hjälp måste trycksåret eller hudförändringen rimligtvis ha upptäckts. Har det inte upptäckts måste det betyda att han inte fått omsorgsfull vård. Även om han, såsom hävdas, hade en känslig hud kan en skada av den omfattningen inte uppstå på en gång. Om man, som det vidare framgår av journalanteckningen, "noterat ett blå-rött område i stjärten men inget liggsår" vilken behandling sattes då in? Har man sett skadan men inte brytt sig om den? Varför informerades inte anhöriga?

2. Varför försökte man inte förebygga liggsåret? Eftersom han var så sjuk att han inte orkade vända sig i sängen så måste risken för liggsår varit uppenbar. Har man från avdelningens sida rätt att underlåta erforderlig behandling för att patienten i sitt omtöcknade tillstånd "frånsagt sig hjälp till mobilisering"? Av journalanteckningen synes framgå att man för att undvika liggsår lagt honom på dekubitusmadrass redan på medicinavdelningen. Anhöriga konstaterade att någon sådan madrass inte fanns i hans säng på avdelningen. De menar att om en sådan hade funnits skulle de lagt märke till detta eftersom de vid varje besök rättade till hans säng och på hans begäran försökte hjälpa honom att ändra ställning. Madrassen borde också rimligtvis ha

funnits i sängen när han fördes till intensiven och det gjorde den inte.

Utredning

HSAN har granskat patientjournalen. Yttrande har inkommit från biträdande överläkare och avdelningsföreståndaren. De har i ett gemensamt yttrande uppgett följande:

1. Patienten hade rygg- och muskelsmärtor, värk i benen samt smärtande förslitning av höger höftled. Han hade en mycket svår hjärtsvikt och en kronisk lungsjukdom, som gjorde att han hade grava andningssvårigheter.

2. Patienten hade vändschema, men vägrade annat läge än sittande rakt upp i sängen. Vid försök till ändring av läget skrek patienten av smärta och blev helt panikslagen på grund av andningssvårigheterna, som tilltog vid lägesändring.

3. Patienten hade enligt samstämmiga uppgifter från personal på avdelningen och intensivavdelningen inget trycksår vid ankomsten till intensivavdelningen, men ett blårött område i baken, tydande på begynnande cirkulationsrubbning.

4. Patientens grava hjärtsjukdom gjorde att cirkulationen var kraftigt försämrad. Detta medförde att risken för trycksår var stor. I journalen framgår att han fick begynnande besvär till och med av plattorna för EKG-registrering, och att hälarna rodnade på grund av dålig cirkulation redan efter 1 ½ timme.

Vi poängterar att personalen gjort det bästa möjliga i den aktuella situationen och bestrider att någon felbehandling skett.

I journalen finns inget antecknat om att patienten skulle haft trycksår vid ankomsten till intensivavdelningen den 17 november. Den 20 november står antecknat "tryckskadan över sacrum börjat spricka".

Bedömning

Av utredningen framgår att mannen var svårt hjärt- och lungsjuk med sviktande cirkulation, dålig genomblödning av huden och skör hud. Han hade även problem med andningen varför det var svårt att ändra hans kroppsställning. Han ville endast sitta upprätt och kom därför att belasta samma hudområde under den tid han befann sig på medicinavdelningen. Enligt sjuksköterske-

journalen gick det inte hål på skinnet förrän mannen överförts till intensivavdelningen men tryckskadan måste rimligtvis ha uppstått redan före överföringen. Av journalerna framgår att personalen gjort vad man kunnat för att förhindra att trycksår skulle uppkomma på den svårt sjuke mannen. Den anmälda sjukvårdspersonalen kan således inte kritiseras för vården.

Beslut

"Ansvarsnämnden lämnar anmälan utan åtgärd"

Behandling av benbrott

Anmälan

Sondotter har anmält ansvarig personal på sjukhemmet och ansvarig läkare på sjukhuset för fel och försummelse i yrkesutövningen. Anmälan avser en 93-årig dam boende på sjukhemmet. Sondottern har i anmälan anfört följande.

Personalen hittade damen klockan 01.30 liggande på golvet, med brutet lårben. Personalen drog då över henne till en madrass på golvet. Hon fick sedan ligga så till klockan 08.50. När ambulansen kom fick ambulanspersonalen kalla på en akutbil med läkare, på grund av att brottet var så illa att hon inte kunde förflyttas utan att hon var sövd. Enligt ambulansförarna var det "det värsta brott de hade sett". Den gamla damens fot låg i höjd med axeln. Sondottern har ifrågasatt hur den gamla kunde få bli liggande från klockan 01.30 till 08.50, varför man ringde de anhöriga 02.30 om ett lårbensbrott och om den gamla damen fick ligga ensam hela tiden eller om det fanns någon hos henne.

Utredning

Ansvarsnämnden granskade patientjournaler samt skaffade in yttranden av nattsjuksköterskan på sjukhemmet, distriktsläkaren samt läkaren på ortopediska kliniken.

Bedömning

"Ansvarsnämnden anför att det av utredningen framgått att skadan var sådan att den borde ha bedömts av läkare snarast för ställningstagande till fortsatt handläggning, kontroll av distalstatus och eventuell grovrepondering av frakturen. Det är inte acceptabelt att den gamla damen xx fick ligga på en madrass på golvet på sjukhemmet under flera timmar istället för att transporteras till sjukhuset där det finns personal med vana att handlägga frakturer. Av utredningen har framkommit att det föreligger olika uppgifter i fråga om dels hur skadan beskrivits av nattsjuksköterskan xy vid samtalen med distriktsläkaren yx och läkaren yy vid ortopedkliniken dels vad som sagts vid samtalet mellan nattsjuksköterskan och läkaren vid ortopedkliniken.

Nattsjuksköterskan xy har gjort följande originalanteckning om skadan i journalen "Hö ben fraktur-underbenet uppåt utroterat från knät. Smärta."Efter samtalet med läkaren vid ortopedkliniken har hon antecknat följande " Dr yy ringt från akutmott. Anser det bäst att föra den gamla damen till akutmott. efter kl 07.00".

Nattsjuksköterskan xy har lämnat en noggrann redogörelse för händelseförloppet. Hennes redogörelse överensstämmer med de fortlöpande anteckningarna i journalhandlingen från sjukhemmet och har därför hög trovärdighet. Det har därför ålegat berörda läkare att vid deras samtal med sjuksköterskan fråga om en felställning av benet förelåg. Det får således anses styrkt att berörda läkare yx och yy delgetts information om skadan som framgår av journalanteckningarna och på så sätt som beskrivits av sjuksköterskan xy. Det får vidare anses styrkt att läkaren yy vid ortopedkliniken till sjuksköterskan uppgett att det inte var någon idé att sända den gamla damen till akutmottagningen före klockan 07.00.

Distriktsläkaren yx borde ha insett att den gamla damen hade en fraktur och omedelbart ordinerat ambulanstransport till sjukhuset eller själv infunnit sig på sjukhemmet för undersökning av skadan. En förmildrande omständighet är dock att distriktsläkaren yx bad sjuksköterskan att förankra beslutet att avvakta transport till morgonen med akutmottagningens läkare.

Läkaren yy vid ortopedkliniken borde ha insett att den gamla damen hade en fraktur och omedelbart ordinerat ambulanstransport till sjukhuset.

Ansvarsnämnden finner således att berörda läkares handläggning strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. De skall därför tilldelas disciplinpåföljd som bör bestämmas till en varning. Vad avser anmälan i övrigt har inget framkommit som visar att någon bland hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort sig skyldig till fel eller försummelse.

Beslut

Ansvarsnämnden tilldelar – med stöd av 12 § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. – berörda läkare en varning.

Ansvarsnämnden lämnar anmälan i övrigt utan åtgärd."

3.4 Patientskadeförsäkringen

3.4.1 En särskild Patientförsäkring tillkom år 1975

En patient som skadas i samband med behandling eller annan liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården kan på olika sätt söka ersättning för skadan. En särskild Patientförsäkring tillskapades år 1975 på grund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen (1972:207).

Landstingsförbundet, landstingen och de tre landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö, Gotland) har sedan år 1995 ett eget ömsesidigt försäkringsbolag, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Bolaget skall täcka det ansvar som landstingen och de tre landstingsfria kommunerna har för ersättning av skador som drabbar patienten. PSR (Patientskadereglering AB) svarar fr.o.m. år 1995 för skadereglering av patientskadeärenden som gäller landstingen. PSR skall även utreda skadeståndsskyldigheten samt föra sjukvårdshuvudmännens talan vid förhandlingar och eventuell rättegång rörande skadestånd.

Kommunerna och privata vårdgivare har tecknat liknande patientförsäkringar hos olika försäkringsbolag. Enligt vad som erfarits är det relativt vanligt förekommande att kommunerna knyter an patientförsäkringen till den försäkring som i övrigt finns för den kommunala verksamheten.

3.4.2 Rätt till patientskadeersättning från 1 januari 1997

Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag (1996:799). Lagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Ersättning skall lämnas för bl.a. skada som orsakats av undersökning, vård och behandling samt oriktiga diagnoser. Vidare skall ersättning lämnas vid fel hos eller felaktig hantering av medicintekniska produkter

och sjukvårdsutrustning samt i samband med att smittämnen i vården lett till infektion. Dessutom skall ersättning lämnas vid olycksfall som inträffat i samband med vården samt vid oriktig hantering av läkemedel.

Rätten till patientskadeersättning i lagstiftningen är fristående från skadeståndsrätten och bygger i stor utsträckning på bestämmelserna i den tidigare frivilliga patientförsäkringen från år 1975. Bestämmelserna innebär bl.a. att patienten, för att ersättning skall kunna lämnas, inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonal gjort sig skyldig till fel eller försummelse. Bedömningen sker på objektiva grunder.

Patientskadeersättningen bestäms i huvudsak enligt regler i skadeståndslagen med den avvikelsen att patienten själv skall betala en självrisk motsvarande en tjugondel av basbeloppet enligt lagen om allmän försäkring. Landstingen har dock inom ramen för LÖF beslutat om en lägre självrisk, för närvarande 1000 kr. En annan avvikelse från skadeståndslagen är att det finns ett tak för ersättningens storlek. Ersättningsbestämmelserna i patientskadelagen, som innebär att även patienters efterlevande kan ha rätt till ersättning, är tvingande till den skadelidandes förmån. En patientskadenämnd skall på begäran av bl.a. patient, vårdgivare, försäkringsgivare och domstol avge yttrande över ersättningsanspråk.

Alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, är enligt lagstiftningen ålagda en skyldighet att teckna en försäkring som täcker ersättningsskyldigheten.

Rätt till ersättning enligt LÖF föreligger om patienten på grund av behandlingsskadan bl.a. varit intagen under längre tid än tio dagar på sjukhus, fått sjuktiden förlängd med mer än 30 dagar, drabbats av men/handikapp som inte är obetydligt eller avlidit. Ersättning kan lämnas för bl.a. förlorad arbetsinkomst, framtida inkomstbortfall, sjukvårdskostnader, rehabiliteringskostnader, sveda och värk, underhåll till efterlevande samt begravningskostnader.

3.4.3 Antal anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen

Skador bland äldre leder något oftare till ersättning
Patientförsäkringens databas innehåller uppgifter om skador som försäkringen bedömt som ersättningsbara sedan verksamheten påbörjades år 1975. Databasen innehåller även uppgifter om bl.a. i vilken specialitet och typ av vårdanläggning som skadan uppkommit samt antal skador som förorsakat invaliditet och dödsfall. Skadestatistik och olika fallstudier redovisas kontinuerligt i Läkartidningen m.fl. tidskrifter samt till berörd personal och de olika klinikerna.

Jag har från Patientförsäkringen fått ta del av statistikuppgifter avseende tiden från år 1975 t.o.m. år 1995. Statistiksammanställningen för år 1996 har inte varit tillgänglig (mars1997) med anledning av vissa omläggningar i databasen. Enligt uppgift från LÖF har dock antalet anmälningar och ersatta skador under år 1996 varit förhållandevis konstant i jämförelse med år 1995. Patientförsäkringen har enligt dessa uppgifter tagit emot drygt 7 000 anmälningar under 1996 varav 3 200 lett till ersättning.

Totalt har försäkringen tagit emot cirka 96 000 anmälningar t.o.m. utgången av år 1996. Cirka 40 000 av dessa har lett till ersättning. Enligt de uppgifter som framkommit från Patientförsäkringen är det till skillnad från anmälningar som inkommer till HSAN och förtroendenämnderna vanligare att äldre personer själva, ofta i samråd med ansvarig läkare, anmäler skador till Patientförsäkringen. Tabell 6 visar antal inkomna anmälningar och ersatta skador t.o.m. år 1995.

Majoriteten (60 procent) av anmälningarna om personskador inom vården avser personer under 65 år. Under tjugoårsperioden (1975-1995) har 35 650 anmälningar avsett personer 65 år och äldre vilket motsvarar 40 procent av samtliga anmälningar. Under perioden har 60 procent av anmälningarna berört kvinnor.

Tabell 6. Anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen, åren 1975 till 1995, fördelat på ålder och kön.

Kön	Inkomna anmälningar			Varav ersatta skador		
	0-64 år	65- år	Samtliga	0-64 år	65- år	Samtliga
Kvinnor						
Antal	32 366	21 304	53 670	13 376	9 681	23 057
Proc.	60	40	100	41	45	43
Män						
Antal	20 955	14 346	35 301	7 644	6 038	13 682
Proc.	59	41	100	36	42	39
Samtliga						
Antal	53 321	35 650	88 971	21 020	15 719	36 739
Proc.	60	40	100	39	44	41

Av samtliga anmälningar åren 1975-1995 har 41 procent föranlett ersättning från försäkringen. Andelen ersatta skador hos äldre är något högre (44 procent) i jämförelse med ersatta skador hos yngre personer (39 procent). Anmälningar från kvinnor leder något oftare till ersättning. Äldre kvinnor får i förhållande till antalet anmälningar oftare ersättning (45 procent) för sina skador än övriga grupper.

Äldres andel av det totala antalet ersatta skador är lägre jämfört med deras andel av vårdutnyttjandet inom sjukvården. De nyttjade mer än hälften av samtliga vårddagar under år 1995. Äldres andel av samtliga ersatta skador åren 1989-1995 uppgick till 32 procent. Motsvarande andel bland personer 85 år och äldre var under samma period 4 procent. År 1995 nyttjades 11 procent av samtliga vårddagar inom den sjukhusanslutna vården av personer i denna åldersgrupp.

Flertalet skador som anmäls avser övergående skador eller sjukskrivningar. Det är enbart ett fåtal skador som är så allvarliga att de föranleder dödsfall. Under åren 1989 t.o.m. 1995 ersattes totalt 8091 skador av försäkringen. 243 av dessa har förorsakat dödsfall, vilket motsvarar 3 procent av samtliga ersatta skador under tidsperioden. 47 procent av dödsfallen avsåg personer 65 år och äldre.

Majoriteten skador uppkommer inom akutsjukvården. Det är ett fåtal av de ersatta skadorna som uppkommit inom långtidssjuk-

vården (sjukhemsverksamhet), på distriktsläkarmottagningar och distriktstandläkarpolikliniker.

3.5 Tillsyn över hälso- och sjukvård

3.5.1 Nya bestämmelser från 1 januari 1997

Från den 1 januari 1997 infördes nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna innebär bl.a. att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet skall det finnas lokaler, den utrustning samt den personal som behövs för att ge en god vård. Det har även införts krav på att hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vidare infördes bestämmelser om att det inom all hälso- och sjukvård skall finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef. Denna skall bl.a. ansvara för den löpande verksamheten samt upprätthålla och bevaka att kravet på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses.

Från den 1 januari 1997 trädde även lagen (1996:786/tillsynslagen) om tillsyn över hälso- och sjukvården i kraft. Huvudsyftet med lagstiftningen är att säkerställa hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerheten för patienterna i vården. Den nya lagstiftningen innebär att enhetliga bestämmelser gäller för tillsyn över hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen skall, med undantag för den sjukvård som ges inom Försvarsmakten, utöva tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Socialstyrelsen har i sin tillsyn rätt att ta del av handlingar och erhålla uppgifter i behövlig utsträckning samt göra inspektioner. Den som vill bedriva hälso- och sjukvård skall anmäla detta till Socialstyrelsen. Bestämmelserna i tillsynslagen innebär även att det införts ett sanktionssystem gentemot den som bedriver hälso- och sjukvård om verksamheten inte uppfyller kraven. Med anledning av de nya bestämmelserna har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter och allmänna råd.

Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården gäller dels tillsynen av själva vårdverksamheten (verksamhetstillsyn), dels av de personer som arbetar i vården (individtillsyn). Genom verk-

samhetstillsynen följer Socialstyrelsen utvecklingen och utvärderar vårdverksamheten. Verksamhetstillsynen avser t.ex. hur hälso- och sjukvården är organiserad, vårdutbudets omfattning och inriktning, arbetsrutiner, den medicinska utrustningen, personalens utbildning och kompetens samt personaltillgången.

I den s.k. individtillsynen har Socialstyrelsen att utöva tillsyn över det sätt på vilket den enskilde yrkesutövaren utför sina åligganden inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser finns i åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. I avsnitt 3.3. om hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ger jag en närmare redogörelse för bestämmelserna i lagstiftningen.

Ett tillsynsärende hos Socialstyrelsen kan initieras genom externa anmälningar, t.ex. vårdgivaren (Lex Maria-anmälningar enligt nedan) eller från enskilda, anhöriga, andra myndigheter m.fl. Socialstyrelsen gör även tillsynsinsatser på eget initiativ.

3.5.2 Vårdgivarens skyldighet att rapportera Lex Maria-händelser

Bestämmelserna om anmälningsskyldighet har från 1 januari 1997 förts över från den s.k. Lex Maria-förordningen till 5 § tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller om någon drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:23), som ger riktlinjer för tillämpningen, har benämningen Lex Maria behållits. Den nya Lex Maria innebär i huvudsak en anpassning till den nya lagstiftningen. Vårdgivaren skall som en del av det egna kvalitetssystemet ha rutiner för lokal avvikelserapportering. Avvikelser i verksamheten är alla olyckor, incidenter, tillbud m.m. Rutinerna skall vara integrerade i det dagliga arbetet. All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera avvikelser av betydelse för patientsäkerheten. Det skall ske till den som hos vårdgivaren svarar för den lokala avvikelsehanteringen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är det väsentligt att den som svarar för anmälningsskyldigheten enligt 5 § tillsynslagen besitter tillräcklig kompetens och har en sådan position i organisationen att goda möjligheter föreligger till jäm-

förelser mellan anmälningsfall. Erfarenheten visar att den som har en överordnad ställning eller annars en friare plats i organisationen, utan större eget vård- och behandlingsarbete, har lättare att fungera i rollen som anmälare.

Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. Lex Maria-anmälningar är sedan länge en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Anmälningar om risksituationer och riskhändelser har stor betydelse för Socialstyrelsens förebyggande tillsynsarbete. En anmälan från en vårdgivare till Socialstyrelsen innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå. Erfarenheterna återförs sedan till hälso- och sjukvården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) i Örebro.

3.5.3 Förhållanden som föranleder Lex Maria-anmälan

Det är enligt Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter viktigt att iakttagelser anmäls avseende risker eller riskbeteenden som kan föranleda, eller som redan föranlett, förändrade rutiner eller som kan motivera särskilda utbildningsinsatser. Förhållanden som skall rapporteras är t.ex:

- Förväxlingar, felaktiga förskrivningar och feldoseringar samt felexpedieringar. Avvikelser där läkemedel är involverade skall anmälas om komplikationerna föranlett, borde föranlett eller skulle föranleda aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenhet.
- Utebliven undersökning eller behandling som i den aktuella situationen varit klart indicerad enligt vedertagen praxis.
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning eller behandling.
- Otillräcklig eller felaktig information till patienten eller anhöriga.

- Otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal eller mottagande vårdenhet.
- Felaktig funktion/konstruktion, felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning inkluderande tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och liknande.
- Iakttagna skador eller risker vid tillämpning av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk eller som förekommer i fortfarande aktuella anvisningar eller handböcker.
- Brister i arbetsrutiner, t.ex. övervakningsrutiner, i vårdens organisation och i samarbetet mellan olika vårdenheter, t.ex. remissrutiner.
- Nosokomiala infektioner dvs. infektioner uppkomna vid undersökning, vård och behandling.
- Otillräckliga resurser i form av bl.a. kompetens, bemanning, lokaler eller utrustning för verksamhetens bedrivande.

3.5.4 Information om riskhändelser i Socialstyrelsens RiskDataBas

Inledning

Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) är en värdefull källa för forsknings- och utvecklingsverksamhet. Anmälningarna i databasen kan ge uppslag till individ- och verksamhetsrelaterad tillsyn. De skall även stimulera till kvalitetssäkring och leda till att riskhändelser förebyggs. Återföring sker kontinuerligt till sjukvården bl.a via informationsbladen "RiskRonden" och "RiskRonden-Special". Från början av år 1996 registreras även beslut i anmälningar till HSAN. Databasen innehåller uppgifter om skador, risker och riskbeteenden i vården. Den rymmer också information om vilka yrkeskategorier som var med då händelsen inträffade, vilken verksamhet som bedrevs, typ av arbetsmoment som utfördes, typ av felbehandling och orsaken till denna.

Lex Maria-anmälningar har registrerats i RDB sedan år 1992 och databasen innehöll vid utgången av år 1996 information om drygt 6 300 anmälningar. Samtliga inregistrerade Lex Maria-anmälningar är utredda och beslutade av Socialstyrelsen. För år

1996 har cirka 150 beslutade Lex Maria-händelser ännu inte rapporterats till RDB.

Fördelning mellan huvudmän och geografiska områden

I förhållande till folkmängden svarade den norra regionen (det geografiska området för regionala tillsynsenheten i Umeå) under åren 1995 och 1996 för flest antal rapporterade riskhändelser. Särskilt frekventa var riskhändelser vid särskilda boendeformer och vårdcentraler jämfört med förhållanden i övriga regioner. Riskhändelserna från den slutna vården skiljer sig inte från övriga regioner. Även Örebroregionen hade under samma period i förhållande till sin folkmängd ett stort antal rapporterade riskhändelser.

Under tidsperioden 1992 till 1996 svarade landstingen för 49 procent, kommunerna för 40 procent, privata vårdgivare för 7 procent och de landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö och Gotland) för 4 procent av alla riskhändelser. Antalet rapporterade riskhändelser från kommunerna har minskat med 14 procentenheter mellan åren 1995 och 1996 (från 44 procent 1995 till 30 procent 1996). Under samma år har antalet anmälningar från privata vårdgivare fördubblats jämfört med tidigare år. Ökningen av antalet anmälningar från privata vårdgivare beror huvudsakligen på att apoteksärenden (klassificeras som privat verksamhet) börjat tillföras RDB under år 1995.

Majoriteten av anmälningarna berör äldre personer

År 1992 registrerades 768 Lex Maria-anmälningar i databasen. Av samtliga avsåg 53 procent personer 65 år och äldre. Antalet anmälningar ökade kraftigt under åren 1993 och 1994 för att därefter minska åren 1995 och 1996. En stor del av det ökade antalet anmälningar (1993 och 1994) berörde personer 65 år och äldre vilket framgår av tabell 7.

Tabell 7. Fördelning av antalet personer 65 år och äldre i Lex Maria-beslut åren 1992-1996.

År	Antal 0-64 år	Proc. andel 0-64 år	Antal 65 - år	Proc. andel 65 - år	Samtliga antal	Samtliga proc.
1992	333	47	382	53	715	100
1993	443	35	822	65	1265	100
1994	485	32	1025	68	1510	100
1995	456	33	914	67	1370	100
1996	542	43	712	57	1254	100
Totalt	2259	37	3855	63	6114*	100

* Det bör observeras att ca 200-300 anmälningar i databasen saknar uppgifter om ålder.

Andelen personer 65 år och äldre ökade med 15 procentenheter mellan åren 1992 och 1994. Från år 1995 har antalet personer i denna åldersgrupp minskat betydligt och var vid utgången av år 1996 nere i 57 procent, dvs en minskning med 11 procentenheter. Trots minskningen gäller dock fortfarande att mer än hälften av de som drabbats av riskhändelser är personer 65 år och äldre. Köns- och åldersfördelning bland personer i åldersgruppen 65 år och äldre framgår av tabell 8.

Tabell 8. Antal personer i Lex Maria-beslut åren 1992-1996, fördelat på ålder och kön.

Kön	Ålder					
	0-64 år	65-74 år	75-84 år	85 - år	Samtliga 65 - år	Samtliga
Kvinnor						
Antal	1169	422	885	803	2110	3279
Proc.	36	13	27	24	64	59
Män						
Antal	973	424	568	324	1316	2289
Proc.	42	18	25	14	57	41
Samtliga						
Antal	2142	846	1453	1127	3426	5568*
Proc	38	15	26	20	62	100

* Cirka 790 anmälningar saknar i underlaget som rapporterats till RDB uppgifter om ålder och kön.

62 procent av alla registrerade riskhändelser i databasen (där uppgifter om ålder och kön registrerats) gäller personer 65 år och äldre och då särskilt personer 75 år och äldre (46 procent). Drygt hälften berörde kvinnor och då framförallt äldre kvinnor (64 procent hos äldre). Bland männen berörde drygt hälften (57 procent hos äldre) äldre män. Den höga representationen av personer bland de allra äldsta i Lex Maria-anmälningar motsvarar bättre hur vårdkonsumtionen fördelar sig mellan olika åldersgrupper jämfört med de anmälningar där den enskilde eller anhörig tar initiativ till anmälan, t.ex. i anmälningar till HSAN och till förtroendenämnderna.

Verksamheter där flest riskhändelser inträffar

Den största andelen rapporterade Lex Maria-händelser under hela perioden från år 1992 till år 1996 har inträffat vid region-, länsdels- eller länssjukhus (41 procent), därefter följer kommunernas särskilda boendeformer (37 procent) och vårdcentraler (4 procent). Under åren 1993 till 1995 svarade de särskilda boendeformerna för knappt hälften (42 till 44 procent) av samtliga rapporterade riskhändelser. År 1996 var andelen riskhändelser vid särskilda boendeformer 28 procent och andelen rapporterade riskhändelser vid region-, länsdels- och länssjukhus 44 procent. Det är få rapporterade händelser från hemsjukvård i den egna bostaden och från privata vårdgivare.

Den kraftiga ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar inom långtidssjukvården efter kommunernas övertagande av ansvaret i samband med Ädelreformen har flera olika orsaker enligt de bedömningar som bl.a. gjorts av Socialstyrelsen (SoS, 1995:6). Det är enligt Socialstyrelsen vanskligt att uttala sig om hur stor del av ökningen som var en följd av att kommunerna efter Ädel har egna medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Deras uppgift är bl.a. att bevaka den medicinska säkerheten och till Socialstyrelsen anmäla felhandlingar som lett till att enskilda utsatts för skada eller allvarlig risk för skada. Det är enligt Socialstyrelsen i många situationer svårt för den anmälningsskyldige att bedöma vad som är allvarliga skador/sjukdomar respektive allvarliga risker.

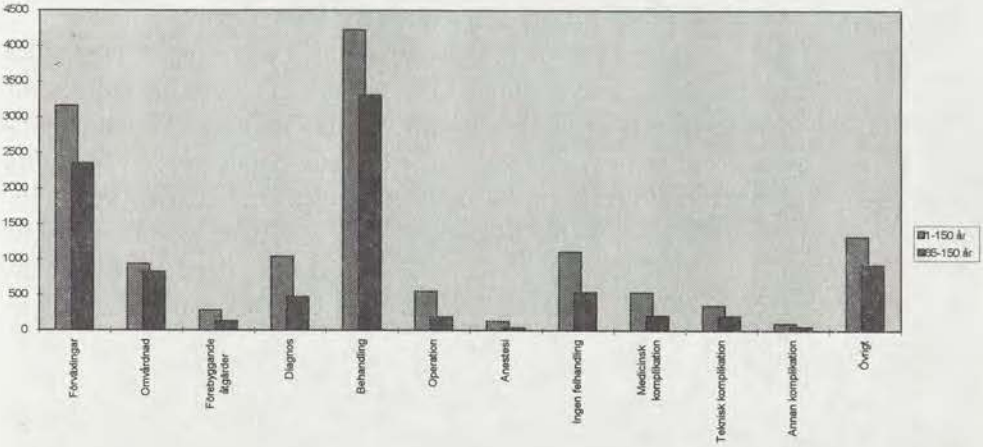
Det finns anledning att följa fluktuationer i anmälningar och att fortsättningsvis analysera sambanden med bl.a. vårdkvalitet. Ett

skäl till att Lex Maria-anmälningarna från kommunerna minskat (åren 1995 och 1996) kan vara att det numera finns bättre rutiner och kunskap om vilka felhandlingar som skall rapporteras vidare till Socialstyrelsen och vilka som huvudmannen skall handlägga inom det egna kvalitetssäkringssystemet. Det kan också vara så att ett högt antal Lex Maria-anmälningar inte enbart är tecken på lägre kvalitet i verksamheten. Hög anmälningsbenägenhet kan också visa på hög förändringsvilja och kvalitetsmedvetenhet.

Arbetsmoment med flest felhandlingar

Av särskild betydelse för att förebygga risker i vården och omsorgen är att identifiera i vilka situationer och i vilka arbetsmoment som felhandlingar förekommit. I databasen registreras de verksamhetstyper och arbetsmoment som är vanligast förekommande vid Lex Maria-händelser. Fördelning mellan olika arbetsmoment som förekom då felhandlingen begicks framgår av diagram 1.

Diagram 1. Antal felhandlingar i Lex Maria-händelser åren 1992-1996, fördelat på ålder.



Av diagrammet framgår att felhandlingar i samband med allmän behandlingsverksamhet och förväxlingar (främst läkemedel) är vanligast. De är dock oftare förekommande i händelser med äldre personer involverade (25 procent respektive 36 procent av samtliga felhandlingar bland äldre i förhållande till 18 procent respektive 20 procent bland yngre personer). Noteras bör att det inom gruppen behandlingsverksamhet även förekommer läkemedelshändelser t.ex. att den enskilde fått felaktig läkemedelsdos.

Felhandlingar i samband med omvårdnad drabbar även äldre personer oftare än yngre personer (9 procent bland äldre personer och 2 procent bland yngre personer). Under "Övrigt" sorteras de bifynd som framkommer av Socialstyrelsens utredning av inträffad felhandling. Merparten av dessa bifynd avser brister i dokumentation och journalhantering.

Socialstyrelsens utredning av Lex Maria-händelser resulterar i vissa fall i att styrelsen kan konstatera att ingen felhandling har begåtts. I cirka 8 procent av samtliga rapporterade händelser har Socialstyrelsen gjort denna bedömning.

Orsak till felhandling och vidtagna åtgärder

I RDB registreras orsak till felhandlingen. Vidare registreras vilka åtgärder som huvudmannen vidtagit eller planerar att vidta samt Socialstyrelsens förslag till åtgärd för att förebygga liknande händelser. De flesta orsakerna till Lex Maria-händelser har bedömts ligga på individplanet. Av samtliga registrerade händelser under åren 1992 till 1996 har 64 procent bedömts bero på den mänskliga faktorn. Cirka en femtedel har bedömts bero på organisatoriska faktorer. Även vid riskhändelser som berör personer 65 år och äldre är dessa faktorer dominerande orsak till felhandlingen. Cirka trefjärdedelar av de vidtagna eller planerade åtgärderna gäller dock organisatoriska förhållanden. Trots att den mänskliga faktorn varit orsak till felhandlingen tyder uppgifterna på att grundorsaken går att finna i bristande organisatoriska förutsättningar.

Av tabell 9 framgår vilka beslut som Socialstyrelsen fattat med anledning av anmälan. I de yngre åldersgrupperna är det en mindre andel anmälningar som inte har föranlett något påpekande från Socialstyrelsen jämfört med anmälningar som berör de äldre

åldersgrupperna. Socialstyrelsen riktar i en stor del av anmälningarna kritik mot det som inträffat samt gör påpekanden om vilka åtgärder som behöver vidtas för att förebygga liknande händelser (67 procent bland personer 65 år och äldre). Det är enbart 5 procent av samtliga händelser som anmäls till HSAN för bedömning om disciplinpåföljd. 12 anmälningar har under perioden 1992-1996 varit så allvarliga att anmälan har överlämnats till allmän åklagare.

I knappt en femtedel av anmälningarna som avser äldre personer har Socialstyrelsen i sin utredning kunnat konstatera att tillfredsställande åtgärder redan vidtagits av huvudmannen.

Tabell 9. Antal personer i Lex Maria-beslut åren 1992-1996, fördelat på beslutstyper* och ålder.

Ålder Antal och procent	Inget påpekande	Tillfredsställande åtgärder vidtagna	Påpekande om förändring	Kritisk skrivning	HSAN	Åklagare	Totalt
0-64 år							
Antal	658	424	640	1026	245	8	3001
Proc.	21,9	14,1	21,3	34,1	8,1	0,1	100
65 - år							
Antal	594	930	1550	1985	185	4	5248
Proc.	11,3	17,7	29,5	37,8	3,5	0,1	100
Samtliga							
Antal	1252	1354	2190	3011	430	12	8249
Proc.	15,1	16,4	26,5	36,5	5,2	0,1	100

*Flera beslutstyper kan förekomma i ett ärende.

Socialstyrelsen gör även en bedömning av risknivån i de inträffade händelserna. Cirka en femtedel av samtliga rapporterade händelser i databasen har bedömts kunna innebära risk för livsfarlig skada, svår bestående invaliditet eller bestående försämringar av livskvaliteten. Den största risknivån har bedömts föreligga inom opererande specialiteter (79 procent) i jämförelse med icke opererande specialiteter (31 procent). Inom allmän hälso- och sjukvård (inkl. kommunal hälso- och sjukvård) har risknivån bedömts som relativt hög (38 procent). I en stor andel av Lex Maria-händelserna (45 procent) har risknivån inte kunnat bedömas.

De personalkategorier som främst är involverade i Lex Maria-händelser är läkare och sjuksköterskor. Vid händelser som berör äldre personer är främst sjuksköterskor och vårdbiträden involverade, därefter kommer läkare och sedan undersköterskor.

3.5.5 Anmälningar från anhöriga

Enligt redovisningen ovan kan ett tillsynsärende hos Socialstyrelsen, utöver vårdgivarens skyldighet att anmäla Lex Maria-händelser, även initieras av enskilda, anhöriga, andra myndigheter m.fl. Anmälningar, klagomål och frågor från allmänheten uppges vara en relativt stor del av Socialstyrelsens tillsynsarbete. Inom vård och omsorg om äldre är det huvudsakligen anhöriga som svarar för anmälningar. Dessa avser ofta brister i vård och behandling samt bristande bemötande.

3.5.6 Exempel på anmälningar och Socialstyrelsens handläggning

Anmälan

Några av Socialstyrelsens tillsynsenheter har överlämnat exempel på tillsynsärenden från främst den kommunala hälso- och sjukvården. Den följande redovisningen av Socialstyrelsens handläggning gäller just dessa exempel och skall således inte uppfattas som en generell redovisning av styrelsens handläggning av tillsynsärenden. Anmälningarna har i exemplen dels initierats av hälso- och sjukvårdspersonal enligt bestämmelserna om skyldighet att rapportera risker och riskbeteenden till Socialstyrelsen (Lex Maria-anmälan), dels av anhöriga.

Exemplen som här redovisas avser anmälningar om brister i anpassning av vård- och omsorgsinsatser till den enskildes behov samt brister i behandlings- och omvårdnadsåtgärder i samband med bl.a. smärta, hud- och sårvård, inkontinens, vätske- samt näringstillförsel och personlig omvårdnad. Vidare gäller anmälningarna bl.a. brist på stimulans och aktivering samt information

och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga. Varje anmälan avser vanligtvis flera olika händelser och företeelser.

En del av exemplen i redovisningen gäller även fysiskt våld och övergrepp i olika former. Händelserna har vanligtvis inträffat i samband med en omvårdnadssituation som t.ex. vid personlig hygien, blöjbyte, vändning och renbäddning. Andra händelser avser inlåsning eller begränsningar för den enskilde genom att han/hon blev fastspänd med lakan i säng, rullstol eller toalettstol.

Utredning

Socialstyrelsen inhämtar, i de redovisade exemplen, för sin utredning journalhandlingar samt yttranden från berörd personal. Anmälan föranleder i flertalet exempel tillsynsbesök och sammanträffanden med vårdpersonal, arbetsledning samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och ansvariga för den kommunala äldreomsorgen. Gemensamma tillsynsbesök med länsstyrelserna genomförs när anmälningarna avsett såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

De frågeställningar som enligt exemplen diskuteras vid tillsynsbesöken avser bl.a. betydelsen av ett fortlöpande och systematiskt kvalitetssäkringsarbete för bedömning av omvårdnaden och om denna uppfyller de krav som kan ställas på god kvalitet. Vidare diskuteras rutiner för dokumentation samt förhållningssätt och vårdideologi. Andra frågor avser vikten av kommunikation med den enskilde/anhöriga och de problem som kan uppkomma om personal inte är lyhörd för enskildas behov och önskningar. Betydelsen av personalens bemötande samt betydelsen av att tillkalla arbetsledare och till honom/henne rapportera händelser som inträffat under arbetspasset är andra exempel som diskuteras vid tillsynsbesöken. Socialstyrelsen informerar vid dessa och liknande sammanträffanden även om gällande allmänna råd och föreskrifter. Som stöd i utredningsarbetet har Socialstyrelsen i några exempel anlitat vetenskapliga råd samt föredragit ärenden i Socialstyrelsens rådgivande nämnd i etiska frågor.

Bedömning och beslut

I de här redovisade exemplen redogör Socialstyrelsen i sin bedömning för sin syn på inträffade händelser samt hänvisar till och

klargör de förutsättningar och krav som följer av gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen ger även råd och anvisningar om vilka förändringar som behöver vidtas för att verksamheten skall tillgodose kravet på en god kvalitet i vården och omsorgen.

De kvalitetsbrister som Socialstyrelsen uppmärksammat och mot vilka styrelsen riktar kritik avser främst följande områden i de här redovisade exemplen. Socialstyrelsen lämnar också åtgärdsförslag för att undanröja brister.

- Individuell anpassning av vård och omsorg till den enskildes behov, individuella och dokumenterade vårdplaner samt bedömning, analys och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Dokumentation i omvårdnadsjournal, med utgångspunkt från den enskildes behov och med beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat som underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna.
- Samverkan med andra personalkategorier och vårdgivare.
- Information, samverkan och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga.
- Rutiner för läkemedelshantering.
- Rutiner för att uppmärksamma våld och kränkande beteende mot de boende.
- Mål för verksamheten samt ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete.
- Organisation och arbetssätt, arbetsledning och medicinsk ledning.
- Personalbemanning, kompetens, attityder och förhållningssätt hos personalen, fortbildning och handledning.
- Gruppsammansättning i boendeenheter med hänsyn till enskildas olika behov och förutsättningar.

De inträffade händelserna har i några av exemplen föranlett att det redan före Socialstyrelsens tillsynsbesök vid boendeenheten påbörjats en översyn av gällande rutiner och arbetssätt.

Åtgärder som här redovisas och som dels avser huvudmannens egna initiativ till förbättringar, dels Socialstyrelsens åtgärdsförslag, har till syfte att komma till rätta med brister samt förebygga liknande händelser. Det förekommer exempel på att stora projekt påbörjats som spänner över hela den kommunala

verksamheten. Utvecklingsarbetet inkluderar frågor om personalutveckling, kompetens, arbetsmiljö och de boendes miljö och vård. Andra åtgärder avser omorganisationer med uppdrag till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan om översyn av hela den kommunala hälso- och sjukvården. Det förekommer även exempel på att regler och rutiner skall utarbetas för hela sjukvårdsverksamheten men även avgränsade rutiner för läkarkontakter, läkemedelshantering och för skriftliga läkarordinationer. Ändrat innehåll i kontaktmannaskapet har också initierats med ökat individuellt personalansvar för varje boende.

Enligt exemplen har händelser där den enskilde av vårdpersonal blivit utsatt för våld och övergrepp som regel polisanmälts. Berörd vårdpersonal har avstängts från sin befattning eller har blivit omplacerad till annat arbete redan före Socialstyrelsens tillsynsbesök.

Socialstyrelsen har i samarbete med några länsstyrelser genomfört en närmare undersökning av förekomsten av övergrepp i särskilda boendeformer (SoS, 1995:4). Styrelsen har även utarbetat allmänna råd om anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:11). I avsnitt 3.6. om tillsyn över kommunernas socialtjänst återkommer jag till tillsynsmyndigheternas arbete med frågor om övergrepp i särskilda boendeformer.

Socialstyrelsens utredningar påvisar att det är vanligt förekommande med brister i dokumentation i såväl patientjournal som i omvårdnadsjournal. Bland annat saknas ofta dokumentation som även innefattar en individuell vårdplan för den enskilde.

I besluten ger Socialstyrelsen sin syn på vilka förändringar som erfordras eller gör bedömningen att redan vidtagna åtgärder är tillräckliga. Det förekommer dock att Socialstyrelsen begär att få en återredovisning av vilka åtgärder som vidtagits med anledning av den framförda kritiken eller att Socialstyrelsen har för avsikt att vidare följa verksamheten. Några exempel föranleder anmälan i fråga om disciplinansvar till HSAN.

I det följande ges exempel på anmälningar från anhöriga. Redogörelsen belyser den enskildes utsatthet samt bristen på information, dialog och samverkan med anhöriga.

En dotters dagboksanteckningar

I en dagbok som skildrar de sista månaderna som hennes far levde har en dotter beskrivit för Socialstyrelsens tillsynsenhet hur brister uppstår och ter sig för anhöriga. (Utdrag publiceras här med tillstånd av dottern).

14 nov. I dag fick jag en lapp med ett meddelande. Ring lasarettet. När jag ringer dit får jag veta att Pappa har halkat och slagit i huvudet på vänster sida. Blödning på hjärnan, läget är kritiskt, nära anhöriga bör samlas... ...Han är djupt medvetslös och sönderslagen i hela ansiktet. Personalen är underbar, tar hand om oss, förklarar och tröstar. Läget är kritiskt men stabilt. En läkare kommer och pratar med oss. De har tagit kontakt med regionsjukhuset som är villiga att operera. Hjärta och lungor är bra. Pappa har tydligen legat ute ganska länge innan han hittades. Är ganska nedkyld så cirkulationen är nedsatt, blödningen är kanske inte så stor. Nu, sent på kvällen får vi veta att operationen är över. Ingen vet hur utgången blir. Hjärnskador?

Den tid som följde efter operationen var orolig för de närstående. Fadern låg i respirator och var medvetslös. *Personalen var underbar, kan inte säga något om utgången.* Efter en veckas intensivvårdsbehandling vid regionsjukhuset flyttades fadern över till intensivvården vid lasarettet i hemkommunen. Efter ytterligare en vecka överflyttades han till en medicinavdelning. *...En av oss syskon hälsar på honom varje dag. Sakta börjar Pappa reagera på våra röster. Vi pratar med honom, sjunger för honom, läser högt för honom. En dag har jag med mig sonen och då tittar Pappa på honom en lång stund och viskar hans namn. Vad glada vi blev. Frågar personalen flera gånger om den fortsatta vården. Ingen vet. Pappa får sjukgymnastik varje dag för att hålla lederna i gång...*

Efter en knapp månad inom den sjukhusanslutna vården anses fadern medicinskt färdigbehandlad. Överflyttning sker till ett sjukhem i kommunen. Händelserna kring flyttningen till sjukhemmet:

...12 dec. Telefonen ringer så fort jag kommer innanför dörren. Klockan är fyra och det är en av mina bröder. Han talar om att någon ringt honom, från sjukhemmet, och talat om att Pappa flyttats dit idag...

...Det är eget boende så han skall ha egna kläder m.m. Jag får ett telefonnummer och ringer upp. Jag är både arg och ledsen.

Varför har ingen tagit kontakt med oss innan Pappa flyttades? När jag får kontakt med sjukhemmet, talar de om att Pappa skall ha egna kläder, underkläder, pyjamas, pengar m.m. Helst idag! Talar om att det klarar jag inte idag. Får lov att återkomma i morgon. Jag var nog inte särskilt trevlig.

Ingen på avdelningen har kontaktat oss i förväg. När jag ringde upp ansvarig i kommunen, kom det fram att avdelningen meddelat kommunen att Pappa var färdigbehandlad den 6 dec. När jag frågade varför han inte kontaktat oss, svarade han:

1. Det är lasarettets skyldighet att informera er.

Kan avdelningen informera oss om hur/var vården i kommunen skall ske?

2. Vi brukar planera tillsammans med vårdtagaren.

Pappa är inte kontaktbar. Hur planerar man vården tillsammans med honom? Det är väl vi barn som skall föra hans talan?...

Dagen efter inflyttningen tar dottern ledigt från arbetet för att införskaffa kläder, pengar m.m. som fadern behöver i sitt boende. ...*När jag kommer till sjukhemmet ligger Pappa i en säng i ett litet, litet rum. Det är så litet att det knappt går att vända sig. Han tittar på mig utan att se, jag får ingen kontakt.* ...Syskonen har inte fått någon information och har frågor kring hur det fungerar i ett särskilt boende. ...*Vi har massor av frågor. Hur fungerar det på avdelningen? Vilka tider för mat? Kan vi komma och hälsa på när vi vill? Vad väntar sig personalen av oss? Vad kan vi förvänta oss av personalen? Vad kommer det att kosta? Får han någon behandling/träning? Hur gör vi med hans tidigare bostad? VARFÖR HAR INGEN TAGIT KONTAKT MED OSS OCH PRATAT IGENOM DEN HÄR SITUATIONEN? Vi har aldrig varit i kontakt med äldreomsorgen tidigare och har massor med frågor...*

Dottern beskriver bristen på inlevelse hos personalen och bristen på intresse för faderns tidigare liv. ...*Hälsar på Pappa flera gånger. En dag kommer jag när han skall äta middag. De matar honom och ger honom lättöl. Han låter ölet rinna nedför hakan, det syns att han inte tycker om det. Talar om för personalen att Pappa aldrig druckit öl i hela sitt liv. Varför inte ta reda på sådant? Personalen undrar om jag kan köpa joggingbyxor till Pappa, det är lättare att ta på sådana. Aldrig i livet. Han har aldrig använt sådana byxor och skall inte ha det nu heller. Jag känner mig ledsen. Är Pappa bara ett kolli? Som skall dricka öl*

och ha joggingbyxor. Ingen frågar efter hur han hade det innan olyckan. Hur han levde, vad han tyckte/inte tyckte om...

Vid ett tillfälle då fadern fick hög feber ringde sjuksköterskan för att fråga vad de skulle göra. Fadern hade inte fått i sig vätska på 14 timmar. ... *Jag trodde inte att jag hörde rätt. Hon frågade mig. Jag fick veta att det är vi anhöriga som skall bestämma om någon behandling skall sättas in. Det har ingen talat om för oss. Det här klarar jag inte.* ...Genom agerande från annan dotter (sjuksköterska) fick fadern vätska och penicillin i form av dropp. Efter några dagar förbättrades hans tillstånd. En vecka senare meddelade systern efter besök i boendet att: ... *När hon kom dit låg en annan "gubbe" i Pappas säng. Pappa hade blivit flyttad till en sal med fyra patienter. Ingen hade meddelat oss...*

Dottern beskriver integritetskränkande situationer vid tillfällen när hon tillsammans med barnbarnen besöker sin far: ... *När vi kom in i salen med fyra sängar, så är det första vi ser en säng med en naken man, som personalen sköter om. Helt öppet, ingen skärm framför. Har patienterna inget människovärde, ingen integritet? Får det vara så här?* Tre veckor senare upprepades samma händelse. ... *När jag kom hem skrev jag ett argt brev till ansvariga med följande frågor: Har människor som är långtidssjuka ingen rätt till integritet? Är det inte människor med ett värde längre? Skulle Du vilja bli torkad i stjärten helt öppet inför boende och besökare? Är detta eget boende? Har personalen tappat respekten för människan? Jag skickade aldrig brevet.*

Dottern beskriver i sin dagbok problemet med att fadern inte hör och att hans hörapparat som gick sönder vid olyckan ännu inte var lagad. Till slut lyckades dottern ordna att hörselvårdsassistenten besökte fadern på sjukhemmet i stället för att han skulle behöva åka flera mil till hörcentralen vilket var personalens förslag till åtgärd.

Så skulle lokalerna repareras och de boende flyttades till en annan särskild boendeform. Fadern ansågs för dålig för att kunna flytta med. Han fick i stället komma till en rehabiliteringsavdelning. Syskonen fick meddelande om att ett rum fanns ledigt i ett annat boende. De åkte och tittade på detta och pratade med personalen. De kände sig nöjda med den planerade lösningen. Flyttningen skulle ske dagen efter. ...*Min syster har just ringt. Jag vet inte om jag skall skratta eller gråta. Det känns som luften*

har gått ur mig. Ansvarig sjuksköterska har ringt och meddelat att det rum som Pappa skulle få, det var inte alls ledigt. Det skulle användas för "vård i livets slutskede". Och dit räknades inte Pappa, inte än.

Fadern fick därefter flytta till det ställe dit övriga boende redan flyttat. *...Våren och sommaren var mycket bra för Pappa. Han fick vara ute mycket och höra välkända ljud från gården intill. Han började prata med oss, kände igen oss och personalen var överraskad över hans framsteg. Vi tog hem honom till hans tidigare bostad men det var som om han inte brydde sig. Han visade inte att han kände igen någonting.*

Kontakten med personalen känns inte bra. Kontaktpersonen hör aldrig av sig. Vi blev inte bjudna till midsommarfesten och får fråga om det mesta. ...

Dottern beskriver därefter den bristande information som lämnades i samband med återflyttningen efter reparationen av det särskilda boendet. Fadern får nu eget rum och syskonen ställer i ordning rummet med egna möbler, textilier, krukväxter och tavlor för att skapa en så hemtrevlig miljö som möjligt.

I mitten av december upptäcker dottern att fadern inte har sin hörapparat på sig. Det visar sig att den är trasig och ligger undanstoppad i en låda. Personalen lovar efter påstötning att kontakta hörselvårdsassistenten för att få apparaten lagad.

På julafton besöker syskonen fadern. *...Vi barn har hälsat på Pappa idag. Haft med oss blommor och kaffe. Pappa verkar trött. Det går inte att prata med honom. Hörapparaten ej lagad.*

20 jan. Pappa fyllde år idag. Vi var där och fikade, åt semlor. Hörapparaten lagad efter nyår men Pappa är sämre, verkar inte bry sig om någonting. Han tittar på oss men säger ingenting.

10 feb. När jag kom hem sa barnen att de ringt från boendet att toalettpapperet är slut! Ska jag köpa toalettpapper och åka med det till dem? Tänk om jag bott i Malmö!

25 feb. Pappa avled idag.

3.6 Tillsyn över socialtjänsten

3.6.1 Inledning

I socialtjänstlagen (SoL) regleras dels de tillsynsuppgifter som åvilar den nationella nivån, dels länsstyrelsernas tillsyn och uppgifter. Socialstyrelsen har enligt 67 § SoL att utöva tillsyn över socialtjänsten i riket. Styrelsen skall följa och utveckla socialtjänsten. Till ledning för tillämpning av bestämmelsen utfärdar Socialstyrelsen allmänna råd.

Länsstyrelserna har enligt 68 § SoL inom länet att följa socialnämndernas/motsvarande nämnders tillämpning av denna lag. Länsstyrelserna skall informera och ge råd till allmänheten och biträda socialnämnderna/motsvarande nämnder med råd i deras verksamhet. Länsstyrelserna skall också främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan samt i övrigt se till att nämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Jag har tidigare redovisat att det för socialtjänsten saknas en samlad systematisk dokumentation om omfattning av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre personer. Det är inte ur databaser möjligt att inhämta uppgifter om t.ex. antal anmälningar om bristande bemötande och kvalitetsbrister i omsorgen om äldre på motsvarande sätt som redovisats för verksamhet inom hälso- och sjukvården. I stället redogör jag i det följande för några utvecklingstendenser som framkommer i tillsynsmyndigheternas uppföljning och verksamhetstillsyn.

3.6.2 Socialstyrelsens tillsyn och uppföljning

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att under en femårsperiod följa och utvärdera Ädelreformen med hänsyn till dess innehåll, kvalitet, genomförande och kostnader. Uppdraget har avrapporterats årligen. Bland annat framkommer följande i Socialstyrelsens slutrapportering.

Socialstyrelsens sammantagna bedömning av effekterna av Ädelreformen

Socialstyrelsen konstaterar i sin slutrapport om Ädelutvärderingen (SoS 1996:2) bl.a. att antalet medicinskt färdigbehandlade sedan år 1992 har minskat drastiskt både inom somatisk akutsjukvård och geriatrik. Minskningen av antalet platser inom såväl akutsjukvården som geriatriken samt de förkortade vårdtiderna utgör de tydligaste effekterna av Ädelreformen.

Som konsekvens av utvecklingen inom akutsjukvården ställs ökande krav på primärvård och kommunal äldreomsorg bl.a. på kommunernas insatser inom de särskilda boendeformerna. Framförallt har vården av personer med demens blivit en växande uppgift liksom även omhändertagandet av personer i livets slutskede. Sjukhemmen har kommit att få ta hand om den växande andelen mycket gamla och svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov.

Utvecklingen inom äldreomsorgen måste, enligt Socialstyrelsens bedömning, förstås mot bakgrund av den snabba omstrukturering av vård- och omsorgssystemet som skett under 1990-talet. Sjukvårdsbehovet i kommunernas vård och omsorg har ökat efter Ädel, blivit mer differentierat och komplext samt förändras snabbt över tid. Långt ifrån alla kommuner har enligt Socialstyrelsen förmått möta denna utveckling med erforderlig kompetent personal samt ändamålsenlig organisation.

Brister i de medicinska insatserna, brist på hjälpmedel och rehabilitering

Socialstyrelsen pekar på problem som rör de medicinska insatserna inom äldreomsorgen, speciellt inom de särskilda boendeformerna. Brister avser bl.a. vårdplanering, hjälpmedelsinsatser, uppföljning och omprövning av medicinordinationer samt smärtlindring, t.ex. i livets slutskede. Brist på läkarinsatser i kommunernas äldreomsorg är ett annat problem som uppmärksammats. Läkarens roll, ansvar och funktion är mer perifer i äldrevården, vilket innebär en försämrad medicinsk kvalitet, trots att läkarens ansvar visavi den enskilde är oförändrat efter Ädel. Den sammantagna vårdkvaliteten – oberoende av boende eller vårdform – når enligt Socialstyrelsens bedömning inte upp till en tillfredsställande nivå.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att många av dem som bor i särskilda boendeformer har en ganska innehållslös vardag och sällan får hjälp att komma ut. Den enskildes behov av och möjligheter till rehabilitering uppmärksammas inte tillräckligt. Samtidigt har Ädelreformen inneburit en positiv utveckling genom tillkomsten av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), som påtagligt förstärkt medvetenheten om medicinska kvalitetskrav i kommunernas verksamhet.

Vård i livets slutskede

Socialstyrelsen konstaterar att vård av människor i livets slutskede har flyttats ut från sjukhuset till det särskilda boendet eller till den egna bostaden, vilket var en effekt att vänta av Ädelreformen. Styrelsen anser inte att det finns underlag för en bedömning om vården i livets slutskede blivit bättre eller sämre efter Ädelreformen. De problem som skapar irritation i vården är, enligt Socialstyrelsens bedömning, att långt ifrån alla kommuner har de kunskaper och de resurser som krävs för att ge ett gott omhändertagande i livets slutskede.

Informationsöverföring och samordnad vårdplanering

I Ädelutvärderingen uppmärksammades även de problem och svårigheter som följer av brister i informationsöverföring och i samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare. Mot denna bakgrund utfärdade Socialstyrelsen i slutet av år 1996 föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32). Enligt de allmänna råden bör en samordnad vårdplanering inledas så fort underlag föreligger om att patienten efter utskrivningen behöver sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Den samordnade vårdplaneringen syftar till att skapa förutsättningar för att det kommande överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som möjligt och så att den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

Hemsjukvård

Studier har genomförts avseende för- och nackdelar med en kommunaliserad hemsjukvård (SoS, Ädelutvärderingen 1993:11, 1995:7, 1996:2, stencil 1994). Enligt rapporterna finns omständigheter som talar för ett sammanhållet huvudmannaskap för hemsjukvården. Som skäl anförs bl.a. att kontinuiteten och samverkansstrukturen är bättre vid ett sammanhållet huvudmannaskap. En annan slutsats är att ett delat huvudmannaskap tenderar att ge negativa konsekvenser för kommunerna i form av ökade kostnader och bristande möjlighet att påverka vilka hemsjukvårdsinsatser som ges. För den enskilde kan det delade huvudmannaskapet innebära bristande samplanering av sociala och medicinska insatser, oklara ansvarsförhållanden samt frånvaro av helhetssyn.

Av studierna framkommer vissa generella problem vilka inte kan relateras till huvudmannaskapet, bl.a. brister i rehabilitering i den ordinarie bostaden samt primärvårdsläkarens oklara roll i hemsjukvården och den individuella vårdplaneringen. Andra generella problem som framkommer gäller att utvecklingen är eftersatt med avseende på mål, kvalitetsutveckling, kvalitetssäkring och brukarstudier. Dessutom anförs att det föreligger bristande samverkan vid planering på en övergripande nivå.

Hemtjänst

Utvecklingen inom hemtjänsten fortsätter enligt Ädelutvärderingen att följa den tendens som började märkas redan på 1980-talet, dvs. allt färre får hjälp och hjälpinsatserna koncentreras till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Socialstyrelsen framhåller att utvecklingen av hemtjänsten sedan mitten av 1980-talet huvudsakligen gått från att avse sociala serviceinsatser, som t.ex. städning och matlagning, till att i allt större utsträckning omfatta insatser som rör personlig omvårdnad. Insatserna ges överlag, om man jämför utvecklingen i olika kommuner, mer koncentrerat till ett mindre antal personer, men i större omfattning till var och en.

Studier som underlag för bedömning och ställningstaganden

I Ädelutvärderingen har ett flertal studier genomförts på lokal och nationell nivå som underlag för Socialstyrelsens bedömning och

ställningstaganden i de årliga rapporterna. Dessa studier finns redovisade i en rad underlagsrapporter och behandlar bl.a. hjälpmedelsförsörjning, rehabilitering, vårdplanering, akutsjukvård, geriatrik och sjukhem efter Ädel, den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll och funktion, läkarrollen efter Ädel samt kartläggning av dagverksamheter.

Utvecklingen inom kommunernas omsorg om äldre

Enligt Socialstyrelsens studier om utvecklingen inom kommunernas omsorg om äldre har, i jämförelse med tidigare år, antalet personer med hemtjänst fortsatt att minska även under tidsperioden 1988-1995 (SoS, 1996:23). Mellan enskilda kommuner finns enligt Socialstyrelsen stora skillnader i andel äldre som har hemtjänst och/eller bor i särskilt boende. Dessa skillnader tenderar dock att minska under perioden när det gäller särskilda boendeformer, men inte när det gäller hemtjänst. Servicenivån i äldreomsorgen är något högre i norra Sverige, både för hemtjänst och särskilda boendeformer. Utvecklingen under tidsperioden 1988-1995 har emellertid varit likartad för olika regioner och för olika kommuntyper. Enligt Socialstyrelsens bedömning visar analyserna, av den kommunala variationen, att sannolikheten för att en kommun skall ha en stor andel äldre med hemtjänst ökar om kommunen har en stor andel arbetare i befolkningen och en hög sjuklighet bland äldre (SoS, 1996:23 s.12).

Enligt en kompletterande studie som genomfördes i nio kommuner erfordras enligt Socialstyrelsen bl.a.uppsökande verksamhet gentemot resurssvaga äldre som riskerar att hamna utanför en efterfrågebaserad äldreomsorg. Det behövs även en nära samverkan med akutsjukvården och med distriktssköterskor för att upptäcka och följa upp hjälpbehov. Dessutom behövs aktivt erbjudande om avgiftsprövning för ekonomiskt svaga pensionärer samt stöd till den enskildes sociala nätverk.

Avgifter

Socialstyrelsen har sedan nya regler om avgifter i kommunernas äldre- och handikappomsorg infördes år 1993, vid två tillfällen följt upp de förändringar som skett i kommunerna. I den uppföljning som genomfördes år 1996 (SoS, 1996:6) framkommer att

avgifterna blivit mer svåröverskådliga både för äldre själva och för tjänstemän och politiker. Uppföljningen visar att ingen av de undersökta kommunerna hade samma avgifter som någon annan kommun. Analysen visar vidare att var tredje kommun saknar regler för hur jämkning av avgiften skall ske. Det är ofta den enskilde själv som måste initiera utredning om avgiftsjämkning. Det blir också vanligare att en del insatser lyfts ut ur hemtjänsttaxan och åläggs en särskild kostnad, t.ex. städning, fönsterputs, larm, matdistribution m.m.

3.6.3 Länsstyrelsernas tillsyn

Samlade årsrapporter för socialtjänsten

Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna i den s.k. SLUG-gruppen, Socialstyrelsens och länsstyrelsernas utvecklingsgrupp, utarbetat en gemensam disposition för årsrapporter över socialtjänsten. Avsikten är att årsrapporterna skall belysa de områden som anges i regeringens regleringsbrev till länsstyrelserna samt uppmärksamma statsmakterna på speciella problem. Årsrapporterna skall enligt regleringsbrevet innehålla länsstyrelsernas samlade bedömning av tillståndet i länen och bygga på de uppgifter som inhämtats via tillsyn eller annan information. Årsrapporten skall också utgöra ett viktigt medel för kunskapsåterföring till och för dialog med länets kommuner. Genom årsrapporterna ges Socialstyrelsen möjlighet att göra en samlad bedömning på nationell nivå. Socialstyrelsen har för år 1995 sammanställt länsstyrelsernas årsrapporter (Nationell tillsyn, Socialtjänst, 1996,1) Sammanställning av länsstyrelsernas årsrapporter för år 1996 beräknas vara klar i maj 1997. I det följande redogör jag därför för länsstyrelsernas samlade bedömning av omsorgen om äldre år 1995 samt för vissa planerade/pågående/genomförda uppföljningar, utvärderingar samt verksamhetstillsyn.

Enligt regleringsbrev för länsstyrelsernas verksamhet 1995/96 skall länsstyrelserna bedriva tillsyn och kunskapsförmedling inom socialtjänsten. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot utvecklingen av insatser till de mest utsatta grupperna som t.ex. personer med demens. Även i regleringsbrev för år 1996/97 skall upp-

märksamhet riktas mot äldre personer med omfattande behov av tillsyn, omsorg och vård.

Länsstyrelserna skall även verka för en hög rättssäkerhet för den enskilde och minskad risk för godtycklig behandling.

Vidare skall länsstyrelserna i sin tillsyn av kommunernas verksamhet särskilt uppmärksamma problem avseende bl.a. bemötande inom socialtjänsten av äldre och personer med funktionshinder. Länsstyrelserna skall även inom ramen för sin tillsyn inom det sociala området prioritera arbetet med att verka för att kvalitetssäkringsarbete och egenkontroll bedrivs inom kommunernas socialtjänst. Länsstyrelserna skall dessutom redovisa och bedöma sina insatser avseende bl.a. tillsyn av kommunernas verksamhet inom det sociala området och då särskilt situationen för äldre och personer med funktionshinder.

Länsstyrelsernas tillsyn och redovisade brister

Enligt årsrapporten för år 1995 har flertalet länsstyrelser i den planerade verksamhetstillsynen granskat rättssäkerheten i vård och omsorg om äldre. Andra tillsynsområden har bl.a. avsett avgifter och kvalitetsaspekter i särskilda boendeformer, särskilt boende för personer med demens, våld mot äldre samt verksamheten vid enskilda vårdhem.

Flera länsstyrelser genomförde dessutom en mer genomgripande verksamhetstillsyn i en eller flera kommuner, i vissa fall i samarbete med Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Vid dessa tillfällen genomfördes granskningar av hela eller delar av äldreomsorgen.

Utmärkande för samtliga län är att antalet klagomål och individuella tillsynsärenden är litet bland äldre personer. Det är även få överklagningar av biståndsbeslut inom omsorg om äldre i förhållande till andra verksamheter inom socialtjänsten.

Klagomål och individuell tillsyn har framförallt avsett avgifter/jämkning av avgifter, färdtjänst, frågor om personalbemanning, den enskildes integritet i bostaden och kontinuitet i verksamheten. De har även avsett brister i omsorg och omvårdnad bl.a. av de äldsta och mest vårdkrävande samt bristande samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

De mest framträdande bristerna som länsstyrelserna redovisat gäller rättssäkerheten i handläggning och dokumentation. Hand-

läggarna har dels inte tillräckliga kunskaper om gällande lagstiftning eller dess tillämpning, dels inte tillräckliga kunskaper i utredningsmetodik. De brister som rapporterats gäller bl.a. ofullständiga biståndsutredningar där uppgifter saknas om vilken typ av bistånd den enskilde ansökt om, vilket behov som ligger till grund för ansökan samt att det saknas en angiven laglig beslutsgrund för biståndet. Andra brister som rapporteras gäller underlåtelser att kommunicera innehållet i utredning samt avslag om ansökt bistånd. Vid avslag som grundar sig på kommunala riktlinjer förekommer att den enskilde inte informeras om rätten till individuell prövning enligt 6 § SoL och att en sådan prövning inte sker. Brister förekommer även i information om rätten att överklaga biståndsbeslut.

En annan över landet återkommande brist gäller handläggning av biståndsansökningar till särskilda boendeformer. Det framhålls att verkställighet av biståndsbeslut inte sker inom rimlig tid.

Länsstyrelsernas bedömning av tendenser och utveckling

Länsstyrelserna bedömer att de ekonomiska förutsättningarna för omsorgen om äldre varierar över landet. I en del kommuner prioriteras äldreomsorgen framför andra verksamheter, i andra kommuner ställs mycket hårda rationaliseringskrav på verksamheten.

Länsstyrelserna betonar att stora satsningar sker i kommunerna för att höja kvaliteten i de särskilda boendeformerna och då främst beträffande gruppbostäder för personer med demens. Enligt länsstyrelsernas bedömning råder generellt stor brist på särskilda boendeformer. Bland annat påtalar länsstyrelserna att den enskilde inte har valfrihet vad gäller val av boendeform eller dess geografiska placering. En annan konsekvens är att äldre personer i avvaktan på ett särskilt boende hänvisas till korttidsplatser och avlastningsplatser. Dessa stödformer skall främst syfta till att avlösa anhöriga i vården och omsorgen av närstående. Genom att avlastningsplatserna upptas av personer som väntar på särskilt boende blir insatsen inte tillgänglig som avlösning.

Från en del kommuner rapporteras svårigheter med att anpassa personalbemanningen efter de ofta varierande vård- och omsorgsbehoven i de särskilda boendeformerna. Länsstyrelserna redovisar vidare att det i kommunerna pågår omfattande utvecklings- och

förändringsarbete. Särskilt satsar kommunerna på kompetensutveckling för olika personalgrupper.

Besparingarna inom omsorgen om äldre, tillsammans med det ökade antalet äldre (80 år och äldre) har resulterat i en tendens till förändrad hemtjänst. De förändringar som kan skönjas enligt länsstyrelserna gäller både verksamhetens innehåll, omfattning, organisation och t.ex. prioritering av de allra äldsta med de största omsorgsbehoven. Äldreomsorgens verksamheter delas upp på myndighetsutövning och utförande av vård- och omsorgsinsatser. En tendens som länsstyrelserna observerat är att det förekommer glidande gränser mellan vad som bedöms som service och vad som ingår i biståndsbedömd omsorg. Förekomsten av skilda avgifter för service- och omvårdnadsinsatser förefaller bli allt vanligare.

En ytterligare tendens som redovisats i årsrapporterna är att neddragningarna i äldreomsorgen främst berör kvinnor. De får mindre insatser än tidigare. Kvinnor som vårdar sin make eller annan anhörig erhåller insatser i betydligt mindre omfattning än förut.

3.6.4 Genomförd/pågående/planerad verksamhetstillsyn

Studie om kvaliteten i boendeformer för personer med demens

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har under år 1996 följt upp kvaliteten i olika boendeformer för personer med demens (SoS, Ädelutvärderingen 1996:8). Resultaten visar bl.a. att kommunerna överlag har hög ambitionsnivå beträffande vården och omsorgen av personer med demens, något som dock inte alltid återspeglas i resurser, kompetens och organisation enligt länsstyrelsernas bedömning. En återkommande brist är att åtskilliga kommuner inte har en systematisk planering och att personalen sällan är informerad om vilken policy kommunen har för vården och omsorgen om personer med demens. Vissa skillnader tydliggörs mellan de boendeformer som är planerade för personer med demens (vanligtvis gruppboenden) och de som inte uteslutande är

det (t.ex. ålderdomshem) men där det bor många personer med demens. Den största skillnaden gäller att personalen i de planerade enheterna har bättre kunskap om demens och demensvård än vad som gäller i övriga enheter. Tillsynsmyndigheterna framhåller att studien visar på vissa problem som i rapporten presenteras i form av kvalitetskriterier för demensvården.

Studie om övergrepp mot äldre i särskilda boendeformer

Jag har tidigare nämnt undersökningen om övergrepp mot äldre i särskilda boendeformer. I nuvarande lagstiftning finns i princip ingen skyldighet att anmäla övergrepp mot vuxna människor till socialnämnden eller till motsvarande nämnd. Detta gäller också övergrepp som begås mot personer som får vård eller annat stöd från socialtjänsten i den ordinarie bostaden eller från anhöriga för att klara sitt dagliga liv.

Socialstyrelsen har utarbetat allmänna råd (SOSFS 1996:11) avseende anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården. De allmänna råden gäller dock inte händelser som inom den kommunala hälso- och sjukvården faller under Lex Maria. Enligt råden är det viktigt att personal, som arbetar inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen, får tydliga direktiv av arbetsgivaren om vad som gäller när de blir vittnen till eller misstänker att någon utsatts för övergrepp, försummelse eller bristande omvårdnad. De allmänna råden innehåller rekommendationer om rutiner för att i kommunerna göra det möjligt att uppmärksamma och förebygga övergrepp. Kommunerna rekommenderas även att årligen lämna en redovisning till vederbörande länsstyrelse över de anmälningar som kommit in om övergrepp som begåtts av personal och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningarna.

Bland annat länsstyrelsen i Örebro län har under år 1996 genomfört en uppföljning av hur råden mottagits i kommunerna samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dem. Enligt länsstyrelsens sammanfattande bedömning har det i vissa kommuner inte fungerat tillfredsställande med den information om de allmänna råden som lämnats till berörd vårdpersonal och arbetsledning. I de flesta kommuner pågår dock arbete med att utforma

rutiner för anmälan. Endast en kommun i Örebro län har utarbetade rutiner i enlighet med de allmänna rådens intentioner.

Övriga studier

Andra uppföljningar och undersökningar som genomförts av vissa länsstyrelser avser bl.a. vilka insatser som beviljats till äldre personer medan de väntar på att flytta till en särskild boendeform samt brukarundersökningar om äldres upplevelse av kvalitet och innehåll i omsorgen.

I samarbete mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna planeras en rikstäckande studie om skillnader i kommunernas biståndspolicy i fråga om s.k. serviceinsatser.

3.7 Diskussion

3.7.1 Dokumentation av kvalitetsbrister

Jag har tidigare redogjort för de myndigheter och andra instanser inom hälso- och sjukvården som har att handlägga klagomål och synpunkter från enskilda och anhöriga. Min redogörelse omfattar även hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att rapportera risker och riskhändelser till Socialstyrelsen. Som jag framhållit saknas inom socialtjänsten motsvarande systematiska information om klagomål och anmälningar från enskilda och anhöriga. De tidigare redovisningarna tydliggör de skilda förutsättningar som följer av de olika bestämmelser som gäller inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten för bl.a. skyldighet att rapportera risker och riskbeteenden som ett viktigt led i förebyggande arbete och för kvalitetssäkring. När det gäller hälso- och sjukvård finns även fler möjligheter att till oberoende instanser framföra klagomål och få hjälp att åtgärda brister samt missförhållanden. Dessutom kan ansvarsfrågan prövas när det gäller legitimerad personal och under vissa omständigheter leda till disciplinpåföljd. Ersättning kan även erhållas för de personskador som uppkommer i vården.

Kommuner och landsting har en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *förtroendenämndsverksamhet* för den hälso- och sjukvård som de bedriver. Nämnderna är en från vården fristående instans och har till uppgift är att stödja och hjälpa enskilda och/eller anhöriga i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är den statliga myndighet som har till uppgift att pröva frågor om bl.a. disciplinpåföljder för personal inom hälso- och sjukvården. HSAN grundar sina bedömningar på de bestämmelser som finns i bl.a. åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Nämnden utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning eller erinran, av vilka varning är den allvarligaste. En förutsättning för disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt.

En särskild *Patientförsäkring* tillskapades år 1975 mot bakgrund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen. Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag med bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Den tidigare gällande s.k. Lex Maria-förordningen med bestämmelser om personalens anmälningsskyldighet har tillförts 5 § tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. *Lex Maria-anmälningar* är sedan länge en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i *Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB)* i Örebro.

Sedan början av 1990-talet systematiserar HSAN, Socialstyrelsens RiskDataBas och förtroendenämnden i Stockholms läns landsting uppgifter om inkomna anmälningar. Genom patientskadeförsäkringens databas har det från mitten av 1970-talet varit möjligt att följa utvecklingen av skador och skadeeffekter inom vården. De olika instansernas uppgifter och erfarenheter om skador, riskbeteenden samt klagomål från enskilda och anhöriga är numera relativt omfattande. Genom att information registrerats sedan några år är det dessutom möjligt att följa utvecklingen över tid samt att göra analyser av tendenser och trender. Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting och HSAN har vardera ett material som omfattar cirka 10 000 anmälningar. RiskDataBasen innehåller uppgifter om mer än 6000 utredda och beslutade Lex Maria-händelser. Patientförsäkringen förfogar över information om närmare 100 000 anmälningar om personskador i vården.

I föreliggande kartläggningsarbete har det av tidsskäl inte varit möjligt att genomföra djupgående analyser av hela detta kunskapsmaterial. Redovisningen har koncentrerats till en översiktlig beskrivning av förhållanden som avser äldre personer. Jag finner det betydelsefullt att bl.a. genom dessa kunskapskällor kontinuerligt följa hur kvaliteten utvecklas inom vård och omsorg om äldre. Dessutom är det angeläget att i olika projekt- och forsknings-

arbeten närmare analysera skador, skadeeffekter, riskhändelser och klagomål som berör äldre. Flertalet här redovisade instanser återför sina kunskaper och erfarenheter till vården som ett viktigt led i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det saknas i flera avseenden uppgifter om hur kunskaperna och erfarenheterna tas tillvara och används lokalt i kommuner och landsting.

Förutom den dokumentation som finns att tillgå på nationell nivå och även hos förtroendenämnderna pågår i kommuner och landsting arbete med att ta fram metoder för utveckling och säkring av kvalitet, för uppföljning samt för utvärdering. Kommuner och landsting är även skyldiga, inom den hälso- och sjukvård som de bedriver, att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Vårdgivaren är skyldig, som en del av det egna kvalitetssäkringssystemet, att ha rutiner för lokal avvikelserapportering av olyckor, incidenter, tillbud m.m. i verksamheten. Det finns därför anledning att anta att det i kommuner och landsting successivt kommer att finnas en samlad dokumentation av kvalitetsbrister i vården och omsorgen.

3.7.2 Få synpunkter och klagomål förs vidare

Antalet anmälningar som inkommer till förtroendenämnderna, HSAN och tillsynsmyndigheterna är sannolikt lågt i förhållande till det verkliga antalet misstag, felbehandlingar och synpunkter som kan finnas inom vård och omsorg. Detta påpekas även i internationella analyser.

Även i jämförelse med äldres vårdutnyttjande och antalet kontakter som äldre personer och deras närstående har med vård och omsorg är det få klagomål som anmäls till myndigheter och andra berörda instanser. Enligt Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, var det drygt 1,6 milj. vårdtillfällen som genomfördes inom sjukvården år 1995, varav drygt 40 procent avsåg personer 65 år och äldre. Äldre personer nyttjade drygt hälften (56 procent) av sjukvårdens samtliga drygt 14 milj. vårddagar under året. Av sjukvårdens samtliga patienter var 38 procent äldre personer. Inom kommunernas verksamhet fick år 1995 cirka 290 000 äldre och personer med funktionshinder vård, omsorg och service an-

tingen i form av hemtjänst i den ordinarie bostaden eller i en särskild boendeform.

Det finns därför anledning att anta att många som upplever sig ha blivit dåligt bemötta eller blivit utsatta för felbehandlingar och riskhändelser i vård och omsorg inte bryr sig om, inte orkar eller inte vågar föra fram sina klagomål och kritiska synpunkter under pågående behandling eller under ett långvarigt omvårdnadsberoende.

Ett annat skäl till varför antalet anmälningar till tillsynsmyndigheterna och andra instanser är lågt kan vara att merparten av klagomål och synpunkter förmedlas direkt till de olika vårdgivarna. För många löser vårdgivaren de problem som uppkommit på ett smidigt och enkelt sätt. Det är dock troligt att det förekommer stora variationer både inom och mellan kommuner och landsting med avseende på vilka rutiner och med vilken systematik som klagomål tas emot och åtgärdas. Jag anser därför att det är en angelägen uppgift att stimulera till fortsatt utveckling av adekvata system och rutiner för handläggning av synpunkter och klagomål. Lyhördheten och öppenheten för klagomål och kritiska synpunkter inom vård och omsorg om äldre måste bli större.

Behov av förändring och utveckling

Det är viktigt att det redan påbörjade arbetet med att sammanställa statistik från landets förtroendenämnder fortsätter. Det är i nationellt perspektiv betydelsefullt att kunna göra jämförelser och följa utvecklingstendenser beträffande de synpunkter som finns hos allmänheten.

Jag har också kunnat konstatera att de olika myndigheterna och instanserna systematiserar sin information i databaserna på olika sätt och från olika utgångspunkter. Det är självfallet önskvärt att informationen, så långt som möjligt, systematiseras på ett likartat sätt. Inte minst är det viktigt att bättre kunna följa utvecklingen av kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om de äldsta åldersgrupperna, dvs. personer över 80 år med de allra största vård- och omsorgsbehoven. Det är inte möjligt att utan omfattande bearbetningar inhämta information från alla databaser om den kommunala hälso- och sjukvården. Det är ett område som behöver förbättras liksom även möjligheterna att kunna följa utvecklingen inom socialtjänstens område.

Det är ett välkänt faktum att allt fler äldre med stora vård- och omsorgsbehov får sina behov tillgodosedda genom hemtjänst och hemsjukvård. Hemtjänstens insatser koncentreras alltmer till de allra äldsta och mest hjälpbehövande samt omfattar till stora delar omvårdnadsinsatser. Redovisningen i det föregående påvisar att anmälningar är vanligare inom akutsjukvården, främst inom de specialiteter som upplevs som "dramatiska", dvs. inom opererande specialiteter. Vanliga är även Lex Maria-anmälningar som rör kommunernas särskilda boendeformer. Det är färre anmälningar som berör händelser som inträffar vid insatser i den ordinarie bostaden. Länsstyrelserna har rapporterat om få tillsynsärenden och klagomål inom omsorg om äldre. En angelägen uppgift är att finna former för att även inom vård och omsorg i den ordinarie bostaden stimulera till metoder för att systematiskt hantera klagomål och synpunkter samt dra nytta av erfarenheterna i förebyggande arbete.

3.7.3 Omfattning av anmälningar som berör äldre personer

Äldres andel av samtliga anmälningar

Genomgående är antalet anmälningar som berör äldre personer lägre jämfört med anmälningar från yngre personer hos de instanser som tar emot synpunkter och klagomål direkt från enskilda och/eller anhöriga. Samtidigt konstaterar flertalet instanser att anmälningar som berör äldre personer är mer komplexa till sitt innehåll. Det är inte heller ovanligt att anmälningar som berör äldre personer inkommer först efter det att personen avlidit.

Majoriteten av anmälningarna gäller de yngre åldersgrupperna. Den lägre anmälningsbenägenheten hos äldre har flera orsaker, bl.a. är äldre generellt sett mindre kritiska än yngre personer till samhällets stöd- och hjälpinsatser. Andra orsaker kan vara att äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg har svårt att föra sin egen talan p.g.a. sjukdom och funktionshinder. Samtidigt väljer anhöriga att inte framföra klagomål och kritiska synpunkter av rädsla för att det kan föranleda än sämre förhållanden för deras närstående. Antalet anmälningar som berör äldre

personer har dock ökat under den tidsperiod som anmälningar registrerats i databaser hos HSAN och förtroendenämnden i Stockholms läns landsting.

Det är en betydligt större andel äldre personer som är berörda av Lex Maria-anmälningar vilket framgår av tabell 10.

Tabell 10. Inkomna anmälningar till myndigheter och andra instanser åren 1993-1996 respektive 1975-1995, fördelat på ålder.

Inkomna anmälningar	Antal 0-64	Proc. 0-64	Antal 65-	Proc. 65-	Totalt Antal	Totalt Proc.
Förtroendenämnden i Sthlm 1993-1996	7603	74	2642	26	10 245	100
HSAN 1993-1996	8046	83	1657	17	9703	100
Riskdatabasen 1993-1996 (Lex Maria)	1926	36	3473	64	5399	100
Patientskadeförsäkringen 1975-1995*	53 321	60	35 650	40	88 971	100

* På grund av omläggningar i försäkringens databas är det inte (mars 1997) möjligt att ta fram statistik som är jämförbar med de andra instanserna som här redovisas.

Drygt en fjärdedel av samtliga inkomna anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har under tidsperioden 1993 t.o.m. 1996 berört äldre personer. Motsvarande andel hos HSAN var knappt en femtedel. Av samtliga från år 1975 inkomna anmälningar till Patientskadeförsäkringen har 40 procent avsett äldre personer. Däremot berör majoriteten (64 procent) av rapporterade Lex Maria-händelser personer över 65 år. Hos samtliga instanser avser majoriteten anmälningar kvinnor.

Mina analyser medger inte ställningstaganden till om äldre personer drabbas av svårare skador, felhandlingar och missförhållanden i vården och omsorgen jämfört med yngre personer. För att dra slutsatser om detta, erfordras betydligt mer djupgående analyser. Jag kan dock konstatera att äldre i mindre omfattning, jämfört med yngre personer, anmäler personskador till Patientförsäkringen; däremot leder äldres anmälningar i något större omfattning till ersättning från försäkringen. Cirka en fjärdedel av anmälningar som berör äldre hos HSAN resulterar numera i disciplinpåföljd, vilket är en kraftig ökning i jämförelse med tidigare år. Avgjorda anmälningar hos HSAN inom åldersgruppen över 65

år leder även oftare till disciplinpåföljd jämfört med avgjorda anmälningar bland yngre personer.

Lex Maria-anmälningar som berör äldre personer har till övervägande del föranlett Socialstyrelsen att göra kritiska skrivningar om de händelser som inträffat samt påpekanden om vilka förändringar som behöver vidtas för att förebygga liknande händelser. Enligt den erfarenhet som framkommer från förtroendenämnden i Stockholms läns landsting föranleder anmälningar som berör de allra äldsta oftare än andra att nämnden fattar principiella beslut och gör uttalanden.

Det har inte heller varit möjligt i denna kartläggning att närmare analysera eventuella skillnader mellan anmälningar från anhöriga och de riskhändelser som rapporteras av vårdgivaren till Socialstyrelsen. Enligt de uppgifter som inhämtats från ett projektarbete som bedrivits av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping inom den kommunala vården och omsorgen om äldre har dock skillnader kunnat observeras. Analyser och sammanställningar har utförts av de anmälningsärenden som inkommit till enheten under åren 1992-1996. Bedömningen görs att anmälningar från enskilda och anhöriga oftast avser kvalitetsbrister i omvårdnaden och bemötandet. Lex Maria-anmälningar avser nästan uteslutande fel i samband med läkemedelshanteringen.

Verksamheter och arbetsmoment

Jag har tidigare framhållit att det inte är möjligt att från de olika databaserna inhämta samma typ av information om t.ex. vilka verksamheter och arbetsmoment som förekommer i anmälningarna. Anmälningar registrerade i RDB och hos förtroendenämnderna avser främst den sjukhusanslutna vården (framförallt specialiteterna kirurgi och ortopedi). Behandlingsåtgärder är enligt förtroendenämndernas erfarenheter det arbetsmoment som föranleder flest anmälningar. Även i Lex Maria-händelser är behandlingsåtgärder vanligt förekommande (inkl. feldosering av läkemedel) samt dessutom förväxlingar av läkemedel. Omvårdnadsåtgärder förekommer däremot relativt sällan i Lex Maria-händelser och i anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting. Nämnden registrerar också anmälningar som avser klagomål på bemötande och information, cirka en femtedel av anmälningarna avsåg under år 1996 dessa områden. De förekom-

mer, som framgått tidigare, ofta i de klagomål som framförs men dock inte som huvudanledning till anmälan.

Mina analyser tydliggör, vilket framgår av exemplen som redovisats tidigare i kapitlet, att en anmälan sällan är "renodlad" i den bemärkelsen att klagomålen och synpunkterna enbart gäller en aspekt på vården och omsorgen. Det medför vissa svårigheter vid kategoriseringen av vilket problemområde som en anmälan avser.

Enligt de erfarenheter som förtroendenämnderna redovisat förekommer ett fåtal anmälningar från den kommunala hälso- och sjukvården. Det beror med stor sannolikhet på att förtroendenämndsverksamheten ännu inte är så känd bland enskilda, anhöriga och personal i den kommunala hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill jag även framhålla att det erfordras intensifierade och riktade informationsinsatser till enskilda, anhöriga och personal i den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvaret för denna information åvilar såväl förtroendenämnderna som ansvariga på olika nivåer inom kommunerna. Riktad information bör bl.a ingå som en självklar del i kommunernas egna informationsinsatser. Jag har tidigare redovisat den kraftiga ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar bland personer 65 år och äldre efter Ädelreformen. En stor andel av dessa anmälningar kom från kommunernas särskilda boendeformer och gällde till övervägande del felhandlingar i samband med läkemedelshantering. Ökningen har dock åren 1995 och 1996 planat ut. Möjliga orsaker till denna fluktuation i anmälningar efter kommunernas övertagande av långtidssjukvården har jag belyst tidigare. Jag understryker här betydelsen av att fortsättningsvis följa och närmare analysera de förändringar som sker samt deras samband med vårdkvaliteten för enskilda.

Eftersom både förtroendenämnden i Stockholms läns landsting, HSAN och Socialstyrelsen påbörjade registrering av anmälningar i databaser år 1992 och senare finns inget (utan manuella bearbetningar) jämförelsematerial över förekomst av anmälningar inom långtidssjukvården före Ädelreformen.

3.7.4 Anledning till anmälan

Stor överensstämmelse i anmälningarna
Informationen i databaserna ger en god överblick över bl.a. antalet anmälningar och fördelning mellan åldersgrupper och kön. Det statistiska materialet ger även i vissa fall information om vilka verksamheter och specialiteter som anmälningarna avser samt vilka händelser som föranleder en anmälan och vad den resulterar i. Anmälningarna innehåller dock ofta en komplexitet som inte tydliggörs i statistiken.

Jag kan genom analyser av de exempel på anmälningar som jag fått tillgång till konstatera den samstämmighet som framkommer ur materialet. Oavsett om klagomålen framförs som en anmälan till HSAN med yrkande om disciplinpåföljd av hälso- och sjukvårdspersonal eller som klagomål till förtroendenämnderna innehåller synpunkterna och klagomålen stora likheter. Det råder även stor samstämmighet med resultatet av de uppföljningar och utvärderingar som genomförts av tillsynsmyndigheterna.

Innehåll i anhörigas klagomål och synpunkter
Flertalet kritiska synpunkter och klagomål på vården och omsorgen om äldre lämnas av anhöriga, framförallt make/maka, son/dotter eller barnbarn. Anhöriga beskriver i sina anmälningar starka upplevelser av brister i omhändertagandet. Flertalet anmälningar gäller tiden då deras närstående vistades på sjukhus eller bodde i en särskild boendeform och då främst sjukhem. Klagomålen avser vården och omsorgen av personer i mycket hög ålder med omfattande vård- och omsorgsbehov på grund av en eller flera funktionsnedsättningar/sjukdomar och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan och utöva inflytande.

För somliga är det primära skälet för anmälan att ansvariga skall ställas till svars för det som inträffat. Andra skäl är upplevelser av kränkningar samt en önskan om upprättelse och/eller en önskan om att förebygga att liknande händelser som drabbat deras närstående skall upprepas. Klagomålen avser oftast flera olika händelser och företeelser.

Information och dialog

Brister i information är, som framgått tidigare, oftast inte huvudskäl till anmälan. Sådana brister framkommer därför inte alltid av statistiken. Däremot är bristen på information och avsaknaden av dialog uppenbar vid en bearbetning av anhörigas anmälningar.

Kritik riktas i anmälningarna mot bristande information och dialog i relation till enskilda och anhöriga. Motsvarande kritik avser även kommunikationen mellan personal samt mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. Anhörigas synpunkter överensstämmer med de erfarenheter som framkommit i Ädelutvärderingen om brister i vårdplanering och informationsöverföring mellan vårdgivare och vårdnivåer.

Jag instämmer helt i den av förtroendenämnderna framförda erfarenheten att tydlig och upprepad information skulle förebygga många problem i vården och omsorgen.

Brister i information förekommer även i samband med individuell prövning av biståndsbehov i form av hemtjänst och särskild boendeform. Det visar tillsynsmyndigheternas uppföljningar av rättssäkerheten vid handläggning och dokumentation av biståndsansökningar. Dessutom brister det i informationen beträffande rätten att överklaga beslut.

Samverkan

Ett annat genomgående drag som kan skönjas i anmälningarna (och som har nära samband med information och dialog) är brister i samverkan och samråd med anhöriga samt bristande möjlighet till delaktighet i vården och omsorgen om närstående. Anhöriga upplever att det saknas intresse och lyhördhet i vården och omsorgen för deras kunskaper och erfarenheter om hur deras närståendes liv gestaltat sig. Bristande kommunikation leder hos anhöriga till oro och minskat förtroende för verksamheten. Anhöriga uppfattas som krävande när de framför synpunkter. I omvårdnadsarbetet går många gånger insikten förlorad om att "vårdtagaren" är någons mamma, pappa, mor- eller farförälder .

Brister i bemötande, omvårdnad, tillsyn och behandling

Anhöriga beskriver upplevelser av att det saknas respektfullt bemötande av enskilda och deras individuella behov. Den en-

skildes utsatthet är framträdande i många anmälningar. Han/hon blir inte synlig i den kollektiva hanteringen av "de boende". Omvårdnaden ges utan intresse och utan omtanke, empati och engagemang. Vården och omsorgen är många gånger ensidigt inriktad på det fysiska omhändertagandet. När rutiner för det praktiska arbetet dominerar blir de individuella behoven underordnade.

Kritik riktas mot behandlings- och omvårdnadsåtgärder. I det material som jag haft tillgång till i mitt kartläggningsarbete förefaller en påfallande stor del avse brister i behandling liksom i insatser för att förebygga trycksår samt fall och fallskador. HSAN har, som tidigare redovisats, uppmärksammat att bristande omvårdnad, tillsyn och behandling – och då särskilt vid fall och fallskador och i samband med vätske- och näringstillförsel – ofta är anledning till anmälningar som avser personer 65 år och äldre. Även i exemplen från förtroendenämnderna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tydliggörs dessa brister. Flera studier har visat på metoder för att förebygga bristande omvårdnad när det gäller bl.a. vätske- och näringstillförsel, tand- och munhygien samt förhållanden som kan leda till fall och fallskador. Jag finner mot bakgrund av kartläggningens erfarenheter att stor uppmärksamhet måste ägnas dessa metoder och deras spridning.

Bristande dokumentation och bristfällig individuell planering av vård- och omsorgsinsatserna är ofta förekommande. Det är också vanligt att tillsynsmyndigheterna och HSAN måste rikta kritik mot brister i patientjournalen och i omvårdnadsjournalen. Skäl till att brister uppstår i vård och omsorg är avsaknaden av bl.a rutiner och systematik i arbetet liksom i uppföljning av insatserna.

Jag anser det vara betydelsefullt med tanke på att omfattande vård- och omsorgsinsatser ges i den ordinarie bostaden att närmare följa utvecklingen på detta område. Vård i livets slutskede, med behov av en mycket väl integrerad medicinsk och psykosocial omvårdnad ges alltmer i den ordinarie bostaden. Det är väsentligt att följa den fortsatta utvecklingen och bevaka insatsernas kvalitet. Av intresse är det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har om vård och omsorg i livets slutskede.

4 Hearings - ett viktigt led i kartläggningsarbetet

4.1 Inledning

Under hösten 1996 anordnades ett antal hearings, informella rådslag, med företrädare för olika intressenter (se nedan).

Utgångspunkt för diskussionerna var vissa frågor som presenterats på förhand. Dessa avsåg dels identifiering av olika brister i bemötandet av äldre och i respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet, dels tänkbara vägar för att undanröja brister och missförhållanden.

Syftet med dessa hearings var att ytterligare fördjupa det samlade material som utredningen har tillgång till genom kontakter med enskilda äldre och deras närstående, överläggningar med olika organisationer/verksamheter, forskningsrapporter, medverkan vid olika konferenser m.m. Rådslagen var dessutom ett tillfälle att mera ingående beskriva utredningsuppdraget och utredningens arbetssätt.

En del deltagare uppmärksammade mig också på att de funnit nya uppslag till samverkan genom diskussionerna med deltagare från olika delar av landet och olika verksamheter. Det bekräftade en i och för sig självklar sanning, nämligen att det finns resurser att hämta genom ett bättre utvecklat utbyte av kunskaper och erfarenheter, bl.a. i form av nätverk.

Tillsammans med företrädare för utredningens sakkunniggrupp och sekretariatet träffade jag på detta sätt representanter från

- **Anhörigföreningar**
- **Elever och lärare vid en hälsohögskola**
- **Fackliga organisationer**
- **Förtroendenämnder**
- **Handikapporganisationer**
- **Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning**

- **Länsstyrelser**
- **Pensionärsorganisationer**
- **Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter**
- **Svenska Kommunförbundets socialberedning**

Varje grupp lyfte självfallet fram vissa frågor typiska för den roll som respektive organ/verksamhet spelar.

Ett starkt intryck blev emellertid den höga grad av samstämmighet som finns både vid identifiering av aktuella brister och i förslag till förändringar som kan åstadkomma bättre bemötande och innehåll i vården och omsorgen om äldre.

Jag lämnar här först en översiktlig redovisning av några områden som genomgående fick uppmärksamhet. Därefter beskriver jag exempel från diskussioner vid varje hearing.

4.2 Gemensamma uppfattningar – en tillgång för att kunna undanröja brister

4.2.1 Beskrivandets dilemma

Hur skall brister i bemötandet av äldre framställas för att verkningsfullt påskynda nödvändiga förändringar?

Å ena sidan finns behovet att tydligt visa på oacceptabla förhållanden, å andra sidan behovet att exemplifiera och förklara innebörden i ett gott bemötande. Vissa upplevde att bristerna i vård och omsorg om äldre fått så stort utrymme i massmedia och allmän debatt, att äldre, deras anhöriga och personal mist tilltron till samhällets insatser för äldre. Elever och lärare påpekade också att äldreomsorgen därmed får en annan och sämre ställning vid rekrytering till utbildningar och anställningar än mer "glamorösa" områden inom vård och omsorg. Uppfattningen var att avigsidorna måste presenteras sanningsenligt – de skall inte döljas – men att också goda kvaliteter måste synas och bli bekräftade. "Det måste finnas hopp om förändring – *trots*

allt finns det hjärta i vården och omsorgen om äldre" sa en av eleverna vid hälsohögskolan.

I annat sammanhang – i ett förord till rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52), som avlämnas samtidigt med detta betänkande har jag uppehållit mig vid bilden av äldreomsorgen. Jag konstaterar att det finns många goda insatser inom vård och omsorg om äldre men också sådana insatser som måste förbättras på kort och lång sikt. Det finns dessutom företeelser som är fullständigt oacceptabla och behöver bli föremål för kraftfulla och omedelbara åtgärder.

Samtliga dessa perspektiv fick sin belysning vid våra diskussioner. Jag uppfattade också att deltagarna fäste vikt vid att "beskrivandets dilemma" skulle beaktas med denna utgångspunkt.

4.2.2 Uppföljning och utvärdering måste bli ett naturligt inslag i vardagsarbetet

Trots det omfattande arbete som under senare år bedrivits för att säkra och utveckla kvalitet i vård och omsorg menade många, att denna verksamhet ännu inte blivit en självklarhet i vardagsarbetet. Inte minst saknas på många håll en uppföljning av de insatser som riktas till enskilda. Flera redovisade att förhållandet mellan t.ex. bedömning av behoven, hur de kan tillgodoses, och förverkligandet i den enskildes hem inte följs fortlöpande. Det är en brist som kan drabba den enskilde men också verksamhetens planeringsmöjligheter, exempelvis då behoven gradvis ökar eller förändras på annat sätt.

Deltagarna ansåg, att denna brist handlar om inställning och attityder – men också om bristande tydlighet i beskrivningar av mål och arbetssätt samt i krav på dokumentation.

Andra framhöll som orsak traditioners makt och osäkerhet inför förändringar: "*Vågar* man inte ta hand om de negativa svaren vid brukarundersökningar och se dem som uppslag till positiva förändringar?"

Vid flera hearings framkom uppfattningen att det inte är tillräckligt att en verksamhet vet *vad* den skall göra, den måste också veta *hur* uppgifter skall utföras. Ofta finns brister i kon-

sekvensanalyser när det gäller förändringsarbeten och följderna för enskilda äldre och deras närstående.

Några betonade att innehållet i vård och omsorg om äldre även omfattar många kvaliteter som inte med lätthet kan mätas, därför blir de inte synliga och bekräftade vid uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Mitt dokumenterade utredningsarbete borde enligt dessa synpunkter bli en väckarklocka för ett förhållningssätt som lyfter fram sådana dimensioner, t.ex. i fråga om bemötande.

4.2.3 Nedskärningar och besparingar ...

Mot bakgrund av en allmän samhällsdebatt om landets ekonomi och prioriteringar inom olika sektorer var det naturligt att förhållandet mellan bemötandet av äldre och materiella förutsättningar diskuterades. Exempel från olika områden beskrevs - vanligast avsåg de personalminskningar som upplevts medföra mindre tid för personlig omvårdnad samt därmed brister i bemötandet. Samtidigt ansåg t.ex. både fackliga organisationer och huvudmän att det finns uppenbara svårigheter att se "raka samband" mellan ekonomiska förutsättningar, personaldimensionering osv. och olika slags brister i bemötandet. Befintliga medel kan användas med olika grad av skicklighet och insikt i behovet av utbildningsinsatser, miljöförbättringar, utveckling av arbetsledarskap, tillgång till hjälpmedel, satsningar på effektiv samverkan mellan olika sektorer m.m.

Också vid andra hearings framkom att man – även om det fanns en djup oro över följder av personalinskränkningar – såg att brister i bemötandet inte kan undanröjas enbart genom allmänt ökade resurser. Att förändra synsätt och stärka respekten för enskildas självbestämmande, integritet, trygghet och säkerhet kräver mera, t.ex. insatser för att öka kunskap och förmedla hur denna kunskap omsätts i praktisk handling med personligt ansvar.

4.2.4 Individen i centrum?

Helt dominerande i diskussionen vid samtliga hearings var aspekter på brister i individualisering och individuellt bemötande. Öppet eller dolt styr ett förhållningssätt som utgår från att alla äldre eller i vissa fall grupper av äldre har samma behov, egenskaper och önskningar. Även om det i ett antal sammanhang kan finnas skäl att beskriva äldre – liksom t.ex. skolbarn – som grupp motiverar inte detta att man i bemötandet förutsätter att alla är lika. Ett bemötande med sådana generaliserade utgångspunkter förekommer ofta tillsammans med att verksamhetens egna intressen går före lyhördhet för enskildas behov och önskemål. Man ansåg också att bristen på individuellt bemötande inte sällan hör samman med att äldre beroende av vård och omsorg enbart ses som objekt. "Vi har tolv rullstolar (dvs. personer i behov av rullstol) här". Ur detta uppstår kränkningar och övergrepp.

Vad ville man då med ett uttryckssätt som "individen måste sättas i centrum"?

I det följande citerar jag ett antal uppfattningar om värden som deltagarna ville se bevakade och utvecklade i vården och omsorgen om äldre. Tillsammans med dessa uppfattningar exemplifierar jag brister, som enligt rådslagens diskussioner visar, att värdena inte respekteras. Så uppstår bristfälligt bemötande och kollektiv hantering.

Uppfattning:
Varje människa är unik. Personliga behov, önskningar, vanor och intressen skall respekteras. Lyhördhet är att lyssna till varje person.

Brister:
- kollektivt bemötande
- rutiner som utgår från verksamhetens behov
- försummelser genom att inte lyssna på den enskilde och använda befintlig kunskap
- rätt till integritet tillmäts inte vikt
- självbestämmandet inskränks genom förbarnsligande

- kravet på att enskilda skall passa in i en miljö är större än krav på att anpassa insatserna
- dålig hänsyn till förändrade behov och brist på individuell planering samt uppföljning
- bristfällig information till enskilda och deras närstående
- dålig uppmärksamhet på att äldre har svårigheter att hävda inflytande.

Uppfattning:
Hela personen är viktig.

Brister:
- dålig omvårdnad genom att man ser "en kroppsdel i taget"
- fysiska *eller* psykosociala behov tillgodoses utan att sambanden dem emellan beaktas
- vanemässig försummelse av någon viss omvårdnadsaspekt som exempelvis behov av tandvård eller personliga hjälpmedel
- ringa hänsyn till personliga intressen med viss kulturell/språklig bakgrund
- brist på kunskap om att bemötandet i en viss situation kräver särskilt kunnande om kommunikation (exempelvis vid möten med äldre personer med demens, äldre med begåvningsmässiga funktionshinder, äldre med tal- och språksvårigheter, dövhet).
- brister i helhetssyn genom att den som bedömer behoven inte har tillräckliga och/eller allsidiga kunskaper.

Uppfattning:
Varje människa har en egen historia, som barn, som vuxen och äldre.

Brister:
- man bryr sig inte om, respekterar eller informerar sig om den enskildes tidigare levnadsförhållanden som i sin tur påverkar hans/hennes vanor, intressen m.m.

- man moraliserar över den enskildes levnadshistoria, ger uttryck för fördomar och okunskap om seder och vanor som är förknippade med den personliga bakgrunden
- kontinuitet i den enskildes perspektiv åsidosätts
- man tar inte ansvar vid en flyttning till annan vård- och omsorgsmiljö för att viktiga informationer förs vidare och/eller att krav som ställs i sekretesslagen följs; det gäller i synnerhet då den enskilde inte själv kan förmedla upplysningar.

Uppfattning:
Att vara beroende av hjälp i sin vardag skall inte innebära att andra självrådigt bestämmer hur den "närmaste miljön" skall se ut.

Brister:
- man förstår sig inte på eller beaktar att "den närmaste miljön" har betydelse för den enskildes identitet. (Här avses en rad olika omständigheter kring t.ex. hantering av kläder, hjälpmedel och möblering men också den psykosociala miljön, bl.a. enskildas nätverk eller brist på nätverk i form av anhöriga och andra närstående. Vidare, att den enskilde inte får hjälp att själv använda sin närmaste miljö, dvs. att exempelvis få utföra dagliga sysslor efter sin önskan och förmåga som del i vad några benämnde vardagsrehabilitering).
- det finns betydande kvarstående brister i bl.a. sjukhemmens utformning som minskar möjligheter till individualisering och integritet.

4.2.5 Behov av kompetensutveckling

Bredvid behovet av ökad individualisering påtalade deltagarna vid samtliga hearings att det måste ägnas betydligt mera kraft åt kompetensutveckling. "Med rätt innehåll" betonade vissa. Det var en gemensam uppfattning att brister i kompetens ger upphov till brister i bemötande.

Jag kunde konstatera att tyngdpunkten i begreppen kompetens och kompetensutveckling placerades på flera olika sätt. Sammanfattningsvis framfördes följande.

Kompetens innebär att

- på djupet förstå *varför* och *för vilka* verksamheten finns till
- ha en grundläggande humanistisk människosyn, inte bara i teori utan också i praktik
- förstå sin del i en större uppgift och ta personligt ansvar för den
- ha inlevelseförmåga men respektera att denna inlevelse inte får minska den enskildes utrymme för inflytande
- förstå och vilja delta i att utveckla enskildas möjligheter till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet
- kunna förena egen professionalism med enskildas utrymme för inflytande
- vara yrkeskunnig – både i kunskaper som mera allmänt avser äldre och äldres förhållanden och i kunskaper som är särskilt inriktade på vissa frågor (t.ex. insatser för personer med demens / personer med afasi / personer med utvecklingsstörning m.fl., hjälpmedelsfrågor, vardagsrehabilitering, kostfrågor, tandvård)
- vara erfaren, dvs. grund- och vidareutbildning har fördjupats genom yrkesverksamhet (för yngre medarbetare krävs stödjande introduktion och goda förebilder)
- vara så kunnig och erfaren att man kan vara flexibel i sin yrkesutövning
- vara öppen för behov av förändring och utveckling, inte fastlåst i traditioner
- vara kunnig och mogen nog för att inse betydelsen av samverkan och delta i samarbete som är väsentligt för enskilda (t.ex. samarbete med närstående, samarbete mellan insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst)
- våga granska sina egna insatser som en del i en mera omfattande uppföljning och utvärdering.

Kompetens kan utvecklas genom att

- en organisation/verksamhet målmedvetet byggs upp så att det finns utrymme för att utveckla och utöva yrkeskunnande (i vissa verksamheter kan vällovliga mål för kompetensutveckling hindras av verksamhetens struktur)
- åtgärder för att öka kunskaper och insikter planeras och genomförs *systematiskt* och anknyter till verksamhetens mål
- goda grundutbildningar, möjligheter till fort- och vidareutbildning skapas, men även, i många situationer, fortlöpande handledning (innehåll i utbildningar och i handledning måste vara aktuellt, dvs. i takt med verkliga behov i vård och omsorg av äldre)
- behov av specialkunskaper som kan finnas i en viss verksamhet tillgodoses (t.ex. behov av kunskaper om möten med människor från andra kulturer, såväl äldre som deras närstående)
- diskussioner om bemötandefrågor och samspelet mellan enskilda, deras närstående och personal får utrymme i vardagsarbetet
- det arbete som bedrivs *närmast* enskilda blir värderat, det utvecklar kompetens både hos dem som redan arbetar inom vård och omsorg och dem som står inför att välja yrke; lågt värderade insatser ger dålig självbild och besvikelser som kan gå ut över bemötandet av andra; det kan också medföra en benägenhet att inte vilja förändra.

4.2.6 Arbetsledarskap

Ytterligare ett ämne som fick stor gemensam uppmärksamhet var arbetsledning på olika nivåer, främst inom hemtjänst och särskilda boendeformer.

Vid flera tillfällen användes formuleringar som "ett tydligt arbetsledarskap är viktigt för att brister i bemötande skall kunna förhindras respektive upptäckas".

I ett tydligt arbetsledarskap finns enligt rådslagens deltagare

- kunnighet inom området, "kulturkompetens"
- förmåga att vara förebild i synsätt med särskild uppmärksamhet på helhetssyn i enskildas perspektiv
- utvecklingsintresse och flexibilitet
- klarhet i uppfattning om mål och delmål
- ansvarsfullhet och beslutsförmåga
- vilja och förmåga till samarbete både inom den egna verksamheten och i förhållande till andra
- skicklighet i att stimulera och stödja inlevelseförmåga
- tydlighet i att förankra och markera vad som är verksamhetens riktlinjer (och vad som inte ingår i dem)
- intresse för att följa och värdera verksamheten samt se kritik som utgångspunkt för utvecklingsarbete
- engagemang och vilja att förmedla engagemang till medarbetare
- öppenhet och oräddhet i konflikter
- vilja att hävda verksamhetens ställning med utgångspunkt i enskildas behov.

Vid några hearings framkom att man saknade satsningar på arbetsledare och den nyckelroll som de borde ha bl.a. för att skapa ett gott och professionellt bemötande av äldre och deras närstående. Oklar delegering var också ett problem som uppmärksammades i diskussionerna om arbetsledarskap.

4.3 Exempel från olika hearings

Vid varje hearing uppmärksammades frågor som anknyter till den roll som en viss verksamhet/ett visst organ har. Jag presenterar dem i all korthet men vill betona att de i denna form *exemplifierar* ingående och för utredningens fortsatta arbete vägledande diskussioner. I de fall redovisningen här är mycket begränsad hänvisas till avsnitt 4.2. Det innehåller synpunkter som vid vissa hearings upptog merparten av diskussionen. En del frågor, t.ex. om personalutbildning och arbetsledarskap,

återkommer jag till i detta avsnitt, eftersom de så starkt betonades av deltagarna.

4.3.1 Anhöriga och anhörigorganisationer

Denna hearing ägde rum i Helsingborg och deltagarna (både enskilda anhöriga som kontaktat utredningen och företrädare för organisationer) kom främst från södra Sverige. Det nystartade Anhörigrådet i Sverige (en paraplyorganisation) deltog också med ett par företrädare.

Flertalet deltagare hade egen erfarenhet av att stödja och ge omvårdnad till närstående, de flesta med olika demenssjukdomar. Därmed fanns också en rik erfarenhet av kontakter med äldreomsorg och hälso- och sjukvård i såväl landstings- som kommunregi. Vissa var fortfarande i denna situation, andra hade erfarenheten att ha följt sina närstående under livets slutskede och till deras bortgång.

Inledningsvis vill jag uppmärksamma att så många av deltagarna betonade hur värdefullt det är att tillsammans med andra i motsvarande situation få diskutera både positiva och negativa erfarenheter av vård och omsorg. Flera hade fortlöpande denna möjlighet till utbyte inom ramen för bl.a. föreningar knutna till Demensförbundet, för andra var det en ny och viktig upplevelse. Jag avser att i andra sammanhang komma tillbaka till denna erfarenhet av anhörigas behov av psykosocialt stöd och bekräftelse. Behovet finns också hos "tysta" grupper av anhöriga – de måste bättre kunna nås av erbjudanden om stöd och hjälp.

Om anhörigas samarbete med företrädare för vård och omsorg

När äldre får vård och omsorg i sina ordinarie hem, i särskilda boendeformer eller på sjukhus, ingår deras anhöriga i en krets av personer som förutsätts vilja och kunna samarbeta med varandra. Anhörigas unika ställning och roll pekas ofta ut med den gängse frasen "anhöriga är en viktig resurs", samtidigt som både anhöriga och personal vittnar om att samspelet många gånger kan vara mycket krävande eller t.o.m. avbrutet.

Förväntningar och anspråk på anhörigas praktiska och känslomässiga engagemang formuleras från olika håll och kan ibland vara motstridiga. Utsagor i den allmänna samhällsdebatten, kontakter med verksamhetsföreträdare och den närmaste personalen blandas med uppfattningar från den person som har hjälpbehoven och från anhöriga själva. Om det finns flera anhöriga kan förväntningarna variera, bl.a. beroende på den roll eller den närhet de har i förhållande till personen.

Att dessa relationer, främst till personal inom vård och omsorg, många gånger är påfrestande framkom med stor tydlighet vid diskussionen. Situationen blir självfallet också mera krävande då anhöriga själva känner av sitt eget åldrande, har funktionsnedsättningar eller sjukdomar och dessutom ställs inför tröttande krav. De kan avse alltifrån att passa svårtillgängliga telefontider för att få information till att plötsligt befinna sig ensam ansvarig för en övermäktig omvårdnadssituation på grund av personalbrist.

Samtidigt föreföll detta ändå inte tillhöra de svåraste upplevelserna. De utgörs enligt diskussionen av tillfällen när man som anhörig upplever att man inte kan lita på vården och omsorgen. Anhöriga har haft tilltro till en trygg och säker omvårdnad av sin närstående och gradvis eller dramatiskt upptäcker de, att verksamheten brister i ansvar, bemötande och respekt. Då uppkommer också den för många anhöriga svåra frågan till vem och hur man framför sin kritik. (Det kallades av en anhörig för vårt "tiga och lida-syndrom".)

Man vill inte utsätta sin närstående för dåligt bemötande genom att kritisera personalen. Man vill inte heller att kritiken skall drabba dem som inte uppfattas kunna påverka situationen – en vanlig kommentar var att "vårdpersonalen gör så gott den kan med dessa nedskärningar som ger jäkt och stress". Man vill kanske inte heller utsätta sig själv för att vara en besvärlig anhörig med risk för att mötas av ifrågasättande eller motstånd.

Deltagarna hade erfarenheter av att klimatet i kontakter med anhöriga, beredskapen att ta emot deras synpunkter och underlätta en situation praktiskt och känslomässigt, kan skifta mellan t.ex. olika avdelningar, mellan olika gruppbostäder i en kommun och mellan olika handläggare inom samma verksamhet. Variationerna blir förvirrande och upplevs många gånger som godtycke och kunskapsbrist.

Om anhörigas synpunkter på arbetsledning, personal m.m.
Det fanns en gemensam uppfattning att arbetsledning – vägledning till personal – inte prioriteras tillräckligt och att arbetsledning på många håll inte tycks kräva kompetens i verksamhetens innehåll; arbetsledning förefaller utifrån sett handla om administrativa-ekonomiska uppgifter och inte vara relaterad till de äldres behov och hur de tillgodoses.

Arbetsledare som förebilder för att skapa samverkan med anhöriga var ett starkt känt önskemål.

När anhöriggruppen formulerade sig om personalen (olika kategorier) och dess betydelse för ett gott bemötande av äldre, konstaterades först, att det *finns* mycket engagerad och kunnig personal i olika verksamheter för vård och omsorg. *Men* ...

- personalens möjligheter att verka i en positiv riktning begränsas, när de som är *ansvariga för besparingar inte känner till behoven i verksamheten* – och därmed inte heller vet (vill veta) var smärtgränsen går vid inskränkningar
- *en annan begränsning finns i vissa personalgrupper* där man inte tillåter nya tankar, förslag till förändringar eller färska kunskaper att komma till uttryck; ett sådant klimat kan helt spoliera effekterna av utbildningssatsningar och medföra att initiativrika medlemmar i en personalgrupp lämnar äldreomsorgen;
- *personalen måste utrustas med både generell kunskap om åldrande och specifik kunskap* (exempelvis om behov hos personer med demens och deras närstående); framförallt måste utbildningsinsatser hela tiden grundas på vägledande samtal om den människosyn som leder till att äldre bemöts på ett respektfullt och värdigt sätt med hänsyn till sina individuella behov; synsätt skall också konkretiseras så att det finns en av alla omfattad uppfattning om vad som menas med en trygg och säker vård och omsorg; utbildningssatsningar måste följas upp i det dagliga arbetet; det måste finnas mål som alla förstår,
- *brister i individuell planering (och i synsätt på varje person och hans/hennes levnadshistoria) måste undanröjas*; anhöriga måste också bemötas individuellt samt efter sina önskningar och förutsättningar vara delaktiga i den individuella planeringen,

- *sekretessbestämmelser måste diskuteras och bli kända*; i detta ligger också etiska frågor om hur mycket man som anhörig skall behöva lämna ut av uppgifter om sig själv och sin närstående,
- *rekryteringsfrågor måste handläggas insiktsfullt*; vill den sökande verkligen arbeta för och med äldre eller är det för honom/henne "ett jobb i brist på annat"? Eftersom den närmaste personalen i så hög grad arbetar med den egna personligheten som redskap, är lämplighetsfrågor (också avseende dem som arbetat länge inom området) något som måste diskuteras betydligt mera; yrken inom vård och omsorg om äldre måste värderas mera (också i lön).
- *personal måste övas upp i att förstå vad självbestämmande innebär*, att det handlar om de små valen (att få skala sin potatis själv t.ex.) liksom de stora valen (att få välja hur man vill bo t.ex.); respekt måste finnas inför behovet av det som deltagare kallade enkla insatser, exempelvis att få rätt kost/ dryck, sköna kläder, kanske massage – liksom insatser som svarar mot andliga-kulturella behov, t.ex. musik efter eget val, tillgång till talböcker, hjälp att läsa och samtala om vad som står i tidningen. Flera ansåg att det torftiga dagsinnehållet på många sjukhem handlar mycket om brister i "vardagens mjuka innehåll". "Att få sitta rätt och skönt varje dag och ha bra personliga hjälpmedel kan vara nog så viktigt som då och då förekommande arrangemang med artister" var en synpunkt.
- *en god miljö för enskildas vård och omsorg måste kunna förenas med en god arbetsmiljö för personal.*

Förslag från anhöriga

För anhöriga är det viktigt att få information utan att behöva leta sig fram och att få känna att verksamheten är öppen för samarbete. Det skall inte kännas som att man är besvärlig vid frågor och försök till insyn. Anhöriga vill få respekt också för sina kunskaper och erfarenheter i dialog med personalen och bemötas individuellt. Vid närståendes bortgång är det särskilt viktigt att kunna få stöd och råd efter sina önskemål.

För att förverkliga detta föreslogs bl.a.

- Individuella handlingsplaner skall upprättas på ett sätt som också omfattar anhörigas delaktighet; handlingsplaner skall dokumenteras som ett "kom-i-håg" för alla berörda och som en grund för uppföljning.
- Obyråkratisk telefonrådgivning borde kunna anordnas från *ett* ställe, man skall inte behöva ringa runt och ständigt upprepa sin berättelse på olika håll.
- Dagvård med kvalitet måste utvecklas betydligt mera, också med blick för att det handlar om avlösning för anhöriga. Överhuvudtaget måste man utveckla olika slags avlösningsinsatser, inte bara av akutkaraktär utan även inplanerade över tid, så att anhöriga också kan planera egna aktiviteter och tillgodose sina behov.
- Gemensamma utbildningsdagar för personal och anhöriga borde anordnas mera med teman som exempelvis "vård i livets slutskede". En sådan insats kan vidga perspektiv och fördjupa dialogen dem emellan; båda parter kan få viktiga tankeställare.
- Genom stöd till och samarbete med anhörigföreningar borde den uppsökande verksamheten förbättras bland "tysta" grupper av anhöriga; det kan ge hjälp till självhjälp, innan problem hunnit bli övermäktiga.

4.3.2 Elever och lärare vid hälsohögskola

Båda dessa hearings ägde rum i Jönköping med elever och lärare knutna till hälsohögskolan där. Som framgår i andra avsnitt delas uppfattningarna från dessa hearings av många andra som är verksamma inom utbildningsområdet eller redovisar erfarenheter av egen utbildning.

Jag vill inleda beskrivningen av diskussionen vid dessa båda hearings med att sammanfatta elevernas svar på den fråga som avslutningsvis ställdes till dem: *Hur vill ni ha det när ni blir gamla och beroende av hjälp*?

Det viktigaste är enligt eleverna att

... "få god omsorg och inte bli omhändertagen av rötägg"

... "tryggt kunna överlåta sig i andras vård"

... "bli lite mera krävande än dagens äldre"
... "få göra egna val så långt som jag kan och orkar"
... "få bo kvar hemma och få hjälpen dit"
... "få uppleva verklig kontinuitet i vården"
... "ha kvar vänner och släkt, ett socialt nätverk"
... "ha personal som alltid frågar sig varför den finns just här hos mig".

Det är framåtsyftande svar från dem som har långt kvar till egen ålderdom och som fått inblickar i vård och omsorg om äldre genom dagens utbildningserbjudande och genom praktik eller yrkeserfarenhet i dagens hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser för äldre.

Hearing med elever

Utbildningsinnehållets förhållande till yrkeslivets verklighet var en fråga som diskuterades dels på en allmän nivå, dels i sina konkreta detaljer.

Ett visst glapp mellan utbildningen och yrkeslivets verklighet måste enligt deltagarna alltid uppstå genom att utbildningen ofta beskriver ideala förhållanden. Att så sker är viktigt – men det måste också kompletteras med kunskap om varför målen inte alltid uppnås eller varför och hur det uppstår skillnader i t.ex. omvårdnadens kvaliteter.

För detta syfte behövs en bättre samordning mellan teori och kliniska studier (praktik). Det gäller i hög grad ett område som bemötandet av äldre. Det är enligt eleverna inte tillräckligt att förmedla allmän kunskap om samspel och kommunikation och sedan hysa förhoppningen att praktiktiden skall stärka förmågan att tillämpa teorin. Det måste finnas en återföring av praktiska exempel till utbildningens teoretiska moment liksom praktiktidens erfarenheter måste bli bearbetade både som känslomässig upplevelse och med den teoretiska anknytning som är aktuell.

Eleverna efterlyste flera tillfällen att under vägledning få diskutera sina praktiska, ibland känslomässigt mycket krävande upplevelser. De ansåg att detta behov inte är tillräckligt uppmärksammat som ett viktigt led i en personlig utveckling. Bland exempel som nämndes under diskussionen var förhållningssätt till döende patienter (och deras anhöriga), avvägningen mellan att följa den enskildes egen vilja eller sina yrkeskunskaper när

den enskilde kanske utsätter sig för risker som hotar liv eller hälsa (bl.a. personer med psykisk störning) samt situationer när patienter (i akutsjukvård) får olika status bland personalen på grund av sin ålder. "Det går inte att förneka att yngre patienter inger mer hopp i arbetet – samtidigt känns det värre när yngre dör ..."

För att förbättra denna brist i utbildningen – och därmed förutsättningarna att som yrkesverksam ge ett gott bemötande – önskade eleverna en bättre samverkan mellan lärare vid utbildningsinstitutioner och arbetsledare/handledare vid kliniska studier (praktik).

Om förutsättningar för förändringar

Bland andra brister som eleverna uppdagat var att utbildningen inte kan förbereda dem tillräckligt på att rutiner inom vård och omsorg kan vara så fastlåsta; personalgrupper kan vara helt olika i kultur och atmosfär fast de finns inom samma avdelning eller enhet. Som elev har man inte redskapen för att förändra men man skulle önska sig mera diskussion om förhållandet för att vara bättre rustad i en framtida yrkesverksamhet.

Viljan att förändra till det bättre kan helt saknas på sina håll, vilket håller kvar gamla traditioner och synsätt på bemötande av äldre som behöver hjälp och vård. Inom sjukhus och sjukhem finns hierarkiska system som placerar enskilda, deras anhöriga och den närmaste personalen i underläge – då kan det vara omöjligt att som elev eller nyanställd väcka frågor om inflytande. Många menade att förutsättningar för detta blivit sämre i tider av personalminskningar då anställda fruktar att t.ex. mista vikariat om de uttrycker kritik eller har förslag till förbättringar.

Goda arbetsledare kan ändra på detta förhållande ansåg eleverna. De gav positiva exempel på hur arbetsledare engagerat personal, tagit tillvara dess idéer och skapat stor delaktighet i en ändrad arbetsorganisation, nya arbetsschema och ett förankrat synsätt på en individualiserad vård och omsorg. Arbetsledare skall enligt eleverna vara drivande, empatiska och visionära; de skall i personalgruppen se till att debatten förs om självbestämmande och andra honnörsord och vad de betyder i verkligheten. Eleverna kunde redovisa hur begreppet integritet tack vare sådana diskussioner, fått en innebörd på vissa arbetsplatser,

medan man på andra håll använde begreppet och ändå, utan påpekanden, fortsatte att t.ex. byta blöjor på någon helt öppet inför andra.

Eleverna menade att utredningen borde ta upp och belysa de farhågor som finns bland dem om att kompetensen gradvis sjunker hos personal i vård och omsorg om äldre. En orsakskedja skisserades: Arbetet bland äldre ses som ett lågstatusjobb. Färre personer söker relevanta utbildningar – flera kommer in med lägre betyg och utan vilja att egentligen arbeta inom området. Detta låser fast hierarkin inom vård och omsorg och minskar möjligheten till viktiga och positiva förändringar i innehållet.

Eleverna menade också att detta kan vara en grogrund för kränkande behandling och övergrepp. Det gäller i synnerhet om kollegialiteten är stark och det inte finns någon kompetent arbetsledning. Enskilda äldre och deras anhöriga vet inte heller hur och till vem de skall framföra synpunkter på innehållet i vård och omsorg. "Det händer mycket som inte rapporteras"... Samtidigt var eleverna måna om att framhålla att det också finns många goda insatser som vittnar om engagemang och kunnighet – de uppmärksammas inte heller tillräckligt.

Hearing med lärare

På samma sätt som eleverna framhöll lärarna ett oundvikligt *glapp mellan utbildningsinnehåll och verklighet*. Som exempel tog man att undervisning om individuellt bemötande har små förutsättningar att bära frukt i vårdmiljöer som fortfarande ofta är utformade efter ett kollektivt synsätt på enskilda och deras behov.

Lärarna ansåg att ett viktigt inslag i deras undervisning är att få eleverna att *reflektera* över innebörden i såväl goda som dåliga exempel på bemötande. Särskilt vill man förmedla vägar att konstruktivt tänka på dels drivkrafter bakom negativa situationer (t.ex. kränkning av integritet), dels alternativa lösningar i en verklighetsanknuten situation.

Till viss skillnad från eleverna menade lärarna att etiska spörsmål och diskussioner får stort utrymme i undervisningen. Verklighetens resursbrister förtar dock effekterna av denna undervisning.

Det budskap man främst vill förmedla är, enligt lärarna, vikten av att vara lyhörd inför en patient och att säkra hans/hennes möjligheter att vara delaktig i planering och genomförande av olika insatser.

Ett annat viktigt inslag i undervisningen är att få elever att reflektera över vad de själva förmedlar i en bemötandesituation, t.ex. genom klädsel, språkbruk, frisyr.

Stor roll spelar elevers förväntningar på utbildning och arbete. Statusbegreppet är väsentligt i vården och understryks av massmedias olika presentationer, från nyhetsinslag till filmer. Lärarna menade att det är alltför grundmurat att akutvård är "tjusigare" än geriatrik och andra insatser för äldre. Man ansåg vidare, att det är högst väsentligt att vända på sådana bilder. De påverkar rekrytering, lönesättning och förändringsvilja. Här spelar också vårdens och omsorgens förutsättningar in: Om elever under sin praktik möter en handledare som tillsammans med en i övrigt liten personalstyrka har ansvar för hundratalet äldre personer och mer (på sjukhem) så sprids uppfattningen att dessa personer inte är värda bättre insatser, "de är inte så viktiga".

Utifrån generell omvårdnadsteori tar lärarna upp frågor om individualisering och betonar helhetssyn och självbestämmande (autonomi). Det man vill uppnå är att elever blir *medvetandegjorda*. Det innebär dock inte, enligt lärarna, att eleverna i praktiken eller när de är nyanställda får tillfälle att tillämpa kunskap och synsätt. En stor brist i vård och omsorg är att verksamheterna ofta är försvarsinriktade mot kritik och förändringsförslag.

Lärarna ansåg att det finns stora behov av att ge bemötandefrågor större tydlighet i undervisningen, framförallt insikt om beroenderelationer mellan den som ger hjälp och den som är mottagare och kanske mycket svag. Man skulle önska bättre metoder för att kunna korrigera eller bekräfta enskilda elevers uppträdande och förhållningssätt, liksom sätt att utveckla och stimulera empati. Betydande behov föreligger inom olika verksamheter av fort- och vidareutbildning som svarar mot nya krav. Arbetsledarutbildningar är särskilt väsentliga att "föryngra".

Ytterligare ett viktigt utvecklingsområde är förhållandet mellan utbildningens teoretiska inslag och kliniska studier (praktik). Kan man hitta andra former för samverkan mellan lärare och praktikplatsernas handledare? Certifiera praktikplat-

ser? Skapa nya former för intern handledning inom vård och omsorg?

4.3.3 Fackliga organisationer

Med en inbjudan som bl.a. gått ut till Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), och Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO) fick denna hearing en sammansättning som speglade många olika insatser inom vården och omsorgen om äldre.

Om behov av och förutsättningar för förändringsarbete
Frågor om bemötande av äldre i vård och omsorg samt de aspekter som anges i utredningsuppdraget ansåg deltagarna vara av mycket stor vikt. Behoven av förändringsarbete som rör kvaliteter i omsorgens och vårdens innehåll är betydande. Dessa behov har betonats genom a) genomförda omorganisationer som främst rört ramar för äldreomsorgen men som också tagit kraft och tid från arbete med innehållsaspekter, b) "snuttifiering" av vård- och omsorgsinsatser, dvs. enligt deltagarna en på vissa håll ökande brist på helhetssyn i enskildas perspektiv, c) kvarstående brister dels i samverkan mellan olika huvudmän, dels inom verksamhet hos en och samma huvudman d) tilltagande begränsning av ekonomiska resurser.

Samtidigt framförde deltagare att det också är lärorikt att se bakåt i tiden, dvs. jämföra inställning och insatser i ett historiskt perspektiv. Vissa förhållanden har blivit klart förbättrade, andra har kvar bristfälligheter som inte är nytillkomna varken genom Ädelreformen eller genom den ekonomiska åtstramningen, som ibland ses som enda orsaker till bristfälligheter.

Alla var överens om att en fortsatt nydaning av vården och omsorgen om äldre i mycket hög grad handlar om att beakta och ta konsekvenser av att äldre skall ses som individer. De skall kunna utöva självbestämmande och efter sina förutsättningar vara delaktiga i planering av egen vård och omsorg, delta i samhällslivet osv. Man refererade till en allt livligare samhällsdebatt om patientens inflytande och rättigheter. Frågor

om bemötande kan och skall inte längre betraktas i ett isolerat expertperspektiv, "vi som vet bäst", över huvudet på den enskilde.

Man var överens om att ett bristfälligt innehåll går att förändra även under knappa ekonomiska förhållanden. Som exempel anfördes de kvalitetshöjande processer som pågår inom vård och omsorg av personer med demenssjukdomar.

Om personalutbildning och möjligheter att tillämpa kunskaper

Bland nödvändiga förändringar diskuterades främst frågor om satsningar på personalutbildning och på förutsättningar för att kunna använda förvärvade kunskaper.

Flera hade upplevt att utbildningsfrågor kommit på efterkälken i samband med genomgripande organisationsförändringar, även om en ursprunglig planering för en förändrad organisation hade omfattat kompetenshöjande åtgärder. Sådana situationer är på flera sätt otillfredsställande. Om personal ställs inför nya krav som inte kan bemästras uppstår risker för bl.a. dåligt bemötande.

Deltagarna fann behov av att de olika utbildningsvägarna för vårdpersonal blir analyserade till sitt innehåll. Svarar de mot nya krav? Inte minst viktigt är det att diskutera dels utbildningarnas anknytning till verkligheten i olika vård- och omsorgsmiljöer, dels lärarnas möjligheter att fortlöpande kunna förmedla *aktuell* kunskap till sina elever.

Frågor om vidare- och fortbildning var också angelägna, utifrån olika yrkeskategoriers perspektiv. Deltagarna konstaterade att välplanerade fortbildningsinsatser verksamt kan bidra till att engagemang hålls levande i en verksamhet och att viljan till att förbättra innehållet i olika insatser stärks.

På alla nivåer och i olika slags utbildningar ansåg deltagarna att det är behov av att öka och fördjupa inslag om etik och moral, inte enbart på en teoretisk nivå utan med stark anknytning till den verklighet där man utför sina arbetsuppgifter. Man ansåg vidare, att detta inte kan hänvisas enbart till utbildningssituationer, det måste vara ett inslag som finns i vardagen, i arbetslagets egna diskussioner med arbetsledare och andra handledare. "Bemötandefrågor kan inte avhandlas som punktin-

satser, det handlar om fortlöpande personlig utveckling" sa någon.

Även med nuvarande arbetsmarknadssituation är det angeläget att följa rekryteringar av personal. Personer som arbetar med äldre, i vissa fall mycket sjuka och hjälplösa äldre, *måste i praktiken* omfatta de grundläggande värderingarna om att skapa förutsättningar för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. En fråga som ställdes i sammanhanget var hur långt den enskildes självbestämmande går när det gäller att välja eller välja bort personal (olika yrkeskategorier).

Stress och jäkt har ökat menade deltagarna bl.a. beroende på att de äldre som kommer till sjukhem (men också de som får insatser av hemtjänsten) har större behov av omvårdnad. Det påpekades att det inte bara handlar om att öka antalet personal – man måste också belysa hur insatser och tillgänglig tid skall användas på sätt som tillgodoser enskildas behov allra bäst.

Från olika yrkesföreträdare ansåg man att det är förbisett i vård, behandling, omsorg och annan service att ta hänsyn till att äldre vanligen behöver mera tid och ett annat tempo än yngre. Detta påverkar bl.a. möjligheterna till inflytande. Äldre behöver längre tid för att formulera sina behov och för att ta emot information. Det kan bli helt felaktiga förväntningar och missförstånd både från den äldre och från personal om man inte ger den behövliga tiden för en dialog om t.ex. hjälpbehov och hur de skall tillgodoses.

Detta är en av de frågor som enligt deltagarna leder till en nödvändig granskning av arbetsorganisationen. Den måste formas för att stödja det innehåll man vill förverkliga.

Om samverkan

En annan viktig fråga som engagerade deltagarna var samverkan mellan olika verksamheter och yrkesföreträdare. Bristerna är fortfarande påtagliga trots att positiva förändringar kan noteras. En brist gäller förmågan att sinsemellan respektera olika gruppers yrkeskunskaper och samverka utifrån insikten att enskilda är i behov av stöd och hjälp från olika kompetensområden. "Revirstrider gynnar inte någon och är slöseri med resurser" fastslog några deltagare.

Samverkan måste grundas på att det finns gemensamma kvalitetskrav och riktlinjer för vård och omsorg om äldre samt på att krav och riktlinjer verkligen omfattas av berörda. Metoder för samverkan bör ingå i olika yrkesutbildningar och kunna fördjupas genom förebilder vid praktik under utbildningen.

Fortfarande finns på många håll kvarstående brister i att integrera och samverka om ett socialt och medicinskt förhållningssätt i omvårdnaden. Bristerna kommer till tydligt uttryck där metoder för vårdplanering och individuella handlingsplaner inte etablerats. Detta är ett angeläget och stort utvecklingsområde. Den del av vårdprocessen som benämns vårdkedjor har ännu på många håll flera svaga länkar. En utgörs av bristande samverkan vid behovsbedömningar. En annan brist är att man inte tar hänsyn till "den enskildes friska", dvs. hans/hennes kvarstående möjligheter att klara vissa rutiner själv, vilket kan understödja psykisk och fysisk hälsa. I det sammanhanget noterades också behovet av att underlätta självständighet och välbefinnande genom tillgång till goda personliga hjälpmedel.

Deltagarna ansåg vidare att både medicinsk och social omvårdnad måste analyseras och förbättras genom kompetenshöjande insatser.

Brister som påpekades i medicinskt hänseende var bl.a. förekomst av trycksår, oreflekterat bruk av antibiotika och katetrar. Det påpekades vidare, att hemsjukvård för mycket sjuka personer kräver en mycket aktiv uppföljning av aktuell medicinskteknisk kunskap.

En fråga om social omvårdnad gällde miljöns inverkan på enskildas förutsättningar att leva värdigt. Kan en säng, ett bord och ett skåp på en flerbäddssal på sjukhem någonsin vara en bostad som stärker ett individuellt bemötande?

Ett eftersatt område som handlar om både psykiskt och fysiskt välbefinnande är tandvård för äldre. Förebyggande insatser för god tandhälsa liksom, vid behov, behandlingsinsatser har på många håll inte prioriterats vilket haft flera mycket negativa konsekvenser för enskilda. Riskerna för sämre tandhälsa ökar, menade deltagare, genom många olika avgifter som påförs enskilda, vilket gör att de inte anser sig ha råd med tandläkarbesök. Vissa deltagare menade att detta också är en bemötandefråga. Orsakerna angavs emellertid inte bara vara avgifter. Det ansågs också vara en fråga om brister i personaldimensionering

som resulterar i att vissa uppgifter (som förebyggande tandvård) får mindre utrymme exempelvis på sjukhem.

Sammanfattningsvis förmedlade deltagarna också ett antal goda exempel på hur olika brister i utbildning, samverkan m.m. kan undanröjas. Dessa blir belysta i annat sammanhang, bl.a. som del i mina överväganden i ett slutbetänkande.

4.3.4 Företrädare för landstingens förtroendenämnder

Förtroendenämnderna har gradvis blivit mera kända och använda, främst av anhöriga. Det återstår dock behov av att göra nämnderna och deras uppgifter än mera tillgängliga, bl.a. för synpunkter på den kommunala hälso- och sjukvården. Arbetssättet, att mycket flexibelt kunna verka för att klagomål återförs till vårdsituationen för att i förekommande fall kunna förbättra den, bedömdes av företrädarna vara positivt, inte minst för de anhöriga som är rädda för någon form av repressalier för att de "skvallrar på vården".

Frågor om anhöriga, deras betydelse och ställning i vården, samt vissa personalfrågor upptog merparten av diskussionen.

Om anhöriga

Deltagarna menade att det aktiva lyssnandet på anhöriga ofta saknas liksom förståelsen för att anhörigas engagemang är en unik tillgång – det gäller att ta tillvara den. Det borde bl.a. innebära att man är noga med att lämna information på ett sätt som gör att anhöriga känner sig delaktiga och respekterade i sitt engagemang. Förtroendenämnderna har erfarenhet av att anhöriga hör av sig med sina synpunkter först efter den närståendes död. Detta ansågs inte enbart vara ett utslag av sorgearbete eller upplevelse av skuld. Det finns skäl att se förhållandet som del i frågor om bemötande: Hur har anhöriga tagits emot med sina synpunkter före dödsfallet? Har de varit rädda för att kritik skulle gå ut över bemötande och behandling av den närstående, som kanske till följd av svaghet eller sjukdom inte kan hävda sin integritet?

Företrädare för förtroendenämnderna önskade att utredningen skulle uppmärksamma anhörigas formella ställning, dvs. juridiskt förtydliga när och hur mycket anhöriga kan tala för sin närstående. Deltagare ville också ha uppmärksamheten riktad på de situationer – inte minst på sjukhem – då enskilda saknar närstående och/eller ett godmanskap är begränsat såväl i uppdraget som i utövningen.

Om personal och bemötande

- *Synsätt*: Det finns brister i helhetssyn; vården och omsorgen är alltför fragmentiserad både i synsätt och organisation. Väsentliga, grundläggande synsätt måste förankras bättre – det måste vara tydligt att ett gott bemötande är till ömsesidig nytta för enskilda och personal. Integritetsfrågor måste konkretiseras – ett exempel rör bostadsbegreppet. Kan det bli trovärdighet i ett bostadsbegrepp, när den enskilde delar rum, t.ex. med tre andra personer, på sjukhem? Eller när ett gammalt par inte kan få en gemensam miljö för omvårdnad efter ett drygt 50-årigt äktenskap?
- *Rekrytering/utbildning*: Det krävs stor varsamhet vid rekrytering till tjänster på alla nivåer för att omvårdnad och bemötande skall utvecklas med god kvalitet. Större uppmärksamhet måste ägnas behovet av fortbildning, både för att förnya/öka kunskaper och för att hålla personalens engagemang levande. Medicinska och psykosociala omvårdnadsaspekter måste integreras både i utbildning och i yrkesutövning. Större hänsyn måste tas i utbildningen till att äldre personer när de kommer till sjukhus/sjukhem har stora och komplexa behov av vård- och omsorgsinsatser.
- *Arbetsledarskap/arbetsorganisation*:
  I ett väl utfört arbetsledarskap måste ligga att bevaka och förhindra risker för utbrändhet hos medarbetarna, dvs. fysisk och psykisk trötthet som bl.a. leder till likgiltighet inför arbetsuppgifternas innehåll. Handledning, arbetsplatsbyten samt kvalificerad utvärdering av den egna organisationen och de delegeringsformer som används kan vara medel att förebygga utbrändhet.

Ökande stress och jäkt som vissa noterade i olika vård- och omsorgssituationer tolkades på flera sätt. Deltagarna menade att personalminskningar har del i att dessa företeelser uppstår men också hotet och/eller diskussionerna om förväntade men ej förverkligade inskränkningar inverkar. Det framfördes också att personalens utbildningsnivå inte räcker till i flera komplicerade situationer och att detta skapar otrygghet och stress inför risken att göra fel. Ett svagt utvecklat arbetsledarskap (och motsvarande svagheter beträffande arbetsorganisation) kan ge samma resultat i jäkt, dålig överblick och bristande uppföljning av insatser.

4.3.5 Handikapporganisationer

Deltagarna representerade den samlade handikapprörelsen med hänsyn till olika fysiska och psykiska funktionshinder. De frågor som framträdde i diskussionen var dels gemensamma, dels med inriktning på följder av vissa funktionshinder.

Bland handikapprörelsens gemensamma frågor kan nämnas följande.

Om självbestämmande och inflytande

- inflytande för enskilda och deras närstående måste bli en huvudfråga inom vård och omsorg om äldre; makt- och beroendeförhållanden måste analyseras; en kultur som innebär att enskilda inte vågar ha synpunkter på insatser, av rädsla för att stöta sig med personalen, måste bort.
- bostads- och stödbehov måste bedömas både utifrån åldrande och funktionshinder; enskildas egna kunskaper om sin tillvaro och sina behov måste tas tillvara
- vikten av att man i särskilda boendeformer får behålla personliga vanor måste betonas.

Om tillgänglighet i vid bemärkelse

- uppsökande verksamhet måste utvecklas
- samhällsinformation – t.ex. om förändringar i kommunens äldreomsorg – måste förbättras och bli tillgänglig för invånare med olika funktionshinder
- allmän tillgänglighet till olika miljöer måste förbättras i samhället, det är en bemötandefråga för många äldre (bl.a. personer med rörelsehinder).

Om personalens yrkeskunnande

- professionell behovsbedömning måste bygga på kunskap också om behov vid olika funktionshinder
- kunskapsuttunning hos personal av olika kategorier vid långt driven decentralisering är en påtaglig risk – det är viktigt att hitta balanspunkter i denna process
- personalutbildning och handledning måste kraftfullt verka för en individualiserad syn på äldre med funktionshinder.

Om samverkan

- berörda samhällsorgan och deras företrädare måste förbättra och förtydliga sin samverkan, enskilda skall inte utsättas för ytterligare påfrestningar genom att hänvisas fram och tillbaka mellan olika revir
- samverkan med handikapporganisationer måste utvecklas till större ömsesidighet (det påpekades att skyldigheter för kommunen finns i detta hänseende i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Erfarenheter av olika funktionshinder

Det föreligger en allvarlig kunskapsbrist (möjligen också en fråga om attityder) när det gäller äldre döva och deras rätt till sitt förstaspråk, teckenspråket. För att kunna få rätt stöd och få en tillvaro med innehåll måste det finnas tillgång till teckenspråklig gemenskap i exempelvis gruppbostäder och dagvård; teckenspråkskunskaper måste också finnas hos vårdpersonal.

Fungerande tolktjänst och kunskaper om dövas villkor är vidare ett villkor för en professionell behovsbedömning. Företrädare för döva menade även att döva äldre, oavsett kommungränser skall kunna söka sig till bostäder som erbjuder teckenspråkskunnig personal och umgänge med andra på teckenspråk. Detta är en valfrihetsfråga enligt dövas organisationsföreträdare. Bemötandet av människor som kommunicerar genom tolk eller har svåra tal- och språkstörningar kräver särskild kunskap och tid. Döva, hörselskadade och andra äldre med kommunikationshinder måste få detta behov tillgodosett vid kontakter med olika myndigheter och verksamheter.

Företrädare för synskadade uppmärksammade det starka krav på kontinuitet som måste ställas vid hjälp, stöd och service till äldre med synskador. Det är en trygghetsfråga som bl.a. handlar om rätten att kunna hitta i sin egen bostad. Det är viktigt att bevara funktioner som den enskilde kan klara själv – det behövs därför inflytande från enskilda och ett okonventionellt sätt att tänka bort stelbenta regler för vad hemtjänst får eller inte får innehålla. Kontinuitetskrav handlar också om integritet: om den enskilde behöver hjälp att läsa sin post, är det kränkande om hjälpen måste utföras av många och det inte känns säkert att tystnadsplikten respekteras. Förbättrad rehabilitering och lättare tillgång till hjälpmedel liksom samverkan mellan exempelvis syncentraler – heminstruktörer framfördes som ytterligare en bemötandefråga.

Företrädare för personer med rörelsehinder påpekade vikten av självbestämmande och helhetssyn t.ex. vid erbjudande om bostadsalternativ för äldre. Personaldimensionering inom stöd, service, vård och omsorg måste utgå från de faktiska behov som finns när någon har rörelsehinder och andra funktionshinder. Vidare måste individualiserad, planerad rehabilitering ställas till förfogande också om man är över 65 år. Överhuvudtaget uppmärksammades att olika insatser ändrar karaktär vid en 65-årsgräns – exempelvis rätten till personlig assistans – även om den enskildes behov av stödet inte ändrats (eller ibland snarare ökat). Det är viktigt att inte skapa isolering genom att minska på insatser som innebär att personer kan hålla kvar ett eget socialt nätverk och egna intressen. Färdtjänst (även över kommungränser) och ledsagarservice liksom lämpliga personliga hjälpmedel är viktiga stöd i detta hänseende. Som för andra är

kontinuitet en väsentlig kvalitet i vård och omsorg. Samtidigt måste man eftersträva flexibilitet i insatserna efter enskildas intressen och önskemål, exempelvis att få hjälp att lägga sig på olika tider så att man även som äldre kan delta i ett umgängesliv. En viktig valfrihetsfråga är möjligheten att enligt eget val få hjälp av manlig eller kvinnlig personal för att sköta personlig hygien. Avlösning av anhöriga måste utvecklas mera och kunna erbjudas flexibelt.

Från bl.a. företrädare för personer med utvecklingsstörning påpekades att vissa personer till följd av funktionshinder alltid måste ha hjälp till stöd för självbestämmande och inflytande. Detta behov måste bevakas och bli väl tillgodosett av t.ex. kunniga gode män, som kan samverka väl med den enskilde och hans/hennes personal.

Vidare framfördes att utbildning av personal och forsknings- och utvecklingsarbete måste få en framträdande plats för att skapa ett gott bemötande av äldre som i tidig ålder fått omfattande funktionshinder, bl.a. personer med utvecklingsstörning. Kunskap om deras behov under åldrandeprocessen är föga utvecklad ännu, det gäller såväl bostads- som stödformer. Frågan om stöd i den egna bostaden behöver analyseras ytterligare för att undvika flyttningar som inte initieras av den enskilde eller hans företrädare. Hemtjänst i en vägledande roll (så att enskilda får utföra uppgifter som de vill klara av själva) måste utvecklas. Vissa äldre personer med funktionshinder upplever det som en kränkning när de blir fråntagna uppgifter som de kan bemästra med visst stöd.

Sammanfattningsvis uppmärksammade flera att kunskap om funktionshinder är dåligt företrädd i äldreomsorg trots att så många äldre gradvis får funktionsnedsättningar. Deltagare påpekade att det inte räcker att bara låta personal delta i utbildningar – man måste också vara beredd att ta hand om och använda ny kunskap i ett arbetslag.

Det måste också bli ett samband mellan teoretisk utbildning och praktik liksom ett förbättrat innehåll i arbetsplatsförlagd utbildning. Handledare måste utbildas vidare. Bland ämnen som nämndes var hjälpmedel, konsekvenser av olika funktionshinder och bemötande av personer i livets slutskede.

Omvårdnadsaspekter betonades från flera håll som viktiga bemötandefrågor, t.ex. att få hjälp med rätt kost och god förebyggande tandvård.

I övrigt förmedlades att omsorgen och vården om äldre med funktionshinder i större utsträckning borde använda sig av organisationernas kunskaper bl.a. vid planering av insatser, prioriteringar och personalutbildning. Deltagarna framförde vidare att organisationerna har en viktig förebyggande uppgift genom att stötta sina medlemmar i att inte ålägga sig en undergiven äldreroll. Det innebär t.ex. att ge stöd till enskilda och deras anhöriga så att de kan delta aktivt i vårdplanering och ha ett verkligt inflytande över insatser.

4.3.6 Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning

Inledningsvis diskuterades vikten av att ta den varningssignal på allvar som innebär att frustrationer över nedskärningar (eller diskussioner om sådana) kan riskera att gå ut över personalens bemötande av patienter. Patienten får inte bli *belastningen* i sjukvården. Attityder till äldre inom vården speglar inte bara den egna organisationens kvaliteter utan också samhällets inställning till äldre. Behovet av att i t.ex. massmedia ta upp goda exempel betonades liksom värdet av att betrakta dagens insatser också mot en historisk bakgrund.

Deltagarna kunde konstatera att frågor om förhållningssätt och bemötande aktualiseras alltmer liksom behovet av "etisk handledning" i hälso- och sjukvården. Från olika yrkeskategorier finns ett engagerat intresse att ta tillvara.

Utbildning i frågor om förhållningssätt och bemötande är väsentlig liksom fortbildning för att hålla den etiska diskussionen levande. Ett kvalificerat arbetsledarskap innebär att stimulera till fördjupad förståelse för verksamhetens mål. Detta måste göras till en tydligare uppgift.

Personalen måste få stöd i att tillämpa sina utbildningserfarenheter individuellt och flexibelt – det är kompetens. Personalen måste också uppmärksammas på de beroendeförhållanden som lätt uppstår mellan den som ger vård och hjälp och

den äldre patienten. Professionell omvårdnad och omtanke är begrepp som måste konkretiseras i vardagsarbetet och få utrymme tillsammans med insatser för diagnostik och behandling.

Vikten av att ta sig tid och lyssna på synpunkter från äldre betonades som del i ett respektfullt bemötande. Förmåga till inlevelse kan och skall stimuleras. Det måste finnas förståelse för att dagens gamla har haft andra levnadsvillkor än nästa generation äldre.

Samverkan mellan huvudmännens insatser måste stärkas liksom integration mellan medicinsk och social omvårdnad, särskilt vid den individuella planeringen av åtgärder för "medicinskt färdigbehandlade". Deltagare framförde vidare att det är behov av en förstärkt geriatrisk kompetens inom akutsjukvård både av det skälet att äldre behöver längre tid vid diagnos och behandling och på grund av att deras sjukdomar kan uppvisa annan symtombild än yngre patienters. Vården måste ta ansvar för helhetsbedömningar som innebär att såväl övervård som undervård kan undvikas. Gamla människor måste få känna sig värda en kvalificerad vård som ges med individuell omtanke.

Självbestämmande och inflytande är viktiga inslag i god vårdkvalitet och behöver stärkas. Dagens äldre är ovana vid att begära insatser och ha synpunkter på vårdinnehåll. Det bör vara ett professionellt ansvar att öka möjligheterna till inflytande.

4.3.7 Företrädare för länsstyrelserna

Vid denna hearing upptog frågor om rättssäkerhet (och brister i rättssäkerhet) för äldre i vård och omsorg stort utrymme. Man ansåg att sådana frågor är en väsentlig del i ett vidare bemötandebegrepp.

Bland de rättssäkerhetsfrågor som togs upp kunde man urskilja ett antal som kan sammanfattas i "brister som följd av institutionalisering": tvång genom inlåsning eller bindning (i stol, säng, toalett), kollektiv hantering enligt institutionella rutiner, brister i information (t.ex. vid flyttningar inom eller mellan boendeenheter), brister i sekretess och dokumentation, försummelser beträffande omvårdnad, dålig uppföljning av riskhändel-

ser och olycksfall, låg eller ingen trovärdighet i ett bostadsbegrepp som gäller de äldre sjukhemmen med flerbäddsrum, dålig kunskap hos enskilda, deras anhöriga och personal om överklagningsmöjligheter, brist på starka företrädare för många ensamma äldre.

Orsakerna till bristerna fann man vid denna hearing vara
- kunskaps- och kompetensbrister hos vårdpersonal, tjänstemän och politiker
- urholkning av grundläggande synsätt, t.ex. avgifter som tas ut av enskilda ställda mot begreppet skälig levnadsnivå samt bristfälligt förverkligande av honnörsbegrepp som "integritet, självbestämmande och valfrihet".
- resursbrister, i synnerhet nedskärningar beträffande personal.

Bland nödvändiga åtgärder nämndes
- tydliga politiska mål för äldreomsorgens innehåll samt förankring av gemensamt synsätt som förhindrar fragmentisering och kollektiv hantering
- genomlysning av utbildningsbehov och systematisk utbildningsplanering: en nyckelgrupp är biståndshandläggarna liksom den personal som arbetar närmast de äldre – i båda fallen finns kunskapsbrister i förhållande till nya krav
- stor uppmärksamhet och tydliga krav på kvalificerat arbetsledarskap
- kvalitetssäkring
- belysning av och åtgärder för att öka rättssäkerheten i institutionella bostadsformer samt plan för att åstadkomma ett trovärdigt bostadsbegrepp
- arbetsorganisation som tar fasta på behov av kontinuitet i den enskildes perspektiv (bl.a. ökad användning av och stöd till kontaktpersoner)
- förstärkning av status i arbetsuppgifter inom vård och omsorg av äldre
- beskrivning och utveckling av metoder för omvårdnad till vissa äldre med särskilda behov
- belysning av möjligheten att berika torftigt dagsinnehåll i särskilda boendeformer.

4.3.8 Pensionärsorganisationer

Inledningsvis fördes en diskussion om utredningens syfte. Det är gott men det finns enligt deltagarna anledning att allvarligt ifrågasätta möjligheten att få resultat av förslag om det inte ställs ekonomiska medel till förfogande.

Deltagare menade att det alltid finns ett samband mellan ekonomi och innehållet i bemötande (både på individuell nivå och samhällsnivå) när det gäller s.k. svaga grupper. Solidaritetsbegrepp och andra honnörsord förändras efter konjunkturer – som exempel påpekades situationen för dem som har det allra snävaste utrymmet i sin privatekonomi genom låga pensioner, förändrade bostadstillägg, minskade förbehållsbelopp m.m.

Även om den ekonomiska situationen starkt påverkar bemötandet och synen på äldre menade deltagarna att det finns skäl att analysera hur tillgängliga medel faktiskt används och hur kvaliteter i vård och omsorg bevakas. Man ansåg också att allmänna attityder i samhället kan prägla utvecklingen av insatser för äldre. Förekommer åldersrasism? var en fråga som väcktes.

Man pekade på att inskränkningar av personal, begränsade satsningar på utbildning samt ökat tryck på kvarvarande personal ger sämre vårdinsatser och dåligt bemötande som t.ex. kränkningar av enskildas integritet.

Deltagarna pekade på erfarenheter av hur olika förhållandena är mellan kommunerna – både kostnads- och kvalitetsförhållanden. Det är dock inte alltid givet att höga vård- och omsorgskostnader ger bättre insatser. Med hänvisning till den tidigare utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (SOU 1996:133) framhölls även skillnader i insatser i ett könsperspektiv.

I övrigt uppehöll man sig främst vid

- frågor om enskildas (och anhörigas) inflytande
- personalutbildning (olika yrkeskategorier)
- tillsyn.

Frågor om inflytande

Genom hierarkiska organisationsformer, överbelastad personal och brist på kompetenshöjande satsningar vidmakthålls ett underläge med bristande självbestämmande och inflytande för enskilda i vård och omsorg. Till detta kommer enligt deltagarna hot om förändrad besvärsrätt och den kvarstående bristen på sanktionssystem mot huvudmän som inte fullföljer sina uppgifter. En särskilt angelägen fråga var hur inflytandet skall kunna säkras för dem som är utsatta och som inte har (starka) anhöriga.

Brukarnas och brukarorganisationernas direkta kontakter med vårdens företrädare behöver utvecklas. Deltagarna pekade på pensionärsorganisationernas väsentliga verksamhet för att rusta sina medlemmar med kunskaper och samhällsinformation och för att driva intressepolitik till gagn för äldre. Man menade att organisationernas inflytande borde säkras ytterligare genom lagstiftning. Kommunala pensionärsråd (KPR) måste få stöd för sin utveckling och tas på allvar som en aktiv part, inte bara som ett forum för informationsgivning.

Personalutbildning

Utbildning (alla yrkeskategorier) måste främjas både beträffande generella kunskaper om åldrande och specifika kunskaper (som t.ex. kunskaper om demens). Nya former, t.ex. gemensam utbildning för personal och anhöriga bör prövas både för att stärka dialogen dem emellan och för att få till stånd en bättre förmedling av forskningsresultat. Det är som del i en väl genomförd kvalitetssäkring väsentligt att analysera effekterna av en systematisk utbildningsplanering för att förändra "gammal sjukhemskultur" och traditioner i synsätt som t.ex. nedlåtenhet mot äldre och deras anhöriga. Genom satsningar på utbildning och kvalitetssäkring i vård och omsorg om äldre ansåg deltagarna att följande områden måste kunna förbättras – idag finns betydande brister på många håll.

- information till enskilda och deras närstående samt behovsbedömning
- enskildas möjligheter till inflytande
- vårdplanering

- rehabiliteringsinsatser
- arbetsledning och handledning till personal av olika kategorier
- specialkunskaper om exempelvis medicinsk säkerhet och trygghet, demenssjukdomar, hjälpmedel
- uppföljning och förändringsmöjligheter beträffande arbetets organisation
- kunskap om lagar och föreskrifter som reglerar vård och omsorg.

Andra förslag rörde möjligheter att utveckla empati hos personal, att värna om personalens engagemang och att ta emot negativa synpunkter på vården och omsorgen som ett sätt att utveckla verksamheten.

Anhörigas situation speglades, framförallt behov av att den analyseras i samband med biståndsbedömningar. En individualiserad syn på anhöriga innebär att beakta varje anhörigs ork och möjlighet att ge stöd och omsorg till sin närstående. I vissa fall, där detta inte sker, ställs anhöriga inför det någon kallade "tvångsarbete". Det är i sig en risksituation som ytterst kan leda till bristfällig vård och omsorg.

Tillsyn

Beträffande tillsyn efterfrågades mera aktiva insatser från Socialstyrelsen liksom från lokala kontaktpolitiker vid de olika särskilda boendeformerna. Förtroendenämndernas möjligheter att ta tillvara enskildas synpunkter och återföra dem till vården (hos båda huvudmännen) behöver bli mera kraftfulla.

4.3.9 Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter

Deltagarna vid denna hearing konstaterade att de ärenden som når dem och som avser äldre förefaller att bli alltmera komplexa. Allt större krav ställs på att tillsynsenheterna har kapacitet för omfattande och genomlysande utredningar. Det går t.ex. inte bara att acceptera uppgifter om att det finns en doku-

menterad individuell vårdplanering eller fastlagda rutiner för att förebygga fallskador. Praktiken, *hur* planer och rutiner fullföljs, måste skärskådas. Uppfattningen var, att s.k. försummelseärenden (när kunskap finns men inte används i viss situation) är en ökande andel av anmälningar som rör äldres vård och omsorg.

Vad är egentligen *brister* i bemötandet? Med den beskrivning som deltagarna lämnade föreligger en skala från subtila kränkningar, försummelser, hårdhänt behandling till övergrepp och misshandel. Mot bakgrund av dagboksutdrag (dagböcker från anhöriga) diskuterades också behovet av omtanke, att professionellt kunna visa inlevelseförmåga också i mycket vardagliga situationer som vid måltider, i klädsel och språkbruk och i stöd till den som är glömsk. Denna omtanke och inlevelseförmåga måste också bygga på kunskap.

Kunskaps- och kompetensfrågor upptog stor del av diskussionen liksom de grundläggande värderingar som styr bl.a. informationsöverföring mellan verksamheter hos olika huvudmän, integrering mellan medicinska och sociala omvårdnadsaspekter, biståndsbedömning och vårdplanering samt resursanvändning. Perspektivet blir många gånger verksamhetens, inte den enskildes.

En gemensam uppfattning var att det måste finnas ett tydligt uttryckt *ansvar* för att utveckla yrkeskunnande/kompetens. I en kommun – deltagarna frapperades över de stora olikheter som kan förekomma inom en och samma kommun – måste det finnas klart formulerade mål för kunskapsutveckling och en utbildningsstrategi som svarar mot nya krav inom vård och omsorg av äldre. Detta måste ingå i en nödvändig kvalitetssäkring av medicinsk och psykosocial omvårdnad.

Förutsättningarna för att ge god vård och omsorg diskuterades ingående. Besparingskrav kan inverka menligt om de förverkligas utan helhetssyn och med begränsad förståelse för att enskilda *samtidigt* är beroende av flera insatser i fungerande samverkan. Då uppstår, som en deltagare formulerade det, "klyftor mellan besjälade program och verkligheten".

Fortfarande saknas dock på många håll metoder för att olika yrkeskategorier skall kunna samverka och följa upp insatser utifrån sina olika, väldefinierade kunskapsområden. Det återstår att bearbeta kulturella skillnader mellan olika verksamheter

(hälso- och sjukvård och socialtjänst) och få en gemensam utgångspunkt i att insatser måste individualiseras.

Övergripande finns enligt deltagarna behov av att skärskåda hur enskildas situation påverkas av olika karaktär i gällande lagstiftning (bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen).

Vidare väcktes frågan om behov av nya tillsynsformer som bättre än nu kan svara mot äldreomsorgens utveckling och struktur.

4.3.10 Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning

Deltagarna slog fast vikten av att äldreomsorgen grundas på gemensamma, väl förankrade värderingar och betydelsen av att ansvariga är tydliga i mål, uppdrag och uppföljningar.

Behovet av att utveckla individuella handlingsplaner och dokumentation är stort.

Det är viktigt att få till stånd en diskussion om biståndsbedömningar i ett kommunikationsperspektiv. Det kan inträffa att en bedömning som uppfattas som gemensam egentligen består av fyra bilder och därmed helt olika förväntningar – den enskildes, den anhöriges, biståndsbedömarens samt bilden hos den som skall genomföra insatsen. Inflytandefrågor måste uppmärksammas mera (också i relation till anhöriga). Möjligheter till inflytande för äldre beror på många faktorer. Bland dem exempelvis traditioner i vårdklimat, negativa attityder som innebär att äldre betraktas på annat sätt än yngre, äldres undergivenhet och tacksamhet över att få hjälp, resursförhållanden och olika synsätt på verksamheten som exempelvis att den särskilda boendeformen är "personalens hus", inte enskildas bostad.

Fortlöpande kompetensutveckling är nödvändig för att utveckla frågor om bemötande. Det har blivit successivt tydligare att det också behövs specifika kunskaper inom vården och omsorgen av äldre, exempelvis kunskap om situationer för äldre invandrare och för personer med utvecklingsstörning eller psykisk störning. Många gånger finns kunskaper inom den egna organisationen men de tas inte tillvara för att vägleda andra på ett systematiskt sätt.

Att utveckla kontaktpersonssystem är till fördel för att stärka ett gott bemötande. Det gäller inte minst bemötandet av personer i livets slutskede och deras närstående.

God samverkan för en allsidig och individualiserad omvårdnad med hänsyn både till medicinska och sociala behov måste stärkas liksom ett utvecklat dagsinnehåll, särskilt i sjukhemsmiljöer.

Det är mycket betydelsefullt att analysera hur befintliga resurser inom äldreomsorg används – det finns behov av nyskapande för att utveckla kvalitet och innehåll samt säkerställa att man utför "rätt saker" för den enskilde efter hans/hennes behov. Återkommande kvalitetsbedömningar med delaktighet från olika personalkategorier och brukare/anhöriga bör vara ett naturligt inslag i vården och omsorgen om äldre.

5 Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet av äldre

5.1 Inledning

En allsidig bild av brister i bemötandet av äldre kräver beskrivningar som hämtas från flera olika källor. Det framgår även av utredningens direktiv (bil. 1).

Under den hittillsvarande utredningstiden har jag fått många brev, telefonsamtal och personliga besök av främst anhöriga och andra närstående till äldre, ofta mycket gamla personer med stora behov av vård- och omsorgsinsatser.

De allra flesta kontakterna har förmedlat erfarenheter av ett bristfälligt bemötande, ibland diskriminerande behandling och övergrepp. Några få har tagit kontakt för att berätta om en i deras tycke särskilt god vård och omsorg. Vissa har i sina beskrivningar av allvarliga missförhållanden ändå bemödat sig om att också uppmärksamma ljuspunkter som skulle kunna leda till förbättringar. Vanligen har man vid kritik mot personalens bemötande framfört, att det finns många medarbetare som är mycket duktiga, men att de inte alltid uppskattas efter förtjänst. Man har många gånger oroats av att vissa i en personalgrupp kan ha en särskilt stor arbetsbörda i jämförelse med andras insatser.

Motiven för att man som anhörig delger utredningen sina upplevelser och erfarenheter är flera och ofta sammansatta. Jag återkommer till dessa motiv i senare avsnitt. De är i sig en källa till kunskap för att undanröja brister i bemötandet. En sådan källa är också de fåtaliga äldre som själva hört av sig om missförhållanden. De mest utsatta kan inte ta kontakter. De som av egen kraft skulle kunna förmedla synpunkter hindras ibland av rädsla för att kritisera. Företrädare för pensionärs- och handikapporganisationer har dock delgivit vissa enskilda per-

soners upplevelser av bemötande i vård, omsorg och i samhället i övrigt.

Under ett antal rubriker, som ger uttryck för vanliga brister, citerar jag beskrivningar av konkreta situationer och hur de kan te sig för berörda. I kapitel 6 där jag återkommer med vissa slutsatser av det samlade materialet om brister i bemötande av äldre ingår också dessa beskrivningar som underlag.

5.2 Enskildas berättelser har ett eget värde

Här vill jag som utredare redovisa mitt förhållningssätt till det material som genom bl.a. brev ställts till mitt förfogande.

Ibland blir berättelser från äldre och deras anhöriga betraktade som ett tämligen ovidkommande anekdotiskt material. Starka känslomässiga inslag leder till att trovärdigheten ifrågasätts eller att gängse krav på objektivitet och generaliseringsbarhet inte anses uppfyllda. Därmed får berättelserna inte någon långvarig uppmärksamhet.

Min uppfattning är att enskildas berättelser har ett eget värde för att göra bilden av brister i bemötandet fullständig och gripbar. Det behövs en lyhördhet och ett aktivt lyssnande inför det som förmedlas. På så sätt kan också de personer, äldre och anhöriga, som nu inte *vågar* föra fram sina synpunkter få en ökad styrka och bli bemötta med respekt och öppenhet.

Att betona värdet av enskildas berättelser strider inte mot behovet av genomlysande studier utförda med höga krav på vetenskaplighet, inte heller mot behovet av fortlöpande och fördjupad analys av det slags systematiskt samlade uppgifter som finns i databaser redovisade i kapitel 3.

På åtskilliga ställen i detta betänkande och i andra publikationer som utgör underlagsmaterial för ett planerat slutbetänkande framkommer behovet av ett ökat individualiserat bemötande av äldre och en större lyhördhet inför enskilda personers upplevelser och erfarenheter. Vidare efterfrågas i flera sammanhang en konkret belysning av innebörden i begrepp som självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Till detta kommer att relationer inom vård och omsorg (mellan exempelvis anhöriga

och personal) utpekats som ett område inom vilket det krävs ett betydande mått av utvecklingsinsatser.

Sammantaget leder detta till att jag här vill uppmärksamma ett material som enligt min mening bör mötas med respekt för sitt innehåll av mycket personliga erfarenheter.

5.3 Brukares och anhörigas upplevelser av brister i bemötande

5.3.1 Om personligt bemötande och möjligheter till inflytande

Inledning

Att bemöta någon på ett personligt sätt innebär att se honom/henne som en unik individ med egna behov, intressen och förutsättningar. I detta ligger också att den enskilde skall ha rätt och möjligheter att påverka mötet, uttrycka och få beaktade sina egna önskemål – kort sagt, utöva självbestämmande och inflytande. Ibland formuleras det som rätten att vara subjekt i ett samspel med andra, inte objekt för någons självrådiga handlingar.

Vissa personer behöver hjälp för att bevaka dessa rättigheter till självbestämmande och inflytande. Att ge sådant stöd kräver ingående kännedom om personen och hans/hennes levnadsomständigheter och en stor lyhördhet så att inte företrädarskapet utvecklas till kränkande maktutövning.

Jag har – tillsammans med många andra, vilket redovisas i detta delbetänkande – funnit att det föreligger brister i vården och omsorgen om äldre när det gäller synsätt, arbetssätt och bemötande i ett individuellt perspektiv. Kollektiv hantering tillhör det som jag funnit vara ett oacceptabelt inslag i äldreomsorgen. Kollektiv innebär här att man bortser från individuella behov – ibland med motiveringen att det handlar om rättvisa att ge alla samma insatser enligt fastlagda rutiner. Hantering

uttrycker att människor bemöts som objekt. Vanligen förknippas detta med institutionella bostadsformer. Flera studier har visat att institutionen i sig tenderar att framkalla kollektiva lösningar i vardagssituationer. Det har i andra sammanhang varit ett framträdande motiv för institutionsavveckling. Men också i situationer när enskilda inte bor kollektivt kan det uppstå institutionellt bemötande genom stelbenta regler och brist på insikt i att bemötandet måste bygga på ett individuellt synsätt och en humanistisk människosyn.

I det följande ger jag några exempel på bristande förhållningssätt till enskilda i olika bostads- och stödformer. I vissa exempel talar brukaren, i andra anhöriga eller medarbetare inom vården och omsorgen om äldre.

Några inblickar i vardagen

Det står inte på listan ... Vid 82 års ålder får en kvinna uppleva följande i sitt eget hem när hon är beroende av hemtjänst och hemsjukvård till följd av flera komplicerade sjukdomar och blindhet.

... "Varje dag kränks min integritet av ett stående uttryck: Jag har inte tid – det står inte på listan och nu måste jag gå för min tid är ute ...

... Städdagen är ett lysande exempel. Då mina dagar ofta växlar med värk och ork att stiga ur säng på bestämd tid, bad jag personal att börja i vardagsrummet och fortsätta med kök och badrum ... Nej, man börjar alltid i sovrummet blev svaret".

Hon berättar också om sin glädje att kunna planera och delta i matlagning. Hon skulle ännu orka göra det vissa dagar. "Men det står inte på listan ..."

... "Jag måste väl ändå se positivt. Jag får gå ut i trädgården varje tisdag, det står på listan ... Jag saknar respekten för mina önskemål och min person." Avslutningsvis tackar hon för att hon fått skriva och berätta ...

Måtte man vara död innan man hamnar här ... Så sa någon i personalgruppen till en dotter som besökte sin gamla mor på sjukhemmet.

Av dotterns brev framgår brister i det individuella bemötandet på ett sätt som särskilt belyser den torftiga kommunikationen i sjukhemsmiljöer. Den har många beskrivit. Ibland ges förklaringen att torftigheten beror på dem som bor där och deras höggradiga demens eller andra sjukdomar. Jag finner att man då visar bristfälligt kunnande om alternativa sätt att närma sig och samspela med personer med demens eller andra svåra sjukdomar/funktionsnedsättningar.

Så här kunde det vara för modern och andra gamla på sjukhemmet:

- De kunde sitta i timmar och titta in i väggen
- Man pratade inte med dem, utan till dem
- Man pratade över huvudet på dem
- Man rusade in i rummet utan att knacka
- Man kunde komma bakifrån och utan att säga något lyfta rullstolen på två hjul och köra iväg ...

Dottern kommenterar bl.a. ... "som väl var fanns det bra personal också, men mycket tid gick åt att prata privat i köket, samtidigt som de boende satt ensamma och kallade på hjälp".

Till priset av ett dåligt rykte som ilsken och obstinat ... Nu är han ålderspensionär men i sitt brev förmedlar han en erfarenhet av flera olika vårdmiljöer sedan han på 1950-talet fick polio, blev totalförlamad och ständigt beroende av respirator ... "Detta har givit mig en hel del insikter i hur sjukvård och äldrevård bedrivs i landsting och kommun ..."Han konstaterar att patienten/vårdtagaren redan från "sitt inträde i vårdapparaten" befinner sig i ett psykologiskt underläge. Vårdbehovet i sig liksom den ovana miljön åstadkommer detta och patienten/vårdtagaren bör dessutom visa undergivenhet och tacksamhet.

Han skriver ... "Jag har dock fått kämpa för min integritet och livskvalitet, ofta i motvind och till priset av ett dåligt rykte som varande ilsken och obstinat. *Efter ett par decennier* (kursiverat här) har dessa epitet mattats och ersatts av respekt ..."

Att möta sin nya bostadsmiljö ... 93 år gammal skall en kvinna flytta in i en liten vårdenhet, nybyggd, och med en personalgrupp som anhöriga förväntade sig vara kunnig och inkännande.

När hon kommer dit tillsammans med sin dotter finner de personalen samlad vid ett bord i matsalen. De väntar sig, liksom de flesta av oss skulle göra, ett personligt välkomnande och viss hjälp vid ankomsten. Istället får de beskedet att personalen först skall skriva rapport ...

De anhöriga (som också i övrigt skildrar brister i ett individualiserat bemötande) skriver ... "Med dessa rader är vi ej ute efter hämnd ..." De vill istället påpeka förhållanden ... "så samma saker ej skall drabba andra äldre eller sjuka personer".

Äldreomsorgen – ett lotteri? Mot bakgrund av långvarig yrkeserfarenhet inom vård och omsorg av äldre har en medarbetare beskrivit hur kvaliteterna i äldreomsorgen skiftar från verksamhet till verksamhet. Det gäller inte minst beträffande bemötandet av äldre som unika personer som har rätt att leva värdigt under sin ålderdom. Detta blir till ett lotteri, enligt brevskrivaren, där det är lätt att dra nitlotter ...

Hon tar upp de styrande principerna för ett gott bemötande och skriver ... "Fråga de gamla om de har

- *självbestämmande* när de inte ens vågar be om hjälp för sitt toalettbesök, för det infaller på "fel tid" för personalen!
- *integritet* – ett ord som används för att slippa bry sig.
- *värdighet* – är det när personalen skriker åt fru X: Har Du nu pissat på golvet igen, får Du själv torka upp det!?
- *trygghet* – är det att bli hotad att få flytta från sin bostad om man inte sköter sig?"

Personligt och värdigt intill livets slut ... En anhörig, tidigare verksam inom sjukvården, är väl medveten om att den gamle mannen är döende. Hon finner det stötande när matbrickan rutinmässigt sätts fram och personal uttrycker missnöje när mannen inte äter. Hon upplever också att dödsbudet från sjukhuset förmedlas mekaniskt och utan känsla. Man har "glömt bort" att kalla på henne när tillståndet försämras. När hon talar med läkaren om förloppet är han helt oförstående och hänvisar till rutinerna på avdelningen ... Hon skriver ... "Man undrar varför en del inrättningar har insikt och förståelse" och ställer frågan hur man skall få "fjällen att falla från andras ögon ..."

5.3.2 Om information och ömsesidigt informationsutbyte

Inledning

Ett led i ett personligt bemötande är att enskilda och deras närstående får en god information. Det är också väsentligt för att de skall kunna utöva självbestämmande och inflytande. Det handlar dock inte enbart om att de skall *få* information, enskilda och deras närstående skall också bli respekterade när de lämnar upplysningar om sin situation och sina åsikter.

Det finns många klagomål på information och på bristande ömsesidighet i informationsutbytet. Bristerna kan i vissa fall få mycket allvarliga följder, vilket framgår av kapitel 3.

Av brev och telefonsamtal från enskilda och deras närstående har framkommit att bristerna i information ofta handlar om en eller flera av följande företeelser.

- Man får som enskild och anhörig få eller inga informationer om vardagens rutiner i en vård- eller omsorgsmiljö, inte heller uppgifter om vad personalen heter eller till vem man skall vända sig i olika frågor.
- Informationen kommer för sent, när bristen redan skapat oro och ängslan.
- Informationen lämnas bryskt och utan möjligheter för mottagaren att ställa frågor.
- Informationen anpassas inte till mottagaren (språkligt, innehållsmässigt, med hänsyn till miljö eller till nödvändiga hjälpmedel).
- Man bryr sig inte om uppgifter som lämnas av enskilda och deras närstående.
- Man ger information som inte bygger på aktuell kunskap och hänvisar inte till andra som skulle kunna komplettera.
- Det ömsesidiga informationsutbytet ses överhuvudtaget inte som en kvalitetsfråga i vård och omsorg (trots förekommande föreskrifter i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen).

- Man brister också i "formell information", exempelvis i journalföring, omvårdnadsdokumentation och besvärshänvisningar.

Jag hänvisar till ett sammanfattande och belysande exempel på dessa brister som finns i referatet av den dagbok som citeras i kapitel 3. Bristerna återkommer även i anmälningar till förtroendenämnder och tillsynsorgan. Ytterligare några muntligt eller skriftligt förmedlade exempel beskrivs här.

Några inblickar i vardagen

Har man frågat och frågat i många veckor blir det till slut tröttsamt ... En dotter som har sin mor på en enhet för personer med demens beskriver med rubrikens ord hur hon försöker beställa tid för hårvård åt modern. Litet uppgivet konstaterar hon att personalen ändå kommer ihåg läkarbesök men inte hårvården. "Det senare är naturligtvis mindre viktigt ..." men resultatet blir att modern klipper sig själv. "Det har hela tiden varit svårt att få ut information till de olika tjänstgörande. Det saknas kommunikation mellan vårdbiträdena på avdelningen."

Hon berättar vidare att det trots allt börjar bli positivt med kontaktpersonssystem men att avdelningen har många praktikanter ... "det är svårt att känna igen alla dessa olika främmande personer varje gång man kommer på besök, eftersom ingen bär namnskylt". Namnskyltar var något som anhöriga utlovats vid en anhörigträff för tämligen länge sedan ...

Oförskämd anhörig? En annan dotter ställer frågan – efter negativt bemötande och otillfredsställande upplysningar av sjukhemmets arbetsledare – om hon är oförskämd, när hon vill veta "varför mammas båda handleder har kraftiga blåmärken runt om" ...?

Vi ville bara veta vad de skulle göra med mamma ... Ytterligare en dotter beskriver muntligt hur hennes drygt 80-åriga mor fick en cancerdiagnos och skulle opereras. Modern hade en demenssjukdom och fick sin omvårdnad av anhöriga i hemmet. Upprepade försök att nå ansvarig läkare per telefon och vid personliga besök misslyckades trots att många lovade lämna

besked till honom. De anhöriga ville veta vad som skulle hända, om riskerna att operera en så gammal kvinna och vad det skulle kunna förorsaka henne av smärta. De ville också ha information om och bli delaktiga i planering av eftervård. Till sist tvingade dottern fram ett samtal som då skedde i ett väntrum där andra passerade under hela samtalet ...

Överenskommelse? En anhörig förbereder tillsammans med hemtjänsten hur det skall gå till när en 88-årig dam kommer hem från sjukhuset. ... "Trots upprepade löften var det ingen som tog emot. Mor fick stå ute i oktoberkylan utan ytterkläder och vänta i en halvtimme." Anhöriga konstaterar ... "information, kommunikation och planering fungerar dåligt. "

Med all rätt. ..."Jag ville ha ett skriftligt besked med besvärshänvisning."Handläggaren bemötte begäran genom en motfråga ... "Vad ska det vara bra för? Det finns ändå inga platser" (på servicehus). En annan anhörig undrar om man måste använda förvaltningslagen för att få några svar på sina frågor om vården och omsorgen ...

5.3.3 Om personlig omvårdnad

Inledning

Den bristande omvårdnaden av äldre, i synnerhet av enskilda med små eller inga förutsättningar att själva framföra klagomål, är något som upprör anhöriga – men också företrädare för personal – allra mest. I breven, telefonsamtalen och vid de personliga kontakterna går det att urskilja hur vissa, mycket starkt upplevda, frågor väcks av de händelser som relateras. De kan sammanfattas på följande sätt.

- Varför finns det inte någon medkänsla inför skyddslösa och svaga människor? Hur kan starka personer vilja utnyttja sin maktposition mot den som inte kan försvara sig?
- Hur kan detta (dvs. en beskriven händelse) hända just i de miljöer som har samhällets uppdrag att särskilt måna om och hjälpa gamla människor? Skall inte omtanke och kompetens vara något som är särskilt väl utvecklat där?
- Hur skall vi (enskilda och närstående) någonsin kunna lita på vården och omsorgen efter detta?
- Hur skall vi kunna leva vidare med vetskapen om hur våra anhöriga utsattes under sin sista tid i livet? Hur kan vi förhindra att andra blir offer för motsvarande?

Dessa reflexioner knyts till händelser som samtliga upplevts som allvarliga psykiska och fysiska kränkningar. I vissa fall är de mycket märkbara. De har t.ex. påtagligt försämrat någons hälsa. I andra fall är kränkningarna av det slag som i utredningsdirektiven benämns subtila och föga dokumenterade. Ett exempel på det senare kan vara att man i det särskilda boendet inte är rädd om den enskildes personliga och av honom/henne högt värderade ägodelar eller att man inte bryr sig om var de skall placeras för att vara tillgängliga för en äldre person med synskada och rörelsehinder.

Omvårdnadsbegreppet innefattar mycket. Det är inte heller alltid möjligt att i praktiken särskilja olika omvårdnadsbrister från andra inslag i kränkande händelser som exempelvis rör bristande personligt bemötande eller bristfällig information och kommunikation.

Att ge god omvårdnad handlar om kunnande, omtanke och varsamhet inför den enskilda personens behov. Helhetssyn är ett nyckelbegrepp för att beskriva att en persons behov av t.ex. medicinska, sociala, psykologiska och tekniska insatser inte kan fragmentiseras. Att så sker och att det ökar upplevelser av maktlöshet är ett av de vanligaste klagomålen från alla berörda inom vården och omsorgen av äldre, såväl enskilda och anhöriga som olika yrkesföreträdare. Många har uttalat sig om att den bristande integreringen av synsätt och åtgärder är förödande och att den måste vara ett av de viktigaste områdena att bearbeta med bl.a. utbildningsinsatser.

För att spegla olika aspekter på upplevelser av bristande omvårdnad citerar jag i det följande från några berättelser och hänvisar till jämförelse med innehållet i kapitlen 3 och 4.

Några inblickar i vardagen

Att få god och tillräcklig kost och dryck, är exempel på anspråkslös vardaglig omvårdnad som uppvisar stora och välkända brister. Klagomålen handlar här om kall och smaklös mat, utan hänsyn till vad den enskilde tycker om eller ogillar; låg kontroll på vad en person intar när han/hon är glömsk; dåliga och opersonliga sätt att mata den som behöver hjälp; bristande tid att göra måltider till lugna och trevliga avbrott i dagen. Motsvarande gäller möjligheter att få tillräcklig dryck. Flera påtalar risken för uttorkning eller har upplevt att deras anhöriga blivit sjuka av vätskebrist.

Att få lämpliga läkemedel på ett säkert sätt – "det skulle man inte behöva orda om", sa någon anhörig. Liksom i de riktade studier som gjorts av bl.a. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget beskriver anhöriga över- och undermedicinering, ohörsamhet mot givna ordinationer och dålig uppföljning, också i förhållande till den enskildes tidigare sjukdomshistoria och till den speciella kunskap som behövs för att ordinera lämplig medicin till mycket gamla människor. Ett särskilt problem är läkemedel (och övrig medicinsk omvårdnad) för att lindra smärta hos personer i livets slutskede.

Ett exempel om en drygt 90-årig man i särskilt boende: Mot nedstämdhet och oro hade behovsmedicinering ordinerats. An-

höriga fann mannen sittande i ett dvalliknande tillstånd i sin rullstol. Han var "helt borta" och hämtade sig först efter cirka en vecka. Anhöriga ifrågasatte personalens tolkning av hur medicinen skulle ges "vid behov" och hur delegering skett. Man hade inte noterat att andra sjukdomar/funktionsnedsättningar hos mannen kunde inverka. En fråga om det förelåg tablettförgiftning nonchalerades med orden "han är så dement". (Demensutredning hade inte gjorts.) De närstående upplevde att personal använde demensstämpeln för att inte bry sig om de gamlas oro och behov av kontakt.

Ett annat exempel från anhörig: ... "Då jag väl kände till doseringen påpekade jag vid ett tillfälle att två tabletter saknades men fick till svar att det var rätt och så hade det alltid varit." Vid kontakt med ansvarig sjuksköterska erkändes så småningom feldoseringen ...

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 som ibland blir allvarligt försummat. En dotter berättar om sin mor, som har en demenssjukdom, hur modern inte kommer ihåg att tvätta sig och byta kläder. Hon motsätter sig också hjälp med dessa rutiner. Resultatet blir att hon, som i sitt tidigare liv var mycket proper, uppträder smutsig och illaluktande när hon får besök. Dottern tar upp förhållandet med arbetsledaren på enheten som menar "att man måste respektera patienten". Dottern som vet att det går att lirka respektfullt med modern undrar över "vad för slags respekt man visar patienten genom att vederbörande får gå omkring och stinka på detta sätt, då både hon själv och omgivningen lider av det ..."

Denna dotter och flera andra har också påpekat bristande och ovärdig omvårdnad när deras anhöriga har på sig fel kläder, t.ex. i förhållande till årstid och klimat, vardagskläder vid festtillfälle, "barnslig utstyrsel" som tonårsbyxor och tonårsfrisyr osv.

Att få ha tillgång till sina personliga hjälpmedel är enligt anhöriga också något som försummas. Det handlar t.ex. om att inte se till att den enskilde får hjälp att använda eller sköta sitt hjälpmedel (bl.a. hörapparat, glasögon, rullstol), att behov av reparationer inte tillgodoses – samt att hjälpmedelsbehov överhuvudtaget inte uppmärksammas dels på grund av personalens

kunskapsbrister, dels på inställningen att hjälpmedel inte har betydelse för den som är gammal och svag.

Ett exempel handlar om upprepad obetänksamhet som kan bli till något allvarligt ... "de når inte sina ringklockor när de sitter i rullstolen, de kan inte kalla på hjälp ..."

En anhörig som anstränger sig för att ha en fortlöpande kontakt med en åldrig mor trots egna funktionsnedsättningar skriver ... "Min mor har hörapparat och den måste då och då få nya batterier. Personalen klarar inte ens att byta batterier och att köpa nya batterier när så behövs. Hanteringen av min mors tandprotes fungerar inte heller."

Att få gå på toaletten när man själv vill, kan tyckas vara självklart. Men anhöriga har uppehållit sig vid att toalettbesöken styrs av förhållanden som inte har med den enskildes behov eller värdighet att göra. "Man får gå när de (personal) har tid."

Man har också reflekterat över hur personer blir inkontinenta genom att de inte får gehör för sina egna sätt att påkalla hjälp för toalettbesök. "Blöjor och katetrar är väl bekvämare för vården men ovärdigare för den som inte kan säga emot", sa någon.

En äldre kvinna berättar hur hon vid besök hos sin man på sjukhemmet ofta fick byta på honom. Hon påpekade detta och fick det korta svaret "vi är vana vid att patienterna gör i byxan".

Det förekommer också i anhörigas redovisningar beskrivningar av hur mycket hjälpbehövande personer lämnas ensamma på toaletten, fastbundna med t.ex. lakan för att inte falla ...

Att få viktig förebyggande omvårdnad som tandvård och fotvård: Så här beskrivs en situation, liknande förekommer i flera kontakter med anhöriga. ... "I min enfald trodde jag att man fick hjälp med tandborstning varje dag." Den anhöriga hjälpte sin mor till tandhygienist och tandläkare, som skrev en plan för hur den gamla kvinnan skulle få hjälp med tandhygienen. "Det gick en tid och när jag frågade personalen hur det gick med mors tandhygien fick jag följande svar: "Jag vet inte, det är en praktikant som hjälper henne och hon kan ju inte så mycket." Slutresultatet blev att tänderna gick förlorade. Den anhöriga konstaterar ... "Det som saknas i första hand är ju ledning av personalen och uppföljning av ålagda arbetsuppgifter."

Ett annat exempel beskriver också hur en tandläkare förklarat att tandhygienen hos en kvinna måste förbättras genom personalens försorg. Anhöriga ber då personal om hjälp och bemöts med följande ... "En skötare sa helt fräckt till mig att det är så mycket besvär med mamma och tänderna så att det snart bara finns en utväg kvar, nämligen att dra ut dem ..."

Bristande fotvård kan beskrivas så här: ... "Jag blir så ledsen när jag får se att hans naglar är långa och inte klippta. Naglarna har växt in i skinnet"... "De har lovat regelbunden fotvård. Ingen lyssnar och löften är inget man kan lita på."

Omvårdnad av önskemål, intressen och andra behov: Det är många äldre personer som berättar för anhöriga om bristen på innehåll i dagen. Det finns också många äldre som inte kan berätta själva om hur de sätts framför en TV till program som de inte förstår och med ljud som de lider av ... Medarbetare i äldreomsorgen beskriver att det inte finns tid och vilja att göra något åt "guldkanter i tillvaron" ... Anhöriga reflekterar över varför personalen inte har tid att uppmärksamma hur små inslag av omtanke kan betyda mycket för att miljön inte skall verka så förkrossande glädjelös ... Enskilda äldre ställer frågan varför ingen vill tala med dem om existentiella frågor. "Mina andliga behov är på undantag" sa en äldre kvinna. "Känslor behöver också sin vård" sa en annan. Ensamhet, sorg, rädsla och hemlängtan behöver få förstående gensvar. Det är också viktigt att ha någon att dela glädje, omtanke och goda minnen med.

Vad önskar man? Det kan vara att få röra sig, inom- eller utomhus, även om man behöver mycket hjälp; att få höra musik som man själv tycker om och inte alltid efter personalens smak; att få ha det vackert och städat omkring sig – många anhöriga beskriver att bostadsmiljön vanvårdas eller att städning sker utan omtanke om hur den enskilde vill ha det; att någon samtalar om annat än vårdrutinerna och slår hål på den ensamhet som många upplever i kollektiva bostadsformer; att det finns rehabiliteringsperspektiv (t.ex. försök att med fantasi stimulera till minnesträning och skapande verksamhet; rörelseträning som motverkar trycksår och kontrakturer samt allmänt ökar välbefinnandet); att tillsyn finns för dem som behöver sådan och att den inte sätts ur spel genom att samtlig personal "går på möte".

Det handlar enligt mångas berättelser om att bry sig om och se "till både kroppens och själens behov" som någon uttryckte det.

Inte minst betydelsefullt är detta vid omvårdnad och bemötande i samband med att någon vårdas i livets slutskede och dör: "En personal kom för att fastställa dödsfallet. Vad som berörde mig och dottern illa var att hon kom iklädd ytterplagg och var otrevlig i sättet "..."Det gör ont ännu ..."

5.3.4 Några reflexioner

Detta måste förändras:
Anhöriga observerade omfattande kärlbristningar hos en gammal kvinna. Hennes förklaring var ... "De tar så hårt när de drar upp mig så därför blir det avtryck. Det gör ont, men det måste jag tåla." Då anhöriga ville tala med personalen bad den gamla kvinnan att de inte skulle göra så ... "det kan bli värre då" ...

De som kommer till tals i föregående avsnitt av detta kapitel är både huvudpersonerna, de gamla, i vården och omsorgen om äldre, deras närstående och personal. Det finns en gemensam och djup oro över hur utvecklingen skall fortsätta. Några ängslas över resursfrågorna; framförallt anser de att personalen inte dimensioneras i antal och kunskaper efter behoven, varken i öppen hemtjänst eller i de särskilda boendeformerna. De allra flesta är emellertid *mest* oroliga och upprörda över det synsätt och den inställning som råder på flera håll. De upplever en tilltagande brist på känsla och inlevelse inför gamla människors utsatthet. Många reflekterar över inslag av maktutövning som överhuvudtaget inte skall ha utrymme i vården och omsorgen om äldre. Flera menar att personal/arbetsledare varje dag borde ställa sig frågan om de skulle vilja ha vård och omsorg på samma sätt som de ger den till andra ...

I synnerhet anhöriga försöker hitta förklaringar till varför det blir dålig kvalitet i innehållet. Man tar upp brister i arbetsledning, utbildning och handledning; man försöker se hindren i arbetsorganisation och i gamla rutiner samt diskuterar hur rekryteringar sker till anställningar inom äldreomsorgen. Särskilt uppmärksammar man brister i samverkan med anhöriga och den bristande tilltro till deras erfarenheter och kunnande, som man anser att personal av olika kategorier visar.

Många berättelser beskriver den diffusa roll som anhöriga upplever att de har i förhållande till personalen och den försvarsinställning som finns gentemot synpunkter, förslag och kritik. Ibland kan man i brev och samtal följa en negativ upptrappning i relationen mellan anhöriga och personal. Det börjar med enkla frågor som inte besvaras eller löften som inte infrias, så förvandlas den bristande kommunikationen till en allt djupare brist på ömsesidig tillit och så småningom till en konflikt. Den anhörige kan t.ex. uppmanas "att ta hem honom om det inte passar här".

Varför förmedlar anhöriga sina berättelser?

Det inledande exemplet liksom övriga citat i tidigare avsnitt säger något om anhörigas motiv till att förmedla sina upplevelser till utredningen. Det säger också något om personalens behov av vägledning och stöd i sin uppgift. (Det senare återkommer jag till i ett slutbetänkande.) Jag vill uppehålla mig något ytterligare vid anhörigas motiv, eftersom de ibland är ifrågasatta. Deras berättelser betecknas inte sällan som anekdotiska, orättvisa beskyllningar o.dyl.

Djupast och oftast möter man i beskrivningarna det engagemang som innebär att barn eller andra närstående vill det bästa för en åldrig förälder, släkting eller vän. Av rädsla, undergivenhet eller tacksamhet skall de då inte behöva bortse från att de märker brister i bemötandet, nedlåtenhet eller maktutövning mot sin närstående.

Jag anser att den kultur som innebär att man inte *vågar* framföra synpunkter är ett inslag i äldreomsorgen som ovillkorligen måste bli föremål för kraftfulla åtgärder. Något "tiga-och-lida-syndrom" är inte värdigt. Det är enligt min mening kränkande oprofessionellt att hålla fast vid bl.a. rutiner som skapar denna upplevda inskränkning i yttrandefrihet. Både anhöriga och personal kan ha missuppfattat en situation. Det kan t.o.m. handla om ömsesidiga orättvisa beskyllningar – rätten att förmedla sin uppfattning står kvar.

Anhöriga förmedlar sina åsikter och upplevelser mot bakgrund av en lång historia i större eller mindre närhet till den äldre. I vård- och omsorgsmiljöer finns erfarenheter som hör samman med just dessa miljöer. Det kan alltså finnas helt olika perspek-

tiv. Det är bl.a. därför väsentligt att man som personal försöker samla kunnande om en persons tidigare liv. Det gäller särskilt då han/hon har svårt att delge sådana upplysningar själv. För anhöriga skapar det delaktighet att tillsammans med den enskilde få lämna beskrivningar av tidigare erfarenheter till någon som lyssnar respektfullt och förstår att upplysningarna har ett värde.

Det finns kanske också föreställningar och erfarenheter som uppkommit vid anhörigas och enskildas kontakter med andra vårdmiljöer än den som är aktuell. Därför är det särskilt betydelsefullt att möta enskildas och anhörigas synpunkter med uttömmande och tillgänglig information (och lyhördhet för frågor) om den nya miljön. I detta sammanhang är den individuella och allsidiga planeringen, väl dokumenterad, ett mycket gott och nödvändigt hjälpmedel.

Det kan ibland, men inte alltid, vara så att anhöriga har negativa synpunkter på vården och omsorgen grundade på upplevelser av egen skuld och/eller sorg för att de själva inte kan eller vill ge den fortlöpande hjälpen till sina närstående. De upplever det nödvändiga beroendet av andras insatser med en kluvenhet. Den kan ge upphov till att de mycket detaljerat förmedlar synpunkter på hur insatserna skall vara. De betraktas då ofta som besvärliga anhöriga. Inom vård och omsorg talas det ibland om åldriga föräldrars barn som kommer hem under semestertider och vill "ta igen" sina frånvarande insatser under resten av året genom stora anspråk på snabba förändringar.

Jag kan inte finna att detta skall leda till att deras synpunkter nonchaleras. Ett professionellt krav måste vara att ta hand om kritiken på ett seriöst sätt. Det innebär att lyssna, undersöka förhållandena och göra anhöriga informerade och delaktiga i vad som är möjligt att ändra. Det innebär vidare att hålla de överenskommelser som görs. Det är dock minst lika viktigt att kunna visa inlevelse inför anhörigas känslomässiga upplevelser. Först genom ett sådant bemötande kan de känna tillit till att vården och omsorgen är kvalificerad och trygg även när de inte finns på plats. Att kunna ha tilltro till att vård och omsorg ges med känsla och kunnighet även när anhöriga inte har direkt insyn är något av det allra viktigaste enligt många anhöriga.

Det finns också motiv för att förmedla synpunkter som handlar om sorgen och rädslan inför eget åldrande och tilltagande

funktionsnedsättningar. Det kan färga kommunikationen med personal. Också detta måste vara möjligt att möta med kunnande, inlevelse och en samtidig respekt för vad den anhörige vill förmedla.

Med dessa korta reflexioner vill jag peka på en brist som jag vill återkomma till i mina överväganden och förslag i ett slutbetänkande. Inom vården och omsorgen finns ännu få möjligheter att ta emot enskildas, närståendes och medarbetares *känslomässiga upplevelser,* även i de fall när deras klagomål blir seriöst undersökta och föremål för åtgärder. Än sämre är det i situationer när t.ex. anhöriga inte möts av något gehör, klagomål nonchaleras eller en utredning slutar i att ett händelseförlopp inte kan verifieras, "ord står mot ord". I flera av de kontakter som jag fått som utredare avspeglas denna situation. Anhöriga förmedlar sina upplevelser för att själva få upprättelse och för att visa att de ansträngt sig för att deras närstående skall få en bättre tillvaro.

Jag menar att vi här kan notera en brist som berör bl.a. grundsyn, organisation, utbildning och arbetsledning. Den berör också på vilka sätt enskilda och anhöriga själva eller genom ombud (bl.a. genom frivilliga organisationer) skall kunna hitta kanaler för att både utöva ett aktivt inflytande och få hjälp till självhjälp i situationer som innebär svåra känslomässiga omställningar vid t.ex. närståendes tilltagande sjukdom och bortgång.

6 Analyser och slutsatser

6.1 Inledning

Några utgångspunkter

Avsikten med detta kapitel är att i någon mån sammanfatta de kunskaper och erfarenheter som hämtats från olika källor med kvalitativa och kvantitativa uppgifter. För att undvika upprepningar hänvisar jag till en fyllig sammanfattning i kapitel 3 samt till de referat och kommentarer som finns i kapitel 4 och 5. Framförallt vill jag här beskriva mönster som framträder och visar på behov av förändringar. De skall ligga till grund för förslag som kan undanröja brister och missförhållanden som rör bemötande av äldre. I vissa fall rör det sig om förändringsbehov som ligger utanför mitt utredningsuppdrag men som ändå noteras för att kunna beaktas i andra utredningar eller i forsknings- och utvecklingsarbete. I det sammanhanget hänvisar jag även till kapitel 7. Jag kan inledningsvis konstatera, att vissa brister och missförhållanden kräver ett fortlöpande och långsiktigt arbete för att kunna undanröjas medan andra problem redan närmar sig sin lösning eller har förutsättningar att kunna lösas med i tid begränsade åtgärder. Till detta återkommer jag i ett slutbetänkande.

För att kunna bedöma ett förhållande som en brist eller ett missförhållande måste det finnas dels värderingar och normer, dels kunskaper mot vilka det går att ställa iakttagelser, upplevelser och erfarenheter. Brister och missförhållanden är avvikelser från det goda innehåll vi gemensamt vill se i vård och omsorg om äldre. Det skall karakteriseras av respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Kring dessa begrepp finns en betydande uppslutning. Sämre är förhållandet när

begreppens innehåll skall bli gripbart och tillämpat. Det gäller på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Inledningsvis beskriver jag den fond av värderingar, normer och kvalitetskrav mot vilken iakttagelser och erfarenheter skall ställas. Därefter redovisar jag mina analyser och slutsatser beträffande brister och bristområden som rör bemötandet av äldre. Jag bygger då på kartläggningens samlade underlagsmaterial, redovisat i tidigare kapitel.

Behov av reflexion

Ett gott bemötande måste bygga på reflexioner över vilket synsätt vi har på människan – och på varje människa. Principen om alla människors lika värde är grunden.

Min kartläggning visar behov av att vi skapar utrymme och möjlighet för denna reflexion, i vardagsarbetet, under utbildningar, i planeringsprocesser och i den samhällsdebatt som bl.a. media påverkar i hög grad. Grundläggande värderingar måste mycket tydligare än vad som nu är fallet vara integrerade i vårdens och omsorgens vardag. Det påtalades bl.a. av många vid de hearings som tidigare refererats. Deltagarna föreslog flera vägar för att åstadkomma denna fördjupning av vårdens och omsorgens synsätt på äldre. Min avsikt är att beakta dessa synpunkter i mina kommande överväganden. En självklar slutsats är att dessa kommer att beröra ett flertal områden, såväl insatser som avser personal av olika kategorier som förutsättningar inom verksamheters strukturer och andra resurser.

Bemötande är en viktig del i andra insatser

Det framstår klart att

- synpunkter på bemötande finns öppet redovisade eller gradvis synliggjorda i anmälningar som handlar om andra inslag i vård och omsorg; de kan vara omvårdnad, behandling, information m.m.; upplevelser av kränkningar och brister är sammansatta och komplexa; det är också en följd av att äldres vård- och omsorgsbehov ofta kräver insatser från flera olika verksamheter.
- det finns en uppfattning, som jag delar, att det i praktiken inte är möjligt eller önskvärt att försöka separera frågor om

bemötande från exempelvis behandling och omvårdnad i hälso- och sjukvården. Ett gott bemötande leder till mer kvalificerade resultat i övriga insatser. Det finns inte anledning att anta något annat förhållande när det gäller bemötande som del i socialtjänstens åtgärder.

Det nämnda är anledning till att jag så ingående beskrivit händelseförlopp som först kan tyckas ligga långt från frågor om bemötande. För detta angreppssätt har jag stöd av utredningens direktiv som anvisat en rad olika kunskapskällor som t.ex. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). För att ytterligare belysa hur nära bemötandefrågorna förhåller sig till andra inslag i vård och omsorg har jag även beskrivit på vilket sätt exempelvis förtroendenämnder kategoriserar inkomna anmälningar.

En generell slutsats är att det finns en underrapportering om enbart specifikt uttryckta bemötandefrågor beaktas. Den kvarstår även vid antagande om att bemötandefrågor ingår som väsentlig del i t.ex. anmälningar om omvårdnadsbrister. Anmälningar från enskilda och anhöriga till förtroendenämnder och tillsynsmyndigheter m.fl. avser färre anmälningar i grupper 65 år och äldre vid jämförelse med andra åldersgrupper. Om detta relateras till den ökande vårdkonsumtionen bland äldre blir förhållandet än mera påtagligt. Jag gör antagandet att det finns ett betydande mörkertal, dvs. synpunkter på brister i bemötandet finns i betydligt större omfattning än vi nu kan kvantifiera. Den relevanta följdfrågan blir dels hur rapporteringen skall bli tydligare (och även inkludera erfarenheter av socialtjänstens insatser), dels hur enskilda och deras närstående skall stödjas i att ta upp frågor om bemötandet i vård och omsorg. Ytterligare en väsentlig fråga är självfallet hur risker för kränkande bemötande och andra brister skall förebyggas.

Bemötande i enskildas perspektiv

Jag återkommer flera gånger i detta delbetänkande till en mycket påtaglig brist i bemötandet av äldre, nämligen att vi inte ser den enskilda personen och hans/hennes inflytande och delaktighet i samspelet med andra. I vissa sammanhang har jag uttryckt detta som att kartläggningen visar många exempel på "kollektiv hantering". Förhållandet finns som underliggande orsak till flera av de händelser som relateras, både i anmälningar och i exempelvis brev från anhöriga. Den kollektiva hanteringen kan visa sig i olika former, t.ex. i rutiner som innebär att alla får samma insats för att det skall råda något som uppfattas som rättvisa. Att de individuella behoven och förutsättningarna är olika beaktas inte, vilket ger upphov till bristfälligheter och orättvisa. I begreppet kollektiv hantering ligger också det perspektiv man valt i en verksamhet. Den skall inte bedöma sina kvaliteter ensidigt efter egna behov och vad den i sitt perspektiv vill beteckna som rationell vård och omsorg. Det ursprungliga syftet med verksamheten, att ge god vård och omsorg till enskilda, får inte gå förlorat. I rådslagen med olika grupper aktualiserades temat i flera diskussioner som bl.a. berörde politisk styrning, kvalitetssäkring, arbetsledarskap och kompetensutveckling.

Det är en övergripande slutsats av det samlade kartläggningsmaterialet att vi måste utveckla tankar, kunnande och metoder för att uppnå ett respektfullt *individuellt* bemötande i vård och omsorg.

Att se helheten

Kartläggningen har givit många tankar om det något slitna men viktiga begreppet helhetssyn. Erfarenheterna visar på behovet av att reflektera över och se flera slags helheter.

Jag hävdar starkt behovet av ett synsätt på äldre med innebörden att de måste ses som subjekt i bemötandet. Det innebär samtidigt att jag är väl medveten om att vi alla är beroende av varandra i samhällsgemenskapen och därmed också i viss mening objekt för andras handlingar. I ett av de citat som finns i kapitel 5 berättar någon om sin mor. Hon har en demenssjukdom, kan inte och vill inte tvätta sig. Hon får inte tillräcklig hjälp för att hålla sig ren. Motivet är att "patienten skall res-

pekteras". Den anhöriga frågar sig – med vetskap om att det går att "lirka" med modern – vad slags respekt det är när modern är smutsig och illaluktande ... I denna situation visas den gamla kvinnan ett bristfälligt bemötande: Hon skulle genom "hänsynsfullt lirkande" kunna känna lust att tvätta sig och kanske t.o.m. kunna förvänta sig det behagliga resultatet (som subjekt) men behöver respektfull praktisk hjälp för att genomföra handlingen (som objekt). Det är helhetssyn.

Jag talar i detta betänkande också om behov av en annan helhet, nämligen integreringen av kunskap från olika områden. Som många andra ser jag det som en stor brist att vi inte kommit längre när det gäller att underlätta flödet och samverkan mellan teoretisk kunskap och praktisk kunskap eller mellan t.ex. medicinskt och psykosocialt yrkeskunnande. Enskilda personer – och i synnerhet dem som till följd av åldrande, sjukdom eller funktionsnedsättningar har omfattande hjälpbehov som tillgodoses från flera olika verksamheter – är maktlösa i de situationer som präglas av oklara ansvarsförhållanden, försummelser genom dålig samverkan och oacceptabla revirstrider.

Exemplen på sådana förhållanden är dessvärre flera i detta betänkande. De måste göras synliga för att vi skall kunna förändra. Beskrivningarna och analyserna måste dock läsas även med vetskapen om – och den helhetssynen – att det *finns* goda förebilder inom vård och omsorg om äldre. Det goda bemötandet finns bl.a. i de många exempel som jag fått som svar på en förfrågan till landets kommuner och landsting. Några beskrivs i rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52), andra återkommer jag till i mitt slutbetänkande.

I det följande beskriver jag kvalitetskrav – som avser värderingar och kunskaper – och analyserar det som måste ändras. Hur det skall ske har jag börjat överväga. I den processen vill jag att många skall delta. Därför kommer detta betänkande och rapporten med de goda exemplen att spridas brett med förhoppningen att många skall bidra med både analyser, slutsatser och framåtsyftande förslag.

6.2 Behov av kvalitetsutveckling

6.2.1 Inledning

Enligt utredningens direktiv är nyckelorden för ett gott bemötande och ett innehåll med kvalitet i vård och omsorg respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

I mitt föregående delbetänkande (SOU 1996:161) behandlade jag de värderingar som kommer till uttryck i socialtjänstlagen (1980:620/SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763/HSL), lagen om åliggande för personal inom hälso- och sjukvård (1994:953/åliggandelagen) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387/LSS). Även annan lagstiftning, redovisad i kapitel 3, uttrycker genom krav på vissa yrkesutövare och verksamheter värderingar om bemötande och verksamhetsinnehåll.

Sammanfattningsvis uttrycks i dessa lagar värderingar som innebär att enskilda äldre (och deras närstående) vid möten med verksamheter för vård och omsorg skall kunna förvänta sig omtanke och respekt för självbestämmande och integritet. Det skall finnas lyhördhet för deras personliga behov. Insatser skall utformas och genomföras i samråd med dem som är berörda. Vårdens och omsorgens åtgärder skall präglas av kunskap, erfarenhet och inlevelse. Det skall finnas förutsättningar för att uppleva vården och omsorgen som trygg och säker.

Med dessa begrepp och deras innebörd skall kartläggningens erfarenheter jämföras. Kraven på att utveckla och säkra kvaliteter i vårdens och omsorgens innehåll har under senare tid skärpts eller håller på att skärpas. Jag avser bl.a. nya lagar och föreskrifter om kvalitet och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården samt förslag (i en proposition våren 1997 angående förändringar i SoL) om nya lagbestämmelser bl.a. beträffande god kvalitet respektive personalkompetens inom socialtjänsten.

I detta sammanhang vill jag även uppmärksamma pågående arbete inom utredningen HSU 2000 med syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Nationellt och internationellt riktas för närvarande uppmärksamhet på maktstrukturer och beroendeförhållanden inom hälso- och sjukvård. Jag

finner mot bakgrund av förhållanden som jag noterat också anledning att rikta motsvarande uppmärksamhet på enskildas ställning inom socialtjänstens insatser.

Vid min analys av brister i bemötandet av äldre och de behov av kvalitetsutveckling som bristerna kan föranleda har jag funnit vissa mönster. De vittnar om samband med följande områden

- enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg
- förebyggande arbete i vid bemärkelse
- tillsynsverksamhet.

I det följande beskriver jag hur erfarenheter från kartläggningsarbetet med stor överensstämmelse leder fram till de områden som nämnts. I vissa fall rör det sig om brister som kräver fortlöpande kvalitetsutveckling inom flera områden för att kunna undanröjas.

6.2.2 Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg

Patientens ställning

I uppdraget till utredningen HSU 2000 ingår att bl.a. överväga åtgärder för att brygga över patientens underläge i hälso- och sjukvården. Förslag till förbättringar skall redovisas, t.ex. när det gäller information till patienten för att han/hon skall kunna medverka vid val av behandling. Det kräver för en kvalificerad informationsinsats även systematiska uppföljningar för att inhämta kunskap om behandlingars effekter och risker. Utredningen skall också pröva hur patientens egna erfarenheter och resurser kan tas tillvara på bättre sätt inom vård och rehabilitering. HSU 2000 förväntas under andra halvåret av år 1997 lägga förslag om patientens ställning.

Jag finner att detta utredningsarbete inom HSU 2000 har stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens förhållande till äldre patienter. Min kartläggning har i sina olika delar visat brister i motsvarande områden som framhävs i uppdraget till HSU 2000. Jag tänker bl.a. på den utsatthet och det godtycke

som många enskilda och deras närstående upplevt vid kontakter med vård och omsorg. Underläget blir mycket tydligt när det handlar om gamla människor (i vissa fall utan anhöriga) som av åldrande, sjukdom eller omfattande funktionshinder har små eller inga möjligheter att hävda inflytande och integritet.

Brister i information liksom bristande uppmärksamhet på att ta tillvara enskildas egna erfarenheter och resurser är också något som jag funnit och återkommer till i följande avsnitt. Behovet av systematiska uppföljningar och återföring till olika verksamheter av inhämtad kunskap är enligt min kartläggning betydande.

Jag har därför för avsikt att under det fortsatta utredningsarbetet samråda med HSU 2000 i dessa frågor med särskild inriktning på äldre och deras närstående liksom på personal av olika yrkeskategorier som möter många äldre inom hälso- och sjukvården.

Beroendet som risk enligt kartläggningen

Som framgått tidigare finner jag anledning att uppmärksamma äldres ställning i såväl hälso- och sjukvård som i socialtjänstens verksamheter. Med tanke på anhörigas roll i relationer med vård och omsorg finner jag det självklart att också deras ställning uppmärksammas.

Att som äldre få insatser inom vård och omsorg innebär ett beroendeförhållande. Det behöver i sig inte upplevas i nedsättande bemärkelse även om orsaken till hjälpbehovet, exempelvis sjukdom eller funktionsförlust, är något negativt för den enskilde. Förutsättningen är dock att insatserna ökar den enskildes välbefinnande, utförs kunnigt med ett värdigt bemötande och enligt de överenskommelser som den enskilde och/eller närstående haft inflytande över.

Risker finns som innebär att beroendeförhållandet på olika sätt utnyttjas till maktutövning av den som ger, planerar eller beslutar om insatsen. Ibland handlar maktutövningen också om verksamhetens organisation och riktlinjer. Riskerna ökar när den enskildes (och anhörigas) psykiska och fysiska krafter avtar och hjälp- och omvårdnadsbehovet blir mycket omfattande.

Företrädare för pensionärs- respektive handikapporganisationer har uppmärksammat mig på att beroendeförhållanden kan

utvecklas ömsesidigt negativt också inom familjen. Den som är beroende av hjälp från närstående försöker att inte "vara till besvär" av tvång eller tacksamhet. Situationen kan även vara pressande för de närstående, exempelvis genom att de blir uttröttade på grund av brister i avlösningsmöjligheter.

Riskernas orsaker

Varför händer följande? En drygt 80-årig kvinna med demenssjukdom flyttas som ett kolli mellan ordinarie bostad, flera sjukhus, sjukhusavdelningar, sjukhem och olika sjukhemsenheter. Under hennes sista två levnadsår finns minst tio flyttningar dokumenterade och ytterligare ett osäkert antal relaterade ...

Kanske beror det på brister i synsätt och kunskaper hos den närmaste personalen? Det finns uppfattningar som att hon "ändå inte märker var hon är och hon är störande var hon än är". Kanske på att arbetsledningen tillåter en händelseutveckling med flera flyttningar för att avlasta en uttröttad och underdimensionerad personalgrupp? Eller att den gamla kvinnan saknar ett ombud som känner henne väl, har inlevelseförmåga och kan "vikariera" för hennes bristande förmåga att uttrycka sin vilja?

Oavsett vilket svar som ges på frågorna handlar det om att omgivningen använt sin makt mot en person som genom sin sjukdom blivit tvungen att överlämna sig till ett totalt beroende av andra. Vad vet vi om hennes upplevelser? Hon kunde inte berätta varken om tillfällen av gott bemötande någonstans i "flyttsvängen" eller om dåligt och bryskt handlag när hon skulle äta, tvättas osv.

I kapitel 7 har jag beskrivit att jag återkommer i mitt slutbetänkande till frågor om personal och dess situation. Jag vill här för klarhetens skull förmedla att jag inte ensidigt ställer den närmaste vårdpersonalen till svars för brister. Det finns situationer där det finns all anledning att mycket allvarligt ifrågasätta bemötandet från den närmaste personalen. Det finns emellertid också situationer när personal av särskilda skäl har *försatts* i ett läge där kunskapen, tiden, inlevelsen m.m. inte räcker till. Ibland beror detta på att den nödvändiga dialogen saknas mellan verksamhetens personal och den politiska eller administrativa ledningen.

Upplevelser av ett negativt beroende som bl.a. innebär överdriven tacksamhet och rädsla som tystar enskildas och anhörigas kritik kan spåras i flera exempel i mitt material. Jag har studerat den mindre benägenheten hos äldre och deras närstående att anmäla brister och försummelser i jämförelse med yngre åldersgrupper. Det finns i materialet exempel som konkret visar hur äldre "finner sig" i smärtupplevelser och hårdhänt behandling. Denna tystnad är självfallet något negativt i enskildas perspektiv – även om de inte vågar tro det. Det är också en brist att verksamheter inom vård och omsorg (*samt* utbildningsinstitutioner) inte får ta del av erfarenheterna.

I uppdraget till mig – liksom vid hearings – har redovisats hur kränkande bemötande förekommer i ett slags skala från subtila kränkningar till övergrepp och fysiskt våld. De senare förekommer i högre grad i anmälningar till tillsynsmyndigheter m.fl. När jag analyserat de samlade erfarenheterna av enskildas och anhörigas upplevelser av negativa beroendeförhållanden i vård och omsorg liksom de "typexempel" som tillställts mig från förtroendenämnder, tillsynsorgan m.fl. har det blivit allt svårare att se några av händelserna som subtila, dvs. enligt ordets betydelse som hårfina eller utstuderade.

Utifrån kan det handla om händelser som ter sig små, i enskildas perspektiv kan de vara oerhört kränkande och skapa en otrygghet som är mycket avlägsen de kvalitetskrav som uppställts. Händelserna uppstår inte ofta genom någon utstuderad beräkning. Många gånger är anledningen en omedvetenhet om kränkningens eller bristens betydelse för den enskilde. Den omedvetenheten och bristfälliga insikten kan förmedlas genom flera led i en verksamhet. Jag avser bl.a. de exempel där enskilda i sin ordinarie bostad är beroende av hemtjänstens hjälp och den "subtila kränkningen" kan bestå i att man inte får information om förändringar, t.ex. ändrad tid för hjälpen eller utebliven hjälp. Det händer kanske inte något dramatiskt genom detta (men *kan* vara mycket ödesdigert). Det är ett brott i kontinuitet och kan ge en grundläggande brist i tillit till insatserna. Det kan också förmedla upplevelser av att det inte "spelar någon roll att jag finns", dvs. en stark känsla av att vara gammal, förbrukad och på undantag. Med detta vill jag ange att ett förebyggande arbete för att undanröja brister i bemötandet inte

kan begränsas till företeelser som blir föremål för anmälningar enligt tidigare redovisning.

Beroendeförhållanden som blir till former av ytterligt negativ maktutövning kan ha flera orsaker. Jag har nämnt brist på medveten människosyn, kunskap och inlevelse. Enligt diskussionerna vid hearings står dessa begrepp för avgörande inslag i gott yrkeskunnande och kompetens. Det finns också andra orsaker inom verksamheter, exempelvis sådana som handlar om brister i behovsbedömning, kommunikation mellan yrkesgrupper, i rutiner, resursfördelning och systematisk uppföljning av insatser. Inledningsvis talade jag om att vissa förbättringar måste göras samtidigt, planerat och fortlöpande. Detta är ett sådant område.

6.2.3 Brister i befintliga möjligheter att stärka enskildas och anhörigas ställning

Information, informationsutbyte, samverkan

Det saknas inte föreskrifter om informationsutbyte och samråd med enskilda. Det saknas dock på många håll kunskap om och inlevelse i hur väsentligt detta område är som del i enskildas och anhörigas upplevelse av gott bemötande och god kvalitet i vård och omsorg. Jag har även ingående redovisat de brister som främst anhöriga påpekat beträffande informationsutbyte med vårdens och omsorgens företrädare.

När jag i tidigare kapitel tolkat begreppet bemötande har jag visat på att det handlar om såväl nära relationer, i vårdens och omsorgens vardag, som i vidare bemärkelse, som t.ex. den enskildes möjligheter att bevaka sina rättigheter i samhället. Informationsfrågorna utgör en god illustration. De brister som uppmärksammats i kartläggningen handlar om företeelser som *i varje enskild situation* har sin avgörande betydelse: att inte veta vad personalen heter eller känna till dagliga rutiner, att inte bli informerad om ändrad tid för hemtjänstens besök, att inte få upplysningar om den äldres försämrade hälsotillstånd, att inte få värdig information om någons bortgång, att inte få anpassad information för att kunna vara delaktig i behovsbedömning, att

inte få veta vart man vänder sig med klagomål eller överklagar ett beslut ...

Här vill jag återigen lyfta fram att bristande information också handlar om *brister i utbyte av information och samverkan.* Företrädare för förtroendenämnder, anhöriga, handikapporganisationer m.fl. har vid hearings pekat på att det finns brister i ett aktivt och engagerat lyssnande till enskilda äldre och deras anhöriga. Jag vill särskilt peka på att lyhördhet också skall omfatta dem som har svårigheter att kommunicera eller är i en situation där förtrogenhet med enskildas kroppsspråk är helt avgörande. Lyssnandet skall bygga på kunskap och inlevelse; min upprördhet är mycket stor över det exempel (i kapitel 3) där en gammal kvinna i veckor uttrycker sin smärta utan att bli hörd av dem som skulle kunna lindra den.

Utbytet av information, det ömsesidiga lyssnandet, är betydelsefullt för alla berörda. Det handlar övergripande om att ta tillvara den enskildes (och anhörigas) resurser och erfarenheter som betyder mycket för att insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst blir "de rätta". Denna insikt måste spridas och förverkligas.

Ett bristfälligt informationsutbyte och en dåligt utvecklad samverkan mellan personal och verksamhetsföreträdare sinsemellan ger direkt eller indirekt upplevda brister för enskilda och deras närstående. Jag tänker på informationsutbytet inom ett arbetslag, mellan arbetsledare och personalgrupp och mellan verksamheter hos olika huvudmän. Enskilda skall t.ex. kunna vara förvissade om att upplysningar som de vill skall nå hela arbetslaget också blir vidarebefordrade. Det kan exempelvis gälla hur man vill bli lyft, matad eller få hjälp med påklädning när man har rörelsehinder och/eller smärtor.

Andra väsentliga frågor om informationsutbytets form och innehåll avser jag att utveckla vidare i mitt slutbetänkande. Det gäller bl.a. frågor om etik och sekretess, om ombud/gode män samt möjligheter att göra informationen tillgänglig för personer med olika funktionshinder eller med härkomst i annan språkmiljö.

Från såväl enskilda som anhöriga har påtalats brister på så sätt, att de upplevt sig vara tvungna att ge för mycket av privat information i sammanhang där det inte framstått ett klart syfte för detta. De har också upplevt att man inom personalgruppen

"slarvat med sekretessen" och inför besökande till andra utlämnat uppgifter om enskild person.

Tillgänglig information för personer med funktionshinder är ett bristområde. Döva personer måste kunna lita på att få ett informationsutbyte med tolk bl.a. vid besök i sjukvården. Äldre med synskador behöver kunnig hjälp och personliga hjälpmedel för att ta del av skriftlig information, gamla personer med utvecklingsstörning behöver liksom många andra med kommunikationshinder ett insiktsfullt personligt stöd.

Situationen för personer som kommunicerar på andra språk än svenska berör jag i en särskild rapport som beskriver bemötande av äldre invandrare i bl.a. hälso- och sjukvård.

Möjligheter finns

Det finns redan idag en rad möjligheter att stärka och fördjupa informationsutbytet. Jag avser bl.a. tydlig och tillgänglig information och dokumentation vid biståndsbedömning, motsvarande som del i kvalificerad individuell vård- och rehabiliteringsplanering samt dokumentation vid omvårdnad och uppföljning av insatser. I dessa delar som innebär verksamma metoder för handläggning och strukturer i vardagsarbetet har jag erfarit brister. Enskilda, anhöriga, intresseorganisationer men också företrädare för myndigheter har särskilt påtalat behov av att utveckla, dokumentera och följa upp individuella handlingsplaner i vård och omsorg. Jag avser att återkomma till frågor om individuella handlingsplaner i mitt slutbetänkande. Erfarenheter av lagbestämmelser om individuella planer i LSS och HSL kan utgöra ett av flera underlag för en fortsatt analys.

I flera diskussioner vid hearings respektive vid anhörigas kontakter med mig har man efterfrågat förbättrad information om instanser som man kan vända sig till med sina synpunkter och klagomål. Man har upplevt en splittrad bild och önskat "någon instans" som kan verka obyråkratiskt, ge råd och hänvisningar till andra möjligheter att komma till rätta med bristfälliga insatser. Man vill självfallet ha en seriös handläggning och utredning av sina klagomål och synpunkter, men detta täcker inte de önskemål man förmedlat till mig. Man vill också hitta lyssnande och insiktsfulla mottagare för sina starka känslor inför brister som man upplevt.

Dessa behov måste enligt min mening i första hand kunna tillgodoses i det nära förhållandet till aktuell personal och arbetsledning – det måste uppmärksammas i utbildningar och handledningssituationer. Det finns emellertid också behov av en oberoende instans som med brett yrkeskunnande kan engagera sig i hela problematiken. Förtroendenämnderna har möjligheter att verka på detta sätt. Jag har emellertid pekat på att nämndernas verksamhet inte täcker hela området "vård och omsorg" och att den inte är tillräckligt känd.

Jag har erfarit att HSAN också sett behov av att någon instans skall kunna bemöta anhörigas känslor på ett konstruktivt och insiktsfullt sätt – i synnerhet när ett ärende inte slutar med disciplinpåföljd vilket kan vara den upprättelse anhöriga förväntat sig eller när en utredning inte har kunnat styrka fel och försummelse i yrkesutövningen, "ord står mot ord".

De förslag som framkommit från bl.a. anhöriga för att tillgodose behovet handlar dels om en förstärkning av samhällets insatser i angiven riktning, dels om ett utbud av gruppverksamhet inom olika frivilliga organisationer. Det finns redan idag inom anhörigföreningar, pensionärs- och handikapporganisationer grupper med personer som ger kunskap och stöd till varandra utifrån liknande erfarenheter. Jag har erfarit att detta stöd är ett av flera verkningsfulla medel att utveckla "hjälp till självhjälp" som ett komplement till samhällets insatser.

Jag anser sammanfattningsvis att det är oerhört väsentligt att kunna bryta den kultur som innebär att enskilda och deras anhöriga inte vågar uttrycka synpunkter på vård och omsorg. Det ger en bild av ett ovärdigt underskott i ett demokratiskt samhälle. När denna fråga tagits upp vid bl.a. hearings har man uttryckt förhoppningar om att nästa generation äldre skall ställa andra och mera högljudda krav på gott bemötande. På det kan vi inte vänta.

Bristande omvårdnad i olika miljöer

Det är en mycket dyster läsning att ta del av anmälningar (både beträffande innehåll och frekvens) om brister i omvårdnaden. De gäller såväl den personliga, vardagliga psykiska och fysiska omvårdnaden som den som ställer krav på mycket specifik kunskap.

Omvårdnadsfrågorna hör samman med kvaliteter i bl.a. rekrytering, utbildning, arbetsledning, arbetsorganisation och uppföljning (som delar i ett brett förebyggande arbete). Jag finner att goda kvaliteter i omvårdnad är ett sätt att värna om äldres identitet och integritet. Omvårdnadsbrister är en fråga om bristfälligt bemötande och markerar enskildas underläge i vård och omsorg.

Genom bristande individuell omvårdnad utsätts den enskilde för ytterligare förluster i personlig identitet och integritet – utöver förluster som uppstår genom sjukdom och funktionsnedsättningar. Kvinnan som fick flytta runt som ett kolli fick bristfällig omvårdnad och blev helt utan sin identitet; personen som på grund av rörelsehinder inte själv kan ingripa reduceras när man byter blöjor och tvättar honom inför främmande besökande, den gamla synskadade kvinnan som inte hittar sina hjälpmedel för att hemtjänstpersonalen inte bryr sig om deras placering tappar sin självständighet.

Miljön för omvårdnaden spelar också en roll för identiteten, både när man vistas kortvarigt i den (som på akutsjukhus) eller långvarigt i någon särskild boendeform. Att som gammal mötas av akutsjukhusets främmande miljö och hastiga tempo kan skapa förvirring och betydligt minska möjligheter till inflytande. De gamla sjukhemmens institutionaliserade värld kan i sig ge upphov till kollektiv hantering. Det är också en av många uppmärksammad identitetsförlust att bo i flerbäddsrum på sjukhem, flera har frågat efter trovärdigheten i ett sådant bostadsbegrepp. En upplevelse som redovisats är att de särskilda boendeformerna kan bli "personalens hus" mer än en bostad för den enskilde.

Miljöns bristande tillgänglighet kan innebära att den enskilde blir mer beroende än nödvändigt av andras hjälp och välvilja. Det kan minska självkänsla och möjligheter att hävda sin integritet.

Ett annat område som också rör brister i omvårdnad och som mycket påtagligt påverkar upplevelser av identitet framträder mindre tydligt i min kartläggning. Det finns dock ett antal exempel som belyser behovet som även påtalades vid hearings. Det gäller "psykisk omvårdnad" i bemärkelsen att i sin miljö ha tillgång till ett rikt dagsinnehåll efter egna önskemål och intressen. Det kan vara möjligheter att träffa andra, utbyta erfarenheter, få känslomässig stimulans och överhuvudtaget bli sedd som någon

som har flera behov än dem som rör den dagliga fysiska omvårdnaden. Jag anser att det finns all anledning att understryka behovets vikt.

Anhöriga – behov av individualiserad respekt och avlösning
För att stärka anhörigas ställning har jag tidigare berört vikten av att de blir delaktiga i det informationsutbyte och den samverkan som jag på grundval av kartläggningen finner anledning att markera. Deras roll måste uppmärksammas och förtydligas. Genom regeringsuppdrag har bl.a. Socialstyrelsen uppgiften att verka för ett utvecklat stöd till anhöriga.

Stöd som önskas av anhöriga handlar både om psykologiskt stöd, praktisk hjälp och avlösning. Jag hänvisar till de förslag som anhöriga framförde vid en hearing och till det engagemang för att utveckla anhörigstöd som finns inom ramen för frivilliga organisationer.

Dagaktiviteter för den som får vård och omsorg i hemmet och möjligheter till kvalificerad korttidsvård är enligt anhörigas uppfattning ett angeläget utvecklingsområde.

Jag vill instämma i detta och ser också behov av nya lösningar som kan understödja möjligheten att bo kvar hemma för dem som så önskar. Jag vill i sammanhanget betona att goda kvaliteter i dagaktiviteter och andra avlösningsinsatser måste utvecklas med syftet att de samtidigt skall tillgodose den enskildes *och* anhörigas behov. Jag understryker att det måste finnas ett individuellt sätt att från verksamheter ge stöd till och ställa anspråk på anhöriga. Man har förmedlat till mig att det finns risker för att anhöriga till äldre tvingas till åtaganden som de inte har kraft att motsätta sig eller klara av.

6.2.4 Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse

Att utveckla kvalitet genom att förebygga händelser som ger upphov till olika slags brister, skador och risker för skador tillmäts allt större vikt. I sådana processer är ett viktigt inslag att använda sig av erfarenheter som tydliggjorts genom bl.a. tillsynsverksamhet.

Det är nödvändigt att för ett effektivt förebyggande arbete kunna använda sig av kunskaper om brister. Det kräver former för en säker och rationell återföring till vård och omsorg. Socialstyrelsens RiskDataBas, Patientförsäkringen, HSAN och förtroendenämnderna förfogar över ett omfattande material om kvalitetsbrister i vården. Jag anser dock att det finns anledning att ytterligare analysera hur denna samlade kunskap kan återföras som del i ett förebyggande arbete.

Att använda kritik och negativa företeelser som utgångspunkt för att utveckla goda kvaliteter i verksamhetsinnehåll har jag funnit vara konstruktivt också beträffande erfarenheter som kommer från enskilda äldre och deras närstående. I olika delar av min kartläggning har dock förekommit synpunkter på att vården och omsorgen är alltför försvarsinriktad och inte ser ifrågasättande och kritiska synpunkter som en möjlig resurs och en utgångspunkt för kvalitetsutveckling.

Inom socialtjänsten saknas möjligheter att som inom hälso- och sjukvården samla "riskhändelser" i databaser och därmed få ett systematiskt underlag för det förebyggande arbetet. Lagstiftningen på socialtjänstens område innefattar inte heller de preciserade kvalitetsangivelser som finns inom hälso- och sjukvården. Jag vill i detta sammanhang också uppmärksamma att HSAN noterat gränsdragningsproblem som följer av att särskilda boendeformer inte är att betrakta som vårdinrättningar enligt åliggandelagen (kapitel 3).

Såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten är berörda av förhållandet att ett fåtal anmälningar noteras från hälso- och sjukvårdens insatser i enskildas ordinarie bostäder respektive från privat verksamhet. Det innebär att det är svårt att följa utvecklingen och behovet av förebyggande insatser. Jag finner att ytterligare analyser bör göras av hur insatser m.m. kan belysas när enskilda får mycket omfattande vård och omvårdnad i hemmet.

Jag har funnit mönster i brister i bemötandet som måste förebyggas genom många olika åtgärder. Utöver hittills nämnda som handlar om behovet av systematiska studier av kvalitet i innehållet och den observerade skillnaden mellan hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens förutsättningar anser jag att följande områden är mycket avgörande för att förebygga brister

- rekrytering till arbetsuppgifter för och tillsammans med äldre
- personalutbildning och fortbildning samt handledning (i alla delar med större uppmärksamhet på frågor om bemötande och etik)
- innehåll i personalens arbetssituation
- arbetsledning och arbetsorganisation.

Som jag anger i kapitel 7 avser jag att återkomma till dessa frågor. Redan nu finns underlag men det behöver vidgas och fördjupas. Jag har bl.a. i samarbete med Socialstyrelsen låtit undersöka förhållandet mellan utbildningsinnehåll och yrkesverksamhetens upplevelser när det gäller viss personal inom äldreomsorg.

Jag menar vidare att det är en viktig del i ett förebyggande arbete att ta del av och använda sig av enskildas och anhörigas kunskaper, erfarenheter och resurser. Detta behov har jag redan berört men vill här betona värdet av erfarenheterna i ett *förebyggande* perspektiv.

Jag finner också att pensionärs- och handikapporganisationer samt anhörigorganisationer kan spela en betydelsefull roll i ett samlat förebyggande arbete. Jag avser deras del i att aktivt sprida kunskaper till sina medlemmar och erbjuda medlemsstödjande verksamhet. Inte minst betydelsefullt är emellertid att deras samlade kunskaper förmedlas till verksamheter för äldre.

Den teoretiska och praktiska kunskap som t.ex. finns samlad i anhörigorganisationer med inriktning på anhöriga till personer med demens är ett mycket värdefullt tillskott i utveckling 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 för ett aktivt förebyggande arbete som har förutsättningar att stärkas genom samverkan med olika verksamheter.

För ett förebyggande arbete är det väsentligt att man såväl inom hälso- och sjukvård som socialtjänst utvecklar sitt arbete för att dels formulera, dels säkra och följa sin kvalitetsutveckling. Det är för mig givet att man då också måste verka för enskildas och deras närståendes liksom intresseorganisationernas möjligheter att delta i denna utveckling.

Det finns behov av att vägleda ett kraftfullt förebyggande arbete genom politiska mål och riktlinjer för lokala verksamheter. Dessa åtgärder tillsammans med välfungerande uppföljningssystem är enligt min mening av grundläggande betydelse, inte minst när det gäller ansvar och strategier för kompetensutveckling.

Vid hearings, i anmälningar och brev framförs många gånger en djup oro över att det förebyggande arbetet blir tillbakasatt i tider av snäv ekonomi. Resursfrågan som anledning till olika bristfälligheter träder i förgrunden. Jag har i kapitel 7 angett att jag vill återkomma till ämnet. Jag anser inte att det handlar enbart om brister i ekonomiska resurser även om de i vissa situationer är framträdande. Det föreligger svårigheter att se "raka samband" mellan brist på ekonomiska resurser och dåligt bemötande.

6.2.5 Tillsyn

Socialutskottet gör i betänkandet 1996/97:SoU13 följande bedömning ... "*tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras. Tillsynen måste skärpas och inriktas på frågor om laglighet och rättssäkerhet. Tillsynen måste också inriktas på att säkra kvaliteten och kompetensen i vården och omsorgen, så att äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras.*

Tillsynen över hälso- och sjukvården har förstärkts genom den nya lag om tillsyn över hälso- och sjukvården, som trädde i kraft den 1 januari 1997. Gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården har i vissa avseenden luckrats upp under senare år, vilket gör det svårt för den enskilde att veta vart han skall vända sig med synpunkter på omsorgen och eventuella klagomål. Utskottet anser att det är angeläget att skapa en tydligare organisation. Det får inte råda någon tvekan om vart den enskilde skall vända sig med sina synpunkter och klagomål. Informationen om möjligheterna att klaga måste förbättras. Det bör övervägas om tillsynen kan läggas på samma statliga myndighet för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården för att härigenom skapa en

slagkraftigare organisation. Som det nu är utövar Socialstyrelsen tillsyn på nationell nivå och länsstyrelsen på regional nivå vad gäller äldreomsorgen. Tillsynen över hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter. Denna uppdelning mellan länsstyrelserna och de regionala enheterna innebär en svårighet och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. I lagrådsremissen med förslag till ändring i socialtjänstlagen föreslås att vissa frågor rörande socialtjänsten utreds på nytt. Bland annat föreslås att tillsynen ses över med inriktning på att få samma statliga huvudman för tillsynen inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården." Riksdagen förväntas behandla frågan våren 1997.

Citatet innehåller mycket väsentliga kvalitetsaspekter. Kartläggningens erfarenheter är också att de av socialutskottet påpekade bristerna bör bli föremål för åtgärder.

Jag avser då behov av skärpt tillsyn av äldreomsorgen med inriktning på frågor om

- laglighet och rättssäkerhet
- kvalitet och kompetens för att hävda och säkra äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet
- tydligare organisation av tillsynsverksamhet
- enskildas möjligheter att framföra sina synpunkter och klagomål på vård och omsorg.

7 Det fortsatta utredningsarbetet

7.1 Inledning

Det finns ett antal områden med mycket viktiga faktorer som påverkar innehåll och kvalitet i vården och omsorgen om äldre. Det framgår av direktiven för utredningen (bil. 1). Jag har inom dessa områden, genom olika underlag som redovisats, dels i delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161), dels i föreliggande betänkande (SOU 1997:51), kunnat bekräfta flera förändringsbehov som måste tillgodoses för att åstadkomma ett bättre bemötande av äldre.

Kunskaper och erfarenheter från utredningsarbetet har analyserats i föregående kapitel 6. Det framgår där – som i direktiven – att det finns behov av åtgärder, som berör många personer och många verksamheter i samhället. Vidare, att det enligt min bedömning finns åtgärder som behöver ett mycket långsiktigt, fortlöpande arbete medan andra problem har förutsättningar att kunna lösas inom en snar framtid.

De samlade kunskaperna och erfarenheterna skall ligga till grund för mina överväganden och förslag i ett slutbetänkande. I detta kapitel vill jag översiktligt beskriva det återstående utredningsarbetet. Det bygger på innehållet i nämnda två delbetänkanden och i den rapport om exempel på utvecklingsarbete i kommuner och landsting, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52), vilken överlämnas samtidigt med detta delbetänkande.

Ett kompletterande material utgörs av de rapporter där olika forskare belyser frågor som jag uppdragit åt dem att undersöka och analysera. Rapporterna kommer i vissa fall att publiceras successivt under våren 1997 som del i utredningens arbete; i

andra fall kommer materialet att utgöra delar av slutbetänkandet. De frågor som varit aktuella för dessa uppdrag har avsett

- äldre invandrare och deras möten med vård och omsorg
- personal inom vård och omsorg, utbildningens förhållande till innehållet i olika verksamheter
- bemötandet i olika särskilda boendeformer
- bemötande, bl.a. åldersdiskriminering, i ett historiskt och internationellt perspektiv
- aktuella fakta om äldres situation, bl.a. om hälsa och sjukdom, ekonomi, sociala nätverk.

7.2 Fortsatt analys av vissa områden

Jag har inför mina överväganden och förslag funnit behov av att ytterligare analysera följande områden eller delar av dem.

Lagstiftning och andra föreskrifter m.m.
Under våren 1997 förväntas riksdagen behandla en proposition om ändringar i socialtjänstlagen. I propositionen finns flera förslag som i hög grad berör mitt uppdrag. De gäller – förutom det förslag som grundas på mitt tidigare nämnda delbetänkande (SOU 1996:161) om äldres rätt att flytta – bl.a. förslag om nya bestämmelser rörande skyldighet att dokumentera inom socialtjänsten. Vidare finns förslag om en ny bestämmelse om god kvalitet inom socialtjänsten samt även förslag till lagbestämmelse om personalens kompetens.

Det förutskickas (som förslag) att ett ytterligare utredningsarbete skall komma till stånd under år 1997/98 rörande socialtjänstlagen. I ett antal frågor utpekas möjliga utredningsuppdrag, varav flera har beröring med det underlag som framkommit genom utredningen om bemötande av äldre. Det förefaller därför naturligt – om förslaget till en ny utredning om socialtjänstlagen förverkligas – att föra vissa frågor från min utred-

ning till en sådan större genomlysning av lagstiftningens karaktär m.m.

Propositionen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) behandlas även under våren. Den har, tillsammans med den nya lagstiftning som trädde i kraft den 1 januari 1997 inom hälso- och sjukvårdens område stor betydelse för mina överväganden. Jag avser här tillsynslagen (1996:786) respektive patientskadelagen (1996:799).

Redan tidigare har jag åberopat den etiska plattform som föreslås genom bl.a. människovärdesprincipen i propositionen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Jag finner anledning att även i övrigt anknyta till denna proposition i den ytterligare analys som jag kommer att göra av innehållet i utbildningar till yrken inom äldreomsorgen och behovet av att uppmärksamma etiska frågor.

Beträffande de nyligen ikraftträdda lagarna, tillsyns- och patientskadelagen, kommer jag i mitt fortsatta utredningsarbete att också ta intryck av mycket väsentliga tankegångar i dessa lagars förarbeten om bl.a. innehållet i en utvecklad tillsyn och den starka betoningen av ett kvalificerat förebyggande arbete.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) har sedan den trädde i kraft den 1 januari 1994 varit föremål för Socialstyrelsens fortlöpande uppföljning. Ett omfattande material kommer att redovisas under våren 1997. Detta kan antagas ha flera beröringspunkter med mitt utredningsarbete.

På motsvarande sätt har jag anledning att ytterligare underrätta mig om hittills vunna erfarenheter av flera nya föreskrifter och allmänna råd som gäller såväl landstingens som kommunernas verksamhet. Jag avser särskilt föreskrifter och allmänna råd angående informationsöverföring och samverkansrutiner mellan landsting och kommuner samt föreskrifter och allmänna råd om övergrepp mot äldre. En angelägen bedömning blir i vad mån olika verksamheter initierat åtgärder i linje med intentionerna och om förverkligandet i något avseende kan behöva stärkas.

Det finns, vilket redovisats tidigare, anledning att med socialutskottets betänkande om Äldrefrågor (1996/97:SoU7) som grund också studera uppföljningsuppdrag som regeringen läm-

nat till Socialstyrelsen liksom de initiativ som redan tagits eller är aviserade rörande nya utredningar inom områden som berör bemötande av äldre. Jag tänker bl.a. på utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (dir. 1997:24) och den aviserade utredningen om medicinska insatser på sjukhem m.m. Det är också relevant att följa planeringen av Socialstyrelsens uppdrag om vård i livets slutskede.

Inom lagstiftningens område föreligger många frågor som kommer att aktualiseras när kvalitet och innehåll skall stärkas i vård och omsorg om äldre. Det gäller, som framgått, lagar och föreskrifter som redan trätt i kraft liksom sådana som är föremål för viss omprövning. Det kan även finnas orsak att till pågående eller nu planerade utredningar förmedla de erfarenheter inom det rättsliga området som vunnits genom mitt uppdrag. För detta syfte avser jag att under det fortsatta arbetet anlita juridisk expertis.

Politiskt fastställda mål och riktlinjer för vård och omsorg om äldre

Utöver de mål och riktlinjer som framträder genom lagar och föreskrifter avser jag att närmare studera lokala erfarenheter av politiskt fastställda mål och riktlinjer för vård och omsorg om äldre i kommuner och landsting. Ett visst material står till mitt förfogande genom svaren på den enkät som jag riktade till landets kommuner och landsting hösten 1996. Detta kan behöva kompletteras, i synnerhet beträffande de vägar som används för att följa hur mål och riktlinjer förankras och blir förverkligade. Mot bakgrund av bl.a. material i detta betänkande anser jag att behovet av framåtsyftande strategier är stort om kvaliteten i äldreomsorgen skall kunna höjas och bättre svara mot innehållet i begreppen självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Det är en resursfråga men inte ensidigt en fråga av ekonomisk karaktär.

Betydelsefulla frågor om personal, utbildning, attityder, arbetssätt m.m.

Som en röd tråd i det samlade utredningsunderlaget finns ett antal frågor om personal. För att betona områdets vikt och dess olika delfrågor gör jag här en uppräkning som visar i vilka avseenden jag planerar fördjupade analyser. De är

- Attityder och förhållningssätt, vårdens och omsorgens etik
- Utbildningssystem och kompetenshöjning
- Personalens arbetssituation
- Arbetsledarskapet och dess betydelse för fortsatt utveckling
- Samverkan mellan enskilda – anhöriga – berörd personal.

Erfarenhets- och kunskapsutbyte har inletts med företrädare för Arbetarskyddsstyrelsen. Därutöver planeras ytterligare expertmedverkan beträffande utbildningsfrågor.

Jag kommer även att i mina analyser använda erfarenheter som vunnits genom projekt inom fackliga organisationer. Ett exempel är s.k. Kom An!-projekt (Svenska Kommunalarbetareförbundet).

Bemötande i olika bostads- och stödformer för äldre

Med utgångspunkt i erfarenheter som vunnits genom den studie jag låtit genomföra om bemötandet i särskilda boendeformer kommer jag att utveckla ämnet, framförallt med syftet att öka enskildas inflytande och skapa förutsättningar för upplevelser av större trygghet och säkerhet för dem och deras närstående.

Det direkta inflytandet för enskilda, anhöriga och intresseorganisationer behöver stärkas liksom olika former av samverkan mellan dem och verksamheter, myndigheter m.fl.

Det finns idag många hinder och svårigheter inom detta område, vilket framgått av tidigare kapitel. Det finns också många exempel som visar på strävanden att undanröja hinder. Det visar de goda exempel från kommuner och landsting som ställts till utredningens förfogande. Jag kommer fortsättningsvis att också använda erfarenheter från de verksamheter som inte blev före-

mål för särskilda reportage i rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).

Övriga frågor

Behov av forskning och utvecklingsarbete liksom förmedling av nya rön till äldre och andra berörda kommer att behandlas i slutbetänkandet. Redan nu kan jag konstatera att det föreligger behov av forskning och utvecklingsarbete inom flera områden. Det gäller bl.a. fördjupade studier av kvalitetsutvecklingen inom äldreomsorgen i ett längre perspektiv. Ett annat område är undersökningar om förekomsten av brott mot äldre. Genom kontakter med Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) har jag erfarit att det föreligger forskningsbehov.

Under det fortsatta utredningsarbetet avser jag att ytterligare analysera behov av forsknings- och utvecklingsinsatser relaterade till mitt uppdrag och till olika kompetensområden. Underlag kommer att inhämtas från forskningsinstitutioner m.fl. men även från t.ex. pensionärs- och handikapporganisationer som själva bedriver eller medverkar i ett omfattande utvecklingsarbete.

Som exempel vill jag nämna initiativ som tagits av PRO respektive den ideella föreningen Seniornet Sweden i frågor om äldres möjligheter att dra nytta av ny teknik för information och kommunikation m.m. Handikappinstitutet spelar en aktiv roll för att IT-utvecklingen skall omfatta äldre och deras anhöriga, vilket ställer krav på förbättrad tillgänglighet och användarvänlighet.

Vidare har bl.a. handikapporganisationerna tillsammans med Handikappinstitutet tagit flera initiativ för att behov av hjälpmedel och rehabilitering för äldre med funktionshinder skall tillgodoses på bättre sätt. Det är enligt min mening ett område som har stor betydelse också för möjligheter till inflytande och självbestämmande. Jag har erfarit att personalutbildning om hjälpmedelsfrågor behöver stärkas liksom information om hjälpmedel till äldre brukare och deras närstående. Det gäller både då enskilda bor i sin ordinarie bostad och i särskilda boendeformer.

Ytterligare bör nämnas de studier om äldres situation som genomförts av HANDU, Handikappolitiska Utredningsinsti-

tutet, inom ramen för en undersökning av levnadsvillkor för medlemmar inom De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) och Synskadades Riksförbund (SRF). De uppgifter som framkommit där kommer att ingå i en beskrivning av äldres villkor som presenteras i slutbetänkandet.

Slutligen vill jag nämna utvecklingsarbete i samarbete mellan flera vilket bedrivs genom olika folkhögskolors kurser för äldre.

7.3 Fortsatt utåtriktat arbete

Utredningsuppdraget (bil. 1) betonar vikten av ett utåtriktat arbete som stimulerar till debatt om frågor som rör bemötande och attityder till äldre. I ett ömsesidigt utbyte skall det engagemang som finns för frågorna tas tillvara och stärkas. Goda erfarenheter och exempel skall spridas.

Den levande debatten och engagemanget har jag mött under hela den hittillsvarande utredningstiden, inte minst då frågor om äldres rätt att flytta fick nyhetsvärde i massmedia hösten 1996.

För att nu få synpunkter på och förslag till åtgärder om hur brister och missförhållanden kan undanröjas kommer jag att till ett stort antal intressenter sända ut detta delbetänkande jämte rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52). Jag välkomnar synpunkter från dem som är direkt berörda av vården och omsorgen om äldre liksom från andra intresserade. På det sättet kan underlaget till mina kommande överväganden och förslag fördjupas.

Förutom de diskussioner som förs med sakkunniga som förordnats att biträda mig i utredningsarbetet (bil. 2) och den referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna som jag inrättat (bil. 3) kommer jag att under våren 1997 inbjuda olika intressenter och experter till "rundabordssamtal", dvs. rådslag av mindre omfattning än de som ägde rum under hösten 1996. Inriktningen är att i samtalets form analysera frågor om *bl.a.*

- enskildas självbestämmande och integritet
- samverkan mellan enskilda – anhöriga – personal
- möjligheter att i en organisation stärka en individualiserad vård och omsorg
- metoder för att systematiskt följa och utveckla verksamhet
- ledarskapets betydelse för personalens kompetens
- resurser och deras betydelse för frågor om bemötandet av äldre.

Jag kommer även fortsättningsvis att genom medverkan vid t.ex. konferenser och i media fästa uppmärksamheten på utredningsarbetet och dess syfte att förbättra innehållet i vård och omsorg om äldre.

Ytterligare ett planerat inslag för att bredda och fördjupa engagemanget för frågorna är två rapporter med olika reportage. Den ena kommer att handla om erfarenheter från kvinnor och män i yrkesverksam ålder vilka har "omsorgsansvar" för både sina föräldrar, sina barn och i vissa fall, sina barnbarn. Den andra beskriver barns och ungdomars föreställningar om eget åldrande och deras syn på äldre.

Avslutningsvis vill jag betona att en detaljerad plan inte föreligger i alla delar som redovisas ovan. Vissa förändringar kan bli aktuella under det fortsatta arbetet. Jag kommer dessutom att överväga flera olika åtgärder som kan leda till en bred debatt av slutbetänkandets förslag.

Kommittédirektiv

Utredningen om bemötande av äldre

Dir. 1995:159

Beslut vid regeringssammanträde den 14 december 1995

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötandet av äldre. Utredaren skall

– kartlägga och analysera brister i bemötande av äldre inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet,
– belysa vilka faktorer hos personalen som påverkar bemötandet av äldre och därvid beakta betydelsen av kön, ålder, utbildning, socioekonomisk och kulturell bakgrund,
– belysa på vilket sätt dessa faktorer hos äldre har betydelse för hur den äldre upplever bemötandet och samtidigt hur den äldre låter sig bemötas,
– kartlägga och analysera faktorer i organisation och struktur som bidrar till brister i kvalitet och bemötande,
– belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området,
– beskriva pågående utvecklingsarbete i kommuner och landsting som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård och
– föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet.

Bakgrund

Antalet ålderspensionärer i Sverige uppgår till drygt 1,5 miljoner och utgör ca 18 % av befolkningen. Ålderspensionärerna utgör i likhet med resten av befolkningen en heterogen grupp med avseende på t.ex. hälsa, resurser, socioekonomisk och kulturell bakgrund. Studier av inkomstutvecklingen visar att ålderspensionärernas ekonomiska situation förbättrats påtagligt under de senaste decennierna. Äldres hälsa förbättras och medellivslängden fortsätter att öka. Ända fram till 1980-talet var äldres bostadsstandard sämre än resten av befolkningens och många äldre tvingades flytta till servicehus och ålderdomshem beroende på brister i standard och tillgänglighet. Den generella välfärdspolitiken har i stor utsträckning kommit äldregruppen till del, minskat marginaliseringen och lett till ökad jämlikhet med resten av befolkningen.

En generell beskrivning av äldres levnadsförhållanden uppvisar således en övervägande ljus bild av delaktiga, aktiva och friska människor. Bakom genomsnittliga beskrivningar döljer sig emellertid ofta stora variationer. Det finns t.ex. betydande skillnader mellan olika individers ekonomiska standard. Betydande skillnader finns också i fråga om hälsa och sjuklighet såväl mellan olika åldersgrupper som mellan kvinnor och män och mellan olika socioekonomiska grupper. Inom äldregruppen döljer sig de vars ensamliv har blivit en plåga och de som upplever sig vara förbrukade eller inte längre vara behövda. Många äldre drabbas av olika former av demenssjukdomar men också av psykiska lidanden som inte uppmärksammas i samma utsträckning som hos yngre. En ökande grupp äldre med invandrarbakgrund kan uppleva främlingskap på grund av språkliga och kulturella barriärer.

För de allra flesta äldre innebär åldrandet gradvisa förluster eller försämringar av kroppsfunktioner. Majoriteten av äldre klarar sig dock högt upp i åren utan hjälp från samhället och 91 % av ålderspensionärerna bor i sitt eget hem. Det blir alltmer uttalat att det är de allra äldsta och mest vårdbehövande som får hemtjänst och som bor i särskilda boendeformer. Kvinnor har i större utsträckning än män hemtjänst, vilket förklaras av att kvinnor lever längre än män och alltså är betydligt fler. Kvinnor lever också ensamma i högre grad än män. Hemtjänstens

uppgifter under senare år har allt mer koncentrerats till den personliga omvårdnaden. Närmare en femtedel av vårdtagarna får kontinuerlig hjälp dygnet runt. Vårdarbetet har blivit tyngre i särskilda boendeformer och andelen äldre med demenssjukdomar ökar.

En stor del av tillgängliga vårdresurser inom hälso- och sjukvården används av de allra äldsta. Ålderspensionärerna utgör ca en femtedel av befolkningen och tar i anspråk ca två tredjedelar av samtliga vårddagar inom sjukvården. Det finns uppskattningar som tyder på att 25-30 % av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården går till insatser under det sista levnadsåret.

Bestämmelser om kvalitet och bemötande i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) målbeskrivning i 2 § – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – kompletterades år 1985 med preciserade bestämmelser rörande kraven för god vård: Hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, den skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och den skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvalitetsaspekterna betonas såväl i den medicinska behandlingen som i den mänskliga omvårdnaden. I lagen föreskrivs vidare att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Motsvarande bestämmelse finns i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen) som dessutom fastställer att patienten skall visas omtanke och respekt. I anslutning till HSL har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd som rör omvårdnad och särskilda föreskrifter om kvalitetssäkring.

I socialtjänstlagen (1980:620) föreskrivs i 1 § att verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Vidare stadgas i 9 § att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom. Några uttalade bestämmelser som rör

verksamhetens kvalitet, hur insatserna skall utformas och hur människor skall bemötas finns inte i socialtjänstlagen. I Socialtjänstkommitténs slutbetänkande Ny socialtjänstlag (SOU 1994:139) finns förslag om att införa en ny bestämmelse om kvalitet i socialtjänstlagen.

I regeringens proposition Äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176) fastslås tre grundläggande principer för samhällets service och vård till äldre. Den första gäller människors rätt att själva bestämma och få behålla sin integritet och identitet. Den andra principen rör människors rätt att känna sig trygga och den tredje principen rör förutsättningar för ökad valfrihet.

Hur bemöts äldre?

Av en jämförande europeisk undersökning (Äldre och äldreomsorg i Norden och Europa, Ädelutvärderingen 94:2) framkommer att de allra flesta tillfrågade svenskarna anser att de som äldre bemöts som vanligt – alltså varken bättre eller sämre till följd av åldrandet. Enligt undersökningen ansåg 12 % att de möttes med mer respekt och 10 % med mindre respekt som äldre. Det var också påtagligt få svenskar som ansåg sig nedsättande bemötta av t.ex. försäkringskassan, lokala myndigheter, av läkare och sjukvården i övrigt, på posten, av massmedia, i kollektivtrafiken osv. Siffrorna är genomgående låga men ca 7 % av de äldre ansåg sig bemötta som andra klassens medborgare av sjukvårdspersonal, massmedia och politiker. En något lägre andel ansåg sig nedsättande bemötta av bl.a. försäkringskassan och lokala myndigheter.

När det gäller bemötandet av äldre inom omsorg och vård – inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och i gränslandet mellan dessa verksamheter – har Socialstyrelsen i olika sammanhang redovisat brister i information, dokumentation, behovsbedömning och i övrigt i handläggning av ärenden – brister som direkt eller indirekt handlar om bemötandet av äldre. När det gäller särskilda boendeformer har Ädelutvärderingens återkommande rapporter redovisat brister i den medicinska omvårdnaden. Det finns också rapporter om att äldre har utsatts för övergrepp, vätskebrist, svält och inlåsning. I gränslandet mellan kommunernas och landstingens ansvarsområde beskrivs då och

då brister i den gemensamma vårdplaneringen, i informationsöverföring och kring omhändertagandet av äldre i livets slutskede. Sådana brister kan ha sin grund i otydlighet i lagstiftningen men kan kanske också tyda på okunskap eller ointresse för de allra äldstas rätt till självbestämmande och till behov av trygghet och säkerhet i omsorg och vård.

På det område som rör mer subtila, ofta osynliga och omedvetna kränkningar av självkänsla och värdighet saknas systematiserad dokumentation. Upplevelser av sådana händelser synes vara relativt vanligt förekommande såväl inom omsorgsområdet som i samhället i övrigt. Detta ger anledning till funderingar kring de mänskliga mekanismer som innebär att medmänsklighet och empati ibland tycks ha ersatts av ett opersonligt och rutinmässigt förhållningssätt.

I de fall det förekommer ett bemötande av äldre, som inte uppfyller grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet, kan detta sannolikt förklaras på många olika sätt. En otydlig politisk ledning eller arbetsledning, bristande kompetens hos personalen och pressade arbetsförhållanden kan bidra till brister i kvalitet och bemötande. Inom omsorg och vård förekommer sannolikt också vardagsetiska konflikter där de övergripande principerna om självbestämmande och integritet kan komma i konflikt med personalens ansvar för säkerhet och trygghet. Exempelvis kan det förekomma att rörelsefriheten för en person med åldersdemens begränsas av säkerhetsskäl.

På ett mer övergripande plan kan brister i bemötandet av äldre kanske också vara uttryck för en mer eller mindre tydlig marginalisering och diskriminering som till viss del kan ha sina rötter i tidigare rådande synsätt på äldre. Vid seklets början framställdes ofta åldringen som en undergiven och tacksam understödstagare. Pensionären förutsattes vara förnöjsam och tålmodig och förväntades inte ställa krav på inflytande eller förändringar. Trots att äldres materiella levnadsförhållanden kraftigt förbättrats under hela 1900-talet tycks ibland en patriarkalisk och diskriminerande syn på äldre leva kvar.

I flertalet kommuner och landsting pågår ett viktigt utvecklingsarbete som framför allt berör trygghet och säkerhet i omsorgen och vården men som också handlar om förbättring av service och bemötande i vidare mening. Regering och

riksdag har genom olika former av utvecklingsmedel stimulerat detta arbete. Under senare år har t.ex. ett särskilt statsbidrag på 50 miljoner kronor utgått med syfte att stimulera utveckling av kvalitet i den kommunala äldrevården. För att påskynda utvecklingen på rehabiliteringsområdet kommer 300 miljoner kronor att lämnas till kommuner och landsting.

Sveriges deltagande i Europeiska äldreåret 1993 syftade till att på olika sätt uppmärksamma äldre personers situation i samhället och speciellt betona vikten av solidaritet, ökade kunskaper samt utbyte mellan olika generationer. Kommittén (S 1992:12) för Europeiska äldreåret 1993 initierade en mängd utåtriktade aktiviteter under det samlande temat Solidaritet mellan generationerna. I kommitténs slutbetänkande Gamla är unga som blivit äldre (SOU 1994:39) framhålls att gensvaret och intresset hos myndigheter, kommuner, landsting, föreningar och organisationer vida översteg kommitténs förväntningar. En mängd lokala projekt visade också att myter och attityder mellan generationerna är möjliga att påverka.

I syfte att kartlägga hur det svenska samhället förändrats påbörjades hösten 1995 arbetet med ett särskilt välfärdsprojekt inom Socialdepartementet. Den ansträngda ekonomiska situationen och i övrigt stora strukturella förändringar av samhället innebär nya utmaningar för välfärdspolitiken. På en rad områden behövs ökade kunskaper om de nya levnadsbetingelser dessa förändringar medför och hur de påverkar människors liv och vardag. Arbetet i välfärdsprojektet kommer att bedrivas öppet och utåtriktat och pågå under större delen av innevarande mandatperiod.

Uppdraget

Frågan om bemötandet av äldre kan kopplas till flera samhällsområden och handlar i grunden om mellanmänskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn. Den berör också alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående.

Under många år har äldreomsorgsarbetet varit inriktat på viktiga strukturfrågor, organisationsförändringar och framför allt på frågan om en ny och tydligare ansvarsfördelning mellan

huvudmännen. Formerna för omsorg och vård har engagerat politiker och tjänstemän och stått i förgrunden under lång tid. Mot denna bakgrund anser regeringen att det nu är dags att särskilt belysa innehållet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

En särskild utredare tillkallas med uppgift att belysa frågan om hur äldre bemöts inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet. Utredaren skall kartlägga och analysera brister i bemötandet av äldre. Underlag för kartläggningen kan bl.a. vara Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsarbete, Lex Maria-anmälningar och anmälningar till landstingens förtroendenämnder, relevant forsknings- och utvecklingsarbete, kunskapsunderlag från Ädelutvärderingen, material från Utredningen (S 1994:08) om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården samt beskrivningar från äldre, vårdpersonal, anhöriga och brukarorganisationer.

Utredaren skall belysa vilka faktorer hos personalen som påverkar bemötandet av äldre och därvid beakta betydelsen av kön, ålder, utbildning, socioekonomisk och kulturell bakgrund.

Utredaren skall också belysa på vilket sätt dessa faktorer hos äldre har betydelse för hur den äldre upplever bemötandet och samtidigt hur den äldre låter sig bemötas i olika situationer.

Äldre invandrare kommer att utgöra en växande grupp i det svenska samhället. Mötet mellan människor från olika kulturer ställer särskilda krav på kvalitet och kompetens i olika verksamheter. Utredaren skall därför belysa bemötandet av äldre invandrare.

Faktorer i organisation och struktur som kan tänkas bidra till brister i kvalitet och bemötande skall kartläggas och analyseras. Hinder eller svårigheter på detta område kan ge anledning att närmare studera relevant lagstiftning, kompetensbehov hos och utbildningssystem för berörd personal samt arbetsledarskapets betydelse. Utredaren skall också analysera i vad mån skillnader i utformningen av särskilda boendeformer har betydelse för bemötandet. I detta sammanhang skall också frågan om äldres möjlighet att flytta till en särskild boendeform i en annan kommun tas upp.

Inom de nämnda områdena skall utredaren också belysa internationella erfarenheter och kunskaper.

Utredaren skall vidare beskriva pågående arbete i kommuner och landsting i frågor som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård och i förekommande fall även i annan offentlig verksamhet. I denna kartläggning skall det ingå en översiktlig beskrivning av lokalt fastställda politiska mål och riktlinjer för kvalitet och bemötande och hur dessa följs upp. Utredaren skall också redovisa ett antal goda exempel på verksamheter i vilka det målmedvetet arbetats med kvalitetsutveckling och där frågan om bemötande av äldre är ett viktigt inslag.

Utredaren skall slutligen föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre. Vid utformningen av åtgärdsförslagen skall utredaren beakta dir. 1994:23, som närmare redovisas nedan.

En viktig uppgift för utredaren är att lyfta fram frågor som rör bemötande, förhållningssätt och attityder till äldre och få till stånd en öppen debatt. Utredningen skall därför bedrivas på ett utåtriktat sätt där bl.a. konferenser, seminarier, litterära bidrag och mediebelysning kan komma i fråga för att engagera en stor krets av berörda. Utredaren skall också sträva efter att fånga upp och sprida erfarenheter av goda exempel på arbetssätt och kvalitetsutveckling som syftar till ett värdigt bemötande av äldre.

Samråd skall ske med utredningen (S 1994:08) om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.

För utredarens arbete gäller kommittédirektiven till alla kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23). Direktiven innebär bl.a. att varje kommitté skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser. Vidare skall jämställdhetspolitiska konsekvenser redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 30 maj 1997.

(Socialdepartementet)

Utredningen om bemötande av äldre (S 1995:15)

Särskild utredare
Britta Rundström, kommunalråd, Helsingborg

Sakkunniga
Kerstin Ahlsén, förbundssekreterare,
Svenska Kommunförbundet
Yvonne Ahlström, ombudsman,
Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, SKTF
Lars Andersson, docent, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm
Stig Berg, professor, Hälsohögskolan, Jönköping
Evy Eriksson, ombudsman,
Svenska Kommunalarbetareförbundet, Kommunal
Yvonne Forsell, med. dr., Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm
Nils Gustavsson, v. ordf., Pensionärernas Riksorganisation, PRO
Kristina Jennbert, departementssekreterare,
Socialdepartementet
Lennarth Johansson, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen
Margareta Liljeqvist, utredare, Landstingsförbundet
Elvy Olsson, förbundsledamot, Sveriges Pensionärsförbund, SPF
Alice Rinell Hermansson, rektor, Ersta Högskola, Stockholm

Sekretariat
Elisabet Spjuth fr.o.m. den 4 mars 1996
Ann-Charlotte Carlberg fr.o.m. den 1 augusti 1996

Referensgrupp med företrädare för handikapporganisationer

Arne Borg, HSO - Handikappförbundens Samarbetsorgan (Afasiförbundet)
Kerstin Carselind, HSO - Handikappförbundens Samarbetsorgan (Reumatikerförbundet)
Barbro Gregorson, De Handikappades Riksförbund (DHR)
Karl-Erik Karlson, Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) (ersättare: Birgitta Martinell)
Ann-Christine Persson, Synskadades Riksförbund (SRF)
Erik Ransemar, HSO - Handikappförbundens Samarbetsorgan (Hjärt- och lungsjukas Riksförbund)

KUNGL·BIBLIOTEKET·STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1997

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan - steg för steg. U.
2. Inkomstskattelag, del I-III. Fi.
3. Fastighetsdataregister. Ju.
4. Förbättrad miljöinformation. M.
5. Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. A.
6. Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. K.
7. Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex förvaltningsområden. Fi.
8. Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. S.
9. Flexibel förvaltning. Förändring och verksamhetsanpassning av statsförvaltningens struktur. Fi.
10. Ansvaret för valutapolitiken. Fi.
11. Skatter, miljö och sysselsättning. Fi.
12. IT-problem inför 2000-skiftet. Referat och slutsatser från en hearing anordnad av IT-kommissionen den 18 december. IT-kommissionens rapport 1/97. K.
13. Regionpolitik för hela Sverige. N.
14. IT i kulturens tjänst. Ku.
15. Det svåra samspelet. Resultatstyrningens framväxt och problematik. Fi.
16. Att utveckla industriforskningsinstituten. N.
17. Skatter, tjänster och sysselsättning. + Bilagor. Fi.
18. Granskning av granskning. Den statliga revisionen i Sverige och Danmark. Fi.
19. Bättre information om konsumentpriser. In.
20. Konkurrenslagen 1993-1996. N.
21. Växa i lärande. Förslag till läroplan för barn och unga 6-16 år. U.
22. Aktiebolagets kapital. Ju.
23. Digital demokr@ti. Ett seminarium om Teknik, demokrati och delaktighet den 8 november 1996 anordnat av Folkomröstningsutredningen, IT-kommissionen och Kommunikationsforskningsberedningen. IT-kommissionens rapport 2/97. K.
24. Välfärd i verkligheten - Pengar räcker inte. S.
25. Svensk mat - på EU-fat. Jo.
26. EU:s jordbrukspolitik och den globala livsmedelsförsörjningen. Jo.
27. Kontroll Reavinst Värdepapper. Fi.
28. I demokratins tjänst. Statstjänstemannens roll och vårt offentliga etos. Fi.
29. Barnpornografifrågan. Innehavskriminalisering m.m. Ju.
30. Europa och staten. Europeiseringens betydelse för svensk statsförvaltning. Fi.
31. Kristallkulan - tretton röster om framtiden. IT-kommissionens rapport 3/97. K.
32. Följdlagstiftning till miljöbalken. M.
33. Att lära över gränser. En studie av OECD:s förvaltningspolitiska samarbete. Fi.
34. Övervakning av miljön. M.
35. Ny kurs i trafikpolitiken + bilagor. K.
36. Bekämpande av penningtvätt. Fi.
37. Ett tekniskt forskningsinstitut i Göteborg. U.
38. Myndighet eller marknad. Statsförvaltningens olika verksamhetsformer. Fi.
39. Integritet Offentlighet Informationsteknik. Ju.
40. Unga och arbete. In.
41. Staten och trossamfunden
    Rättslig reglering
    - Grundlag
    - Lag om trossamfund
    - Lag om Svenska kyrkan. Ku.
42. Staten och trossamfunden
    Begravningsverksamheten. Ku.
43. Staten och trossamfunden
    Den kulturhistoriskt värdefulla kyrkliga egendomen och de kyrkliga arkiven. Ku.
44. Staten och trossamfunden
    Svenska kyrkans personal. Ku.
45. Staten och trossamfunden
    Stöd, skatter och finansiering. Ku.
46. Staten och trossamfunden
    Statlig medverkan vid avgiftsbetalning. Ku.
47. Staten och trossamfunden
    Den kyrkliga egendomen. Ku.
48. Arbetsgivarpolitik i staten. För kompetens och resultat. Fi.
49. Grundlagsskydd för nya medier. Ju.
50. Alternativa utvecklingsvägar för EU:s gemensamma jordbrukspolitik. Jo.
51. Brister i omsorg
    - en fråga om bemötande av äldre. S.
52. Omsorg med kunskap och inlevelse
    - en fråga om bemötande av äldre. S.

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Fastighetsdataregister. [3]
Aktiebolagets kapital. [22]
Barnpornografifrågan.
Innehavskriminalisering m.m. [29]
Integritet Offentlighet Informationsteknik. [39]
Grundlagsskydd för nya medier. [49]

Socialdepartementet

Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa. [8]
Välfärd i verkligheten - Pengar räcker inte. [24]
Brister i omsorg
- en fråga om bemötande av äldre. [51]
Omsorg med kunskap och inlevelse
- en fråga om bemötande av äldre. [52]

Kommunikationsdepartementet

Länsstyrelsernas roll i trafik- och fordonsfrågor. [6]
IT-problem inför 2000-skiftet. Referat och slutsatser från en hearing anordnad av IT-kommissionen den 18 december. IT-kommissionens rapport 1/97. [12]
Digital demokr@ti. Ett seminarium om Teknik, demokrati och delaktighet den 8 november 1996 anordnat av Folkomröstningsutredningen, IT-kommissionen och Kommunikationsforskningsberedningen. IT-kommissionens rapport 2/97. [23]
Kristallkulan - tretton röster om framtiden. IT-kommissionens rapport 3/97. [31]
Ny kurs i trafikpolitiken + bilagor. [35]

Finansdepartementet

Inkomstskattelag, del I-III. [2]
Byråkratin i backspegeln. Femtio år av förändring på sex förvaltningsområden. [7]
Flexibel förvaltning. Förändring och verksamhetsanpassning av statsförvaltningens struktur. [9]
Ansvaret för valutapolitiken. [10]
Skatter, miljö och sysselsättning. [11]
Det svåra samspelet. Resultatstyrningens framväxt och problematik. [15]
Skatter, tjänster och sysselsättning.
+ Bilagor. [17]
Granskning av granskning.
Den statliga revisionen i Sverige och Danmark. [18]
Kontroll Reavinst Värdepapper. [27]
I demokratins tjänst. Statstjänstemannens roll och vårt offentliga etos. [28]
Europa och staten. Europeiseringens betydelse för svensk statsförvaltning. [30]
Att lära över gränser. En studie av OECD:s förvaltningspolitiska samarbete. [33]
Bekämpande av penningtvätt. [36]
Myndighet eller marknad.
Statsförvaltningens olika verksamhetsformer. [38]
Arbetsgivarpolitik i staten.
För kompetens och resultat. [48]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan - steg för steg. [1]
Växa i lärande. Förslag till läroplan för barn och unga 6-16 år. [21]
Ett tekniskt forskningsinstitut i Göteborg. [37]

Jordbruksdepartementet

Svensk mat - på EU-fat. [25]
EU:s jordbrukspolitik och den globala livsmedelsförsörjningen. [26]
Alternativa utvecklingsvägar för EU:s gemensamma jordbrukspolitik. [50]

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktivt lönebidrag. Ett effektivare stöd för arbetshandikappade. [5]

Kulturdepartementet

IT i kulturens tjänst. [14]
Staten och trossamfunden
Rättslig reglering
- Grundlag
- Lag om trossamfund
- Lag om Svenska kyrkan. [41]
Staten och trossamfunden
Begravningsverksamheten. [42]
Staten och trossamfunden
Den kulturhistoriskt värdefulla kyrkliga egendomen och de kyrkliga arkiven. [43]
Staten och trossamfunden
Svenska kyrkans personal. [44]
Staten och trossamfunden
Stöd, skatter och finansiering. [45]
Staten och trossamfunden
Statlig medverkan vid avgiftsbetalning. [46]
Staten och trossamfunden
Den kyrkliga egendomen. [47]

Statens offentliga utredningar 1997

Systematisk förteckning

Närings- och handelsdepartementet

Regionpolitik för hela Sverige. [13]
Att utveckla industriforskningsinstituten. [16]
Konkurrenslagen 1993-1996. [20]

Inrikesdepartementet

Bättre information om konsumentpriser. [19]
Unga och arbete. [40]

Miljödepartementet

Förbättrad miljöinformation. [4]
Följdlagstiftning till miljöbalken. [32]
Övervakning av miljön. [34]