

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, t.o.m. den 31 oktober 1997
Stig Berg, professor, Hälsohögskolan, Jönköping
Evy Eriksson, ombudsman,
Svenska Kommunalarbetsförbundet, 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). Därutöver har Arne Edström ingått i sekretariatet för att under vissa perioder biträda i juridiska frågor.

Utredaren har bildat en särskild referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna:

Arne Borg, HSO

(Afasiförbundet)

Kerstin Carselind, HSO

(Reumatikerförbundet)

Barbro Gregorson, De Handikappades Riksförbund (DHR)

Karl-Erik Karlsson, Sveriges Dövas Riksförbund (SDR)

(ersättare: Birgitta Martinell)

Ann-Christine Person, Synskadades Riksförbund (SRF)

Erik Ransemar, HSO

(Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund).

I november 1996 överlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161). Mitt förslag om att underlätta för äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov att flytta till en annan kommun avsåg en rätt att få de insatser som behövs i inflyttningskommunen för att möjliggöra flyttningen. Förslaget har med smärre förändringar genomförts (prop. 1996/97:124, bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264).

I enlighet med mina direktiv har jag därefter kartlagt och analyserat brister i bemötandet av äldre. Kartläggningen har redovisats i ett delbetänkande Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51) samt i två rapporter Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:76) och Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).

Jag har vid kartläggningen använt mig av de källor som anvisas i utredningsuppdraget, dvs. ett omfattande material alltifrån 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. Genom enkäter och intervjuer har jag enligt direktiven undersökt hur äldre från andra länder blir bemötta vid sina kontakter med vården och omsorgen. Jag har även genom en enkät till landstingen och kommunerna fått del av goda exempel på kvalitetsutveckling med särskild inriktning på frågor om bemötande av äldre. Utöver att jag använt mig av detta material vid analyser och överväganden under hela utredningen så har jag också sammanställt en katalog över samtliga insända goda exempel och skickat ut den till många berörda. Mitt syfte var där-

med att stimulera till kontakter och nätverk mellan olika intressenter.

Delbetänkandet Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51) och rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) sände jag som en informell remiss till enskilda äldre, anhöriga, organisationer, myndigheter, utbildningsinstitutioner m.fl. Jag bad om förslag på hur de redovisade bristerna skulle kunna undanröjas och hur de goda exemplen skulle kunna spridas som förebilder. Gensvaret blev stort och arbetssättet uppskattades. Jag har sammanställt yttrandena i en rapport som återfinns som bilaga 5 i det slutbetänkande som jag nu överlämnar.

Innan jag kort beskriver dess innehåll och något ytterligare om utredningsarbetet vill jag nämna två rapporter, av vilka jag nu också överlämnar Barns bilder av åldrande - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:147). Den andra, en rapport som innehåller intervjuer med anhöriga, är under produktion och kommer att färdigställas inom kort.

I rapporten om barns uppfattningar om äldre och åldrande finns dels teckningar, dels synpunkter från barn i åldrarna 7-12 år, pojkar och flickor. De bor i Stockholm, Hedemora, Malmö och Slimminge by i Skåne. Glädjande nog kan jag konstatera att de flesta barnen i studien har en tät kontakt med äldre släktingar i flera generationer, någon berättar t.o.m. om mormors mormor. Barnen uttrycker mycket av det som var temat för äldreåret 1993, solidaritet mellan generationerna. De visar också en god förståelse för att äldre är olika och har en klar uppfattning om att bemötande handlar om ömsesidighet. Min förhoppning är att barnens tankar skall leva vidare och föda nya idéer inför nästa äldreår 1999!

Under utredningstiden har jag i samverkan med Socialstyrelsen även låtit intervju personal inom vården och omsorgen om äldre. Syftet var att följa hur utbildningsinnehåll svarar mot krav i yrkesarbetet. Resultatet har presenterats i en rapport från Socialstyrelsen (SoS-rapport 1997:17).

På ett mycket stimulerande sätt har många berörda engagerat sig i utredningens arbete och lämnat synpunkter i olika frågor. Jag har också fortsatt de tidigare nämnda rådslagen genom diskussioner i olika grupper, s.k. rundabordsamtal. På det sättet har jag mött och fått del av kunskaper och erfarenheter från pensionärer, vårdbiträden, arbetsledare, chefer i äldreomsorgen, företrädare för frivilligorganisationer m.fl. Tillsammans med sekretariatet har jag medverkat vid ett flertal konferenser för att enligt uppdraget

arbeta med öppenhet och stimulera intresset för frågor om bemötande av äldre. Det finns ett mycket stort engagemang och en stor uppmärksamhet på behovet av att förbättra innehållet i insatser för äldre. Bland allmänheten finns också ett starkt intresse av att belysa inte bara tragiska och oacceptabla inslag i vården och omsorgen utan även det innehåll som präglas av kunskap och inlevelse.

I slutbetänkandet som nu överlämnas, Bemötandet av äldre (SOU 1997:170) har jag redan på omslaget markerat tre nyckelord som skall känneteckna det goda bemötandet: trygghet, självbestämmande och värdighet.

Jag har lagt förslag som skall understryka och underlätta förverkligandet. De handlar dels om vissa avgränsade åtgärder, dels om processer som över tid skall stärka kvaliteten i insatser för äldre och bl.a. motverka tendenser till åldersdiskriminering.

Jag lägger förslag inom tre områden som jag definierat som betydelsefulla för att utveckla bemötandet av äldre; dessa områden rör möjligheter att stärka äldres ställning och vid behov ge olika slags stöd till närstående; att förebygga och förhindra dåligt bemötande bl.a. genom att skapa en beredskap genom utbildningsinsatser för personalen samt att stärka och förtydliga tillsynen över vården och omsorgen om äldre. Inom samma områden gör jag även uttalanden och vissa bedömningar som jag anser bör leda till åtgärder av regeringen.

Genom lagförslag vill jag bl.a. stärka enskildas möjligheter att få individualiserade insatser. Jag föreslår en rätt till kontaktperson. Den enskilde föreslås också kunna begära en individuell plan som med inflytande av honom/henne kan bli ett medel för att bl.a. samordna insatser. Jag förordar informationsinsatser för att utveckla användningen av god man. Vidare föreslår jag att de som vid sin 65-årsdag har personlig assistans skall få behålla detta stöd enligt LSS och LASS så länge de är insatsberättigade och bor i ordinarie bostad.

Utbildning och kunskapsuppbyggnad är i mitt tycke oerhört väsentliga inslag för att möta både dagens och framtidens krav inom äldreomsorgen. Det är också viktigt med fortlöpande förbindelser mellan verksamhet och forskning. Jag föreslår bl.a. att Kunskapslyftet på ett mera preciserat sätt skall kunna nå redan anställda vårdbiträden inom äldreomsorgen vilka saknar formell grundutbildning. Jag bedömer att utbildningsnivån för handläggare/arbetsledare måste höjas och knyta an till socionomutbildningen. Initiativ för en långsiktig strategi för forskning om äldre, åldrande och äldreomsorg kan enligt min mening med för-

del förberedas inför det kommande äldreåret. Ett sådant arbete bör enligt min mening aktivt ta vara på äldres kunskaper och erfarenheter.

För att förstärka tillsynen och markera ansvaret i uppgifter inom kommunal hälso- och sjukvård föreslår jag en utvidgning av åliggandelagen samt att den nya socialtjänstutredningen med förtur skall behandla frågor om tillsyn med utgångspunkt i äldres sammansatta behov. Jag lämnar även andra förslag till åtgärder som på kort och lång sikt kan göra att de grundläggande principerna för äldreomsorgen, respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet får tydlighet och genomslag i olika verksamheter.

Jag avslutar nu mitt uppdrag genom att överlämna slutbetänkandet Bemötandet av äldre (SOU1997:170).

Sakkunniga från Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet har avlämnat särskilda yttranden.

Helsingborg och Stockholm i december 1997

Britta Rundström

Elisabet Spjuth

Ann-Charlotte Carlberg

Arne Edström

Innehåll

Förkortningar.....	17
Sammanfattning.....	19
Författningsförslag	51
1 Utredningen om bemötande av äldre - uppdrag, arbetsätt	
m.m.	57
1.1. Utredningens uppdrag	57
1.2. Arbetsätt	58
1.2.1 Hearings - rådslag.....	59
1.2.2 Rundabordssamtal.....	59
1.2.3 Andra exempel på ett öppet arbetsätt	60
1.3. Utredningens publikationer.....	60
1.3.1 Inledning	60
1.3.2 Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161).....	61
1.3.3 Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51).....	62
1.3.4 Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).....	64
1.3.5 Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:76).....	65
1.3.6 Barns bilder av åldrande - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:147)	66
1.3.7 Värdigt bemötande - går det att lära? (SoS-rapport 1997:17)	66
1.4. Några aktuella närstående utredningar.....	67
1.4.1 Inledning	67
1.4.2 Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården	67

1.4.3	Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder	68
1.4.4	Boendebegreppet i de särskilda boendeformerna för äldre samt avgifterna för sådant boende och deras effekter	69
1.4.5	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).....	70
1.4.6	Översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter	70
1.4.7	Nationella folkhälsokommittén.....	71
1.4.8	Aviserad utredning om vård i livets slutskede	71
1.5	Kommentarer till slutbetänkandets uppläggnig.....	72
2	Grundläggande principer för att utveckla ett gott bemötande av äldre	73
2.1	Inledning	73
2.2	Reflexioner från andra.....	76
2.3	Om makten och kunskapen	77
2.4	Nya möten	79
3	Några perspektiv på äldres situation, åldrandets villkor och äldreomsorgens utveckling	83
3.1	Inledning	83
3.2	Befolkningsutveckling	85
3.2.1	Åldrandet i befolkningen har ägnats uppmärksamhet i decennier.....	85
3.2.2	De allra äldsta blir allt fler	86
3.2.3	Stora skillnader mellan kommunerna.....	86
3.2.4	Kvinnorna i majoritet bland de allra äldsta.....	87
3.3	Ekonomi och boende.....	88
3.3.1	Äldre som grupp får det ekonomiskt allt bättre, men... ..	88
3.3.2	Inkomstskillnader och klasstillhörighet	89
3.3.3	Stora skillnader mellan män och kvinnor.....	89
3.3.4	Ekonomiska tillgångar	90
3.3.5	Avgifternas betydelse.....	91
3.4	Boendeformer.....	92
3.4.1	Äldres boendemönster.....	92
3.4.2	Främst kvinnor är ensamboende	92
3.4.3	Särskilda boendeformer för äldre.....	93
3.4.4	Nya modeller	95
3.5	Familj och närmiljö, anhöriginsatser.....	95

3.5.1	Familjemönster i historiskt och internationellt perspektiv	95
3.5.2	Äldre och deras närstående	97
3.6	Hälsa och funktionsförmåga hos äldre.....	103
3.6.1	Sambandet mellan ålder och funktionsförmåga.....	103
3.6.2	Sambandet mellan ohälsa, funktionsförmåga och klasstillhörighet	104
3.7	Omsorg och vård.....	106
3.7.1	Vem använder den offentliga omsorgen och vården?	106
3.7.2	Prioriteringar av de mest omfattande behoven.....	107
3.7.3	Stora lokala variationer	109
3.7.4	Några slutsatser	110
4	Bemötande i vård och omsorg och annan offentlig verksamhet.....	113
4.1	Inledning	113
4.2	Attityder till äldre och åldrande	114
4.3	Bemötande av äldre i vård och omsorg.....	116
4.3.1	Inledning	116
4.3.2	Trygghet i vård och omsorg	117
4.3.3	Samverkan mellan huvudmännen stärker trygghet i vård och omsorg.....	131
4.3.4	Åtgärder för att förhindra övergrepp mot äldre.....	135
4.4	Bemötandet i olika miljöer och i annan offentlig verksamhet	138
4.4.1	Bemötandet i särskilda boendeformer för äldre.....	138
4.4.2	Bemötande ”i annan offentlig verksamhet”	143
5	Personligt stöd	147
5.1	Inledning	147
5.2	Den enskildes rättsliga ställning.....	148
5.3	Personligt stöd genom ombud.....	149
5.4	God man och förvaltare.....	150
5.4.1	God man	151
5.4.2	Förvaltare	154
5.5	Kontaktperson enligt socialtjänstlagen (1980:620). 154	
5.6	Kontaktperson enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	155
5.7	Några andra former av personligt stöd.....	155

5.8	Socialtjänstkommitténs förslag om rätt till annat bistånd enligt 6 § socialtjänstlagen i form av personligt stöd.....	156
5.9	Individuell plan.....	157
5.9.1	Inledning.....	157
5.9.2	Individuell plan på hälso- och sjukvårdsområdet... ..	158
5.9.3	Individuell plan enligt LSS.....	158
5.9.4	Föreskrifter och allmänna råd om samordnad vårdplanering.....	159
5.9.5	Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.....	160
5.9.6	Synpunkter på behov av individuell plan.....	160
5.10	Stöd genom personlig assistans.....	161
5.10.1	Inledning.....	161
5.10.2	Socialstyrelsens utvärdering.....	161
6	Bemötande av anhöriga och närstående	163
6.1	Inledning.....	163
6.2	Begreppen anhöriga och närstående.....	164
6.3	Ett historiskt perspektiv på anhängomsorgen om äldre.....	165
6.4	Hur omfattande är anhängomsorgen om äldre?.....	167
6.5	Valmöjligheter?.....	168
6.6	Anhörigas stödbehov.....	170
6.7	Ohållbara situationer.....	173
6.8	Anhörigstöd - fortsatt utveckling.....	173
7	Om personal i vård och omsorg.....	175
7.1	Inledning.....	175
7.2	Den viktiga dialogen.....	176
7.3	Några uppgifter om personal i vård och omsorg om äldre.....	179
7.3.1	Inledning.....	179
7.3.2	Personalens sammansättning m.m.	179
7.3.3	Sysselsättning, rörlighet m.m.....	180
7.3.4	Förändring av yrkesstruktur i vård och omsorg.....	182
7.3.5	Förändringar i den kommunala verksamheten fram till år 2005.....	182
7.4	Utbildning för social omsorg.....	184
7.4.1	Inledning.....	184
7.4.2	Gymnasieskolans omvårdnadsprogram.....	186

7.4.3	En granskning av gymnasieskolans omvårdnadsprogram	187
7.5	Högskoleutbildning inom social omsorg	190
7.5.1	Den sociala omsorgsutbildningens historiska framväxt och utveckling.....	191
7.6	Utbildning för förändrade och flexibla yrkesroller.	196
7.6.1	Inledning	196
7.6.2	Gymnasieskolans omvårdnadsprogram - behov av förändringar, påbyggnad och fortbildning.....	197
7.6.3	Högskoleutbildning och sedan?	199
7.6.4	En utvärdering	201
7.7	Kunskapslyftet m.m.	202
7.7.1	Inledning	202
7.7.2	Ett nationellt kunskapslyft för vuxna	203
7.7.3	Medel för otraditionella insatser	204
7.8	Personalens arbetssituation	204
7.8.1	Personalens egna upplevelser av arbetssituationen.	204
7.8.2	Anmälda arbetsolyckor och arbetssjukdomar	205
7.8.3	Arbetsmiljölagens krav på god arbetsmiljö m.m. ...	207
7.9	Kvalitetsutveckling och förebyggande arbetssätt....	209
7.9.1	Kvalitetsarbetet i kommunernas verksamhet	209
7.9.2	Återföring av dokumenterade brister i förebyggande syfte.....	211
7.10	Arbetsmetoder som stärker enskildas och/eller anhörigas inflytande i vård och omsorg om äldre...	212
7.10.1	Inledning	212
7.10.2	Arbetsmetoder för ökat inflytande	213
7.11	Ett gott exempel - Kom An!-projekt	217
7.11.1	Inledning	217
7.11.2	KomAn!-projektens struktur	218
7.12	Några sammanfattande kommentarer.....	219
8	Tillsyn, ansvarsfrågor, sekretess och kunskapsuppföljning, m.m.....	223
8.1	Tillsynen över socialtjänsten och hälso- och sjukvården	223
8.1.1	Inledning	223
8.1.2	Tillsynen över socialtjänsten.....	223
8.1.3	Tillsynen över hälso- och sjukvården.....	224
8.1.4	Jämförelse mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.....	225

8.1.5	Socialutskottets uttalanden i betänkandet 1996/97:SoU13 Äldreomsorg	226
8.1.6	Regeringens proposition 1996/97:124 om Ändring i socialtjänstlagen	227
8.1.7	Direktiven till den nya socialtjänstutredningen (dir. 1997:109)	228
8.2	Ansvarssystemet för personal inom kommunal hälso- och sjukvård	228
8.2.1	Inledning	228
8.2.2	Aktuell författningsreglering	229
8.2.3	Några avslutande kommentarer.....	237
8.3	Sekretessen och anhöriga/närstående.....	238
8.3.1	Inledning	238
8.3.2	Sekretessbestämmelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten.....	239
8.3.3	Möjligheterna att lämna ut uppgifter till anhöriga/närstående.....	240
8.3.4	Eftergift av sekretess.....	241
8.3.5	Några avslutande kommentarer.....	241
8.4	Bruket av tvångsliknande metoder.....	242
8.4.1	Bakgrund.....	242
8.4.2	Kungörelse med föreskrift om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård (SOSFS(M) 1980:87).....	242
8.4.3	Socialstyrelsens allmänna råd om Omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17).....	244
8.5	Kunskapsuppföljning	246
8.5.1	Inledning	246
8.5.2	Klagomöjligheterna.....	246
8.6	Förtroendenämndsverksamhet	250
8.6.1	Inledning	250
8.6.2	Förtroendenämndernas uppgifter	250
8.6.3	Kartläggning av förtroendenämndernas arbete	251
8.6.4	Ytterligare erfarenheter	251
8.6.5	Förslag till lag om patientnämnd.....	252
8.7	Socialtjänststatistik.....	255
8.7.1	En ny struktur för socialtjänststatistik.....	255
9	Överväganden och förslag.....	257
9.1	Inledning	257
9.2	Trygghet i vård och omsorg	258
9.2.1	Tillsynen över vård och omsorg om äldre.....	258

9.2.2	Ett vidgat ansvar för personal i kommunal hälso- och sjukvård	260
9.2.3	Höjd utbildningsnivå för handläggare och arbetsledare	264
9.2.4	Kunskapslyftet för redan anställda.....	264
9.2.5	Hemsjukvård	265
9.2.6	Förtroendenämnderna	266
9.2.7	Kontaktperson och god man.....	268
9.2.8	Individuell plan	272
9.2.9	Dagverksamhet, korttidsvård, m.m.	274
9.2.10	Stöd genom personlig assistans.....	275
9.3	En gemensam struktur för kunskapsuppföljning.....	276
9.4	Behov av forskningsstrategi.....	278
9.5	Utredning av bruket av tvångsliknande metoder.....	279
10	Konsekvenser av mina förslag	283
11	Författningskommentarer	289
11.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården	289
11.2	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).....	290
11.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.	290
11.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	291
11.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:389) om assistansersättning	291
	Särskilda yttranden	293
Bilagor		
1	Direktiv 1995:159	
2	Utredningen om bemötande av äldre (S 1995:15)/Sakkunniga	
3	Referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna	
4	Utredningens skrifter	
5	Sammanställning av yttranden	

Förkortningar

ADL	Aktiviteter i daglig livsföring
AFS	Arbetskyddsstyrelsens författningssamling
APU	Arbetsplatsförlagd utbildning
DHR	De Handikappades Riksförbund
Dir.	Direktiv
EU	Europeiska Unionen
FB	Föräldrabalken
FN	Förenta Nationerna
H70-	Gerontologiska och geriatriska populationsundersökningar vid Göteborgs universitet
HANDU	Handikappolitiska utredningsinstitutet
HO	Handikappombudsmannen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation
HUV -92	Huvudmannaskapsutredningen
ISA	Arbetskyddsstyrelsens informationssystem om arbetsskador
IT	Informationsteknik
JO	Justitieombudsmannen
LASS	Lagen om assistansersättning (1993:389)
Lex Maria	5 § tillsynslagen (1996:786)
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
PRO	Pensionärernas Riksorganisation
Prop.	Proposition
RDB	Socialstyrelsens RiskDataBas
Rskr	Riksdagsskrivelse
RÅ	Riksåklagaren
SCB	Statistiska Centralbyrån
SDR	Sveriges Dövas Riksförbund
SIFO	Svenska Institutet För Opinionsundersökningar

SKTF	Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund
SOFI	Socialforskningsinstitutet
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoS	Socialstyrelsen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet
SPF	Sveriges Pensionärsförbund
SRF	Synskadades Riksförbund
UHÄ	Universitets- och högskoleämberget
ULF	Undersökningar av levnadsförhållanden
USK	Stockholms stads utrednings- och statistikkontor
WHO	Världshälsoorganisationen

Sammanfattning

Efter regeringens beslut 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.

Det följande är en sammanfattning av slutbetänkandet Bemötandet av äldre (SOU 1997:170).

Kapitel 1:

Utredningens uppdrag, arbetssätt m.m.

Som vägledning framhäver utredningens direktiv att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som rör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

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.

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. Arbetssättet skall vara öppet och stimulera till debatt.

Som ett led i mitt kartläggningsarbete anordnade jag ett antal rådslag om frågor som rör bemötandet av äldre; jag mötte i givande diskussioner företrädare för följande organisationer, myndigheter m.fl.

- Anhörigföreningar
- Elever och lärare vid en hälsohögskola
- Fackliga organisationer
- Förtroendenämnder
- Handikapporganisationer
- Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning
- Länsstyrelser
- Pensionärsorganisationer
- Socialstyrelsens regionala tillsynsmyndigheter
- Svenska Kommunförbundets socialberedning

Det finns ett gemensamt engagemang i uppfattningen att det är nödvändigt att skapa förutsättningar för ett individuellt bemötande av äldre. Viktiga verktyg för detta är enligt rådslagen bl.a. väl förankrade politiska mål, kompetensutveckling och utformning av ett tydligt arbetsledarskap.

För att fördjupa vissa frågor har jag även anordnat ett flertal s.k. rundabordssamtal. Syftet har varit att i en mindre krets återkomma till erfarenheter från rådslagen och från de goda exempel som förmedlats till utredningen. Chefer inom äldreomsorg, arbetsledare, företrädare för frivilliga organisationer, anhöriga m.fl. har i samtalen inspirerat till flera av de förslag som framläggs i detta slutbetänkande. I vissa fall har jag fördjupat samtalen genom studiebesök och särskilda överläggningar med olika berörda, t.ex. pensionärer och vårdbiträden/undersköterskor.

Under hela utredningstiden har det varit en tät kommunikation med enskilda, anhöriga och personal. Sammanfattningsvis har jag upplevt ett starkt engagemang i frågorna även om jag samtidigt kan konstatera att det är svårt att få intresse i massmedia för de situationer där bemötande och innehåll i övrigt håller god kvalitet.

Under utredningstiden har jag hittills låtit publicera två delbetänkanden och tre rapporter - ytterligare en rapport (om olika anhörigsituationer) kommer i nära anslutning till detta slutbetänkande. I samarbete med Socialstyrelsen har jag dessutom låtit genomföra en studie om personalutbildning m.m. Resultatet har publicerats i en rapportserie från Socialstyrelsen. I enklare utformning - stencil - har jag förmedlat information om

pågående utvecklingsarbete i kommuner och landsting samt om yttranden över delbetänkandet om brister i omsorg och rapporten om goda exempel (se nedan). Materialet bildar tillsammans med slutbetänkandet en helhet med olika bilder av bemötande av äldre. Utredningsmaterialet har genomgående också framställts på kassett, i punktskrift och i lättlästa sammanfattningar för att personer med olika funktionshinder skall kunna delta i den allmänna debatten.

Utredningens publikationer

Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161)

Hösten 1996 överlämnade jag rubricerat delbetänkande. Det behandlade de svårigheter som uppstått på vissa håll när äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov ville flytta till en annan kommun.

Även om problemet kvantitativt var litet i ett nationellt perspektiv fann jag att det i varje enskild situation innebar betydande olägenheter och hinder för att förverkliga målen för äldreomsorgen, respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Jag ansåg inte att utfärdade rekommendationer (av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet år 1989) inneburit ett tillräckligt stöd för enskilda och deras närstående.

Mitt förslag blev att en ny reglering skulle införas i socialtjänstlagen: En enskild som vill flytta till en annan kommun skall ha rätt till bistånd enligt 6 § SoL av inflyttningskommunen och behandlas på samma villkor som dem som redan bor där. Inflyttningskommunen skall vara skyldig att pröva rätten till bistånd om den enskilde varaktigt har omfattande vård- och omsorgsinsatser eller varaktigt är i behov av sådana insatser. Med smärre ändringar i förslaget efter betänkandets remissbehandling beslöt riksdagen att en lagreglering skall införas i socialtjänstlagen och gälla fr.o.m. den 1 januari 1998.

Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51)

Enligt mitt uppdrag har jag kartlagt och analyserat brister i bemötande av äldre. I utredningens direktiv anvisas de olika kunskapskällor som jag använt.

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). Information om inkomna anmälningar systematiseras i databaser. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänsten. Kunskap om brister och utvecklingstendenser inom socialtjänsten har jag erhållit genom tillsynsmyndigheternas uppföljningar och verksamhetstillsyn.

Jag kunde konstatera att brister i bemötandet sällan var huvudanledning till en anmälan men vanligen framträdde efter ytterligare analys. Antalet anmälningar till myndigheter m.fl. är lågt i jämförelse med allmänhetens kontakter med vård och omsorg - det gäller särskilt för personer 65 år och äldre. Det föreligger sannolikt ett betydande mörkertal, även om många klagomål klaras upp i berörda verksamheter.

Det är vanligtvis anhöriga eller andra närstående som gör anmälan, inte sällan sedan den person som på något sätt varit utsatt, har avlidit. Klagomålen avser ofta personer i mycket hög ålder med omfattande behov av vård och omsorg och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan. Brister i information, dialog och samverkan med den enskilde och anhöriga är vanliga anledningar till klagomål liksom brister i omvårdnad, tillsyn och behandling.

Sammantaget ledde kartläggningen och analysen till att jag identifierade ett antal områden inom vilka jag anser att det krävs ett flertal förbättringar:

- enskildas och närståendes ställning i vård och omsorg
- förebyggande arbete, bl.a. genom personalutbildning
- förstärkt tillsyn

Av detta slutbetänkande framgår att förändringsarbetet rör insatser på både kort och lång sikt; vissa helt oacceptabla förhållanden måste ändras snabbt; andra förändringar handlar om t.ex. ut-

bildningsinsatser som fortlöpande skall ge förbättringar och förutsättningar för gott bemötande.

Jag konstaterar också att det - trots vissa allvarliga brister - utförs mycket engagerat och kvalificerat arbete inom vården och omsorgen om äldre.

Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52)

För att enligt mitt uppdrag kunna beskriva pågående arbete i kommuner och landsting i frågor som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård riktade jag en enkät till landets samtliga kommuner och landsting. Gensvaret blev stort. Många kommuner och landsting skickade flera exempel på projekt och utvecklingsarbeten. De spände över vida områden och handlade om äldre och deras situation, om anhöriga, om personalutbildning och andra sätt att öka yrkeskunnande, om strategier för kvalitetsutveckling m.m.

I en särskild rapport med titel som ovanstående rubrik samlade jag med hjälp av journalisten Charlotte Säfström, Skurup, ett antal goda exempel från olika delar av landet. Mitt syfte var att visa ett vardagsarbete i vården och omsorgen om äldre, där kunskap och inlevelse skapar förändringsvilja. Det gemensamma i dessa exempel är att de beskriver en omtanke och en styrka som uppstår när man hämtar kraft från varandra. Det gäller äldre, anhöriga och personal. Tillsammans sändes delbetänkandet och rapporten på en informell remiss för att stimulera till diskussion och förslag. Resultatet har sammanfattats och utgör en bilaga i slutbetänkandet.

Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:76)

Som del i kartläggningen av bemötandet uppdrog jag åt några forskare vid Forsknings- och utvecklingsenheten vid Stockholms resursförvaltning för skola och socialtjänst (D. Gaunt - F. Hajighasemi - K. Heikkilä) att belysa situationen för äldre invandrare i deras möten med svensk vård och omsorg.

I hela landet finns cirka 110 000 äldre personer som är födda i andra länder. De brukar kallas "äldre invandrare", oberoende av när och hur de kommit till Sverige.

"Äldre invandrare" är underrepresenterade både bland dem som har hemtjänst och dem som bor i särskilda boendeformer. Forskarna ställer frågan vilken roll kultur och bemötande har för det låga utnyttjandet av offentlig vård och omsorg. För att svara på den och liknande frågor som sammanhänger med bemötande gjordes två rikstäckande studier, den ena utfördes genom en enkät, den andra genom omfattande personliga intervjuer.

Överlag visade sig de "äldre invandrarna" vara nöjda med det bemötande de fått i vården och omsorgen. Kritik av enskilda detaljer förekommer och liknar i hög grad synpunkter som i andra sammanhang lämnas av äldre personer födda i Sverige.

Rapporten slutar med några rekommendationer om planering av vård och omsorg. Forskarna konstaterar att äldre invandrare måste bemötas individuellt; vissa önskar sig särlösningar, exempelvis särskilt boende tillsammans med andra som talar samma språk; andra ser inte något särskilt värde i sådana arrangemang. Uppsökande verksamhet förordas.

Barns bilder av åldrande - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:147)

Det finns många schablonbilder om barns tankar om äldre, åldrande och ålderdom liksom om barnens kontakter med äldre.

Jag har genom journalisten Charlotte Säfström, Skurup, låtit intervju ett femtiotal barn i åldrarna 7-12 år. Barnen bor i olika miljöer och i olika delar av landet.

I intervjuer och teckningar visar barnen sina uppfattningar. De flesta barn har glädjande nog en tät kontakt med äldre anhöriga. Rapporten ger inblickar i barnens föreställningar om sin egen ålderdom, om sjukdom och död m.m. Jag vill med rapporten inför det kommande FN:s äldreår 1999 följa upp tankegångar som var aktuella under föregående äldreår (1993). Då var ett viktigt tema *Solidaritet mellan generationerna*.

Värdigt bemötande - går det att lära? (SoS-rapport 1997:17)

Rapporten beskriver en intervjustudie som Utredningen om bemötande av äldre låtit genomföra och samfinansiera tillsammans med Socialstyrelsen. Syftet med undersökningen var att undersöka hur personal inom äldreomsorgen förvärvar kompetens om bemötande av äldre genom utbildning och hur denna kompetens

sedan används i yrkeslivet. Personalens egna upplevelser av utbildning, praktik och yrkesliv var temat i de personliga intervjuerna.

Aspekter på bemötande hade inte haft någon framträdande plats varken i den teoretiska utbildningen eller under praktikperioder. Särskilt gällde detta förhållande inom gymnasieskolorna. De högskoleutbildade upplevde något mera att bemötandefrågor uppmärksammats, framförallt i ett arbetsledarperspektiv, dvs. i förhållande till personal.

Integreringen av teori och praktik uppmärksammades inte tillräckligt.

Slutsatsen blir enligt rapporten att det krävs en översyn av både innehållet i och formen för olika utbildningar. Behov av fortbildning och handledning måste också beaktas på alla nivåer inom äldreomsorgens organisation.

Kapitel 2:

Grundläggande principer för att utveckla ett gott bemötande av äldre

Ett medvetet val av grundsyn

I detta kapitel beskriver jag de grundläggande principerna för äldreomsorgen; respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Jag konstaterar att 1990-talet genom reformarbeten som bl.a. Ädelreformen givit nya förutsättningar för att förverkliga de vägledande principerna men att mycket återstår att göra. Den tid som gått sedan Ädelreformen blev verklighet (1992) har också givit kunskaper och erfarenheter som pekar på både fördelar och nackdelar som anledning till ett fortlöpande förändringsarbete.

Trots hinder - som ett tidigare mycket ansträngt statsfinansiellt läge - har många goda insatser gjorts och görs inom svensk äldreomsorg. Jag är lika angelägen att framhålla den sidan av äldreomsorgen som jag är upprörd över helt oacceptabla situationer som jag också mött under utredningstiden. De måste ofördröjligen bli föremål för åtgärder. Jag skulle dock önska att de positiva förebilderna fick sitt berättigade utrymme i den allmänna debatten och i media. Det fortsatta förändringsarbetet behöver sådana exempel.

Det framgår med självklarhet att en utveckling inte kan komma till stånd enbart genom akuta punktinsatser, även om sådana är nödvändiga i vissa situationer; inte heller genom aldrig så goda projekt om de slutförs utan att det dagliga arbetet påverkas. Utvecklingen av ett gott innehåll i vården och omsorgen om äldre handlar om processer som måste engagera många, inom och utanför äldreomsorgens verksamheter.

En process, som jag funnit vara överordnad och viktigare än alla andra och som jag därför berört vid flera tillfällen i utredningens skrifter, är den process som kan leda till att de grundläggande principerna blir förverkligade i vardagen.

Respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet måste ha en fast grund i ett medvetet val av människosyn: *Alla människors lika värde och lika rätt*. Att på djupet införliva synsättet och kunna dra slutsatserna av det i vardagens återkommande uppgifter är en etisk-moralisk utmaning för enskilda medarbetare och för äldreomsorgen som verksamhet/organisation. Insikter och förståelse sätts på prov när principerna skall omsättas i vårdens och omsorgens handlingar.

"Översättningen" från de välformulerade begreppen till bemötandet i äldres hem och i de situationer som han/hon behöver hjälp har inte alltid fungerat. Orsakerna kan vara olika liksom de redskap som behövs för att minska avståndet mellan principer och verklighet. Självfallet kan det handla om den orsak som blivit mest uppmärksam i det offentliga samtalet: brist på ekonomiska resurser. Jag har dock hävdat och gör det också nu, att det finns behov av att även skärskåda hur tillgängliga resurser används på kort och lång sikt. Det är ett av flera skäl till att jag i betänkandet ofta återkommer till behovet av olika förebyggande insatser.

Jag har mött ett mycket starkt intresse för att fördjupa frågor om etik och moral i äldreomsorgen och i utbildningar som leder till arbetsuppgifter bland äldre. Detta uttalade intresse för att fördjupa innehållet i vården och omsorgen ser jag som en mycket stor resurs i ett fortsatt utvecklingsarbete. Jag anser att sådana resurser måste få uppmärksamhet genom åtgärder som visar att de är viktiga att förvalta. Jag har därför betonat värdet av utbildning och forskning i ett ömsesidigt samspel med verksamhetens erfarenheter. Vården och omsorgen om äldre kräver en långsiktig prioritering byggd på en gemensam grundsyn.

Reflexioner från andra

Till min glädje och till nytta för utredningsarbetet har många förmedlat sina tankar och förslag om ett fördjupat innehåll i äldreomsorgen byggt på en gemensam humanistisk grundsyn. Man har reflekterat över den nuvarande situationen och över framtiden och beskrivit sin oro över att det verkliga innehållet i begrepp som solidaritet blivit urholkat.

Det finns en stark uppslutning omkring behovet av att motverka ett kollektivt bemötande i vården och omsorgen om äldre - liksom i samhället i övrigt. Mycket konkret kan ett gott individuellt bemötande innebära att den äldre får behålla sina egna morgonrutiner även när han/hon bor i en kollektiv bostadsform.

Jag visar i slutbetänkandet exempel på metoder som stärker individuellt bemötande. Jag vill dock betona, i likhet med synpunkter som förmedlats till mig, att metoderna inte är fristående. De skall - liksom mina förslag för att stärka enskildas ställning - ses och fungera som uttryck för att enskilda medarbetare och verksamheten har förstått och kan dra slutsatser av grundläggande synsätt och vägledande principer.

Om makten och kunskapen

I mina direktiv nämns att bemötande också kan påverkas av maktförhållanden och tillgång till kunskap. Många har framfört att ett förverkligande av de styrande principernas innehåll börjar med reflexioner över hur man själv skulle vilja bli bemött. De allra flesta skulle säkerligen vända sig mot att nakna bli omskötta inför främmande människor eller omtalade som "paket". Det har ändå förekommit. Maktfrågorna inom vården och omsorgen bör enligt min mening få större uppmärksamhet. Ett led i detta kan vara att mera ingående och inom hela organisationen använda sig av kunskaper från kritiska synpunkter, klagomål och riskhändelser. Mötesplatser för samtal mellan äldre, anhöriga, personal och andra företrädare för vården och omsorgen behöver skapas.

Jag har i olika sammanhang uttalat att arbetsuppgifter inom vården och omsorgen om äldre har ett mycket kvalificerat innehåll och att kraven ökar.

Ökande krav inom vården och omsorgen om äldre måste ovillkorligen mötas med en aktiv kunskapsuppbyggnad och kunskaps-

spridning. Utbildningens innehåll och utbildningsnivåer måste bättre än nu stå i överensstämmelse med verklighetens krav.

Jag vill vara mycket tydlig i min uppfattning att oavsett utbildningstillfällets form så måste innehållet präglas av att de studerande och lärarna/handledarna gemensamt försöker ta tillvara de studerandes egna tidigare erfarenheter, analysera och anknyta dem till ny kunskap. Ett etiskt perspektiv på verksamhetens syfte och innehåll måste ha företräde och tillämpas på kunskapsutbytet. Därmed har jag också betonat vikten av en förbättrad kommunikation mellan teori och praktik, både inom grundläggande utbildningar och deras förhållanden till arbetsplatsförlagd utbildning och mellan forskningsverksamhet och "fältarbete" inom äldreomsorgen. Jag uppmärksammar vidare behovet av fortlöpande handledning som stöd både för personlig utveckling och kompetenshöjning genom nya kunskaper, relaterade till aktuella behov i arbetslagets uppgifter.

Fortsatt utveckling - några exempel

Slutligen tar jag i detta kapitel upp några frågor som handlar om bemötande i ett vidare perspektiv och som enligt min mening kommer att få ökad betydelse.

- Vi måste dra slutsatser av tillgängliga kunskaper om insatser som förebygger ohälsa och beakta de stora individuella variationerna i åldrandets processer. Kunskaperna behöver utvecklas genom forskning.
- Vi måste uppmärksamma hur ny teknik kan förändra förutsättningarna för tillgång till information, service och sociala kontakter. För äldre finns både hinder och möjligheter. Användarmöjligheterna med deras sociala och psykologiska dimensioner måste studeras och utvecklas.
- Vi måste med en tydlig rollfördelning hitta goda samverkansformer med det frivilliga arbetet som bedrivs av olika organisationer.

Kapitel 3:

Några perspektiv på äldres situation, åldrandets villkor och äldreomsorgens utveckling

Kapitlet ger en belysning av faktorer som direkt och indirekt kan påverka bemötandet av äldre. Docent Gerdt Sundström, Institutet för gerontologi, Jönköping, svarar för merparten av underlaget. Kapitlet speglar bl.a. befolkningsutveckling, ekonomiska förhållanden för äldre kvinnor och män, bostadssituationen, den informella omsorgen samt olikheter mellan kommunernas äldreomsorg.

En väsentlig fråga är balansen mellan de resurser som satsas på omsorg och vård i den enskildes eget hem och de resurser som läggs på särskilt boende. Det konstateras att en växande andel av resurserna går till särskilda boendeformer medan den öppna omsorgen når allt färre.

Mindre kommuner i glesbygd lägger proportionsvis mer resurser på vård och omsorg om äldre än andra kommuntyper. I hela riket använder 17 procent i åldersgruppen 65 år och äldre någon form av vård och omsorg.

Det förhållande som nu råder är att antalet och andelen personer 80 år och äldre växer. År 1996 var 17,4 procent av befolkningen 65 år och äldre (1,5 miljoner personer) och 5 procent var över 80 år (421 000 personer). Prognoser visar att antalet personer över 65 år förhåller sig konstant de närmaste åren. Personer 80 år och äldre beräknas år 2020 vara cirka en halv miljon personer.

Andelen personer 65 år och äldre och personer 80 år och äldre är i vissa kommuner och regioner liten, i andra mycket större än genomsnittet. De mycket gamla är oftast kvinnor; vid 70 års ålder finns obetydligt fler kvinnor än män men vid 90 års ålder är kvinnorna 2,5 gånger fler än männen.

Ekonomi och boende m.m.

Gruppen äldre har det ekonomiskt bättre idag än tidigare. Det går dock inte att dra slutsatser från förhållanden som råder för en grupp till de individer som gruppen består av. Pensionerna är de flesta äldres huvudsakliga inkomstkälla (85 procent av inkomsten i genomsnitt). Ganska många äldre har åtminstone i början av sitt

pensionärliv vissa andra inkomster. Dessa inkomster tenderar att minska efter hand. Det råder dock större olikheter inom gruppen pensionärer än i någon annan grupp. De äldsta och särskilt kvinnorna bland dem har ofta mycket låga inkomster och liten förmögenhet, de yngsta och speciellt männen förfogar över betydande värden. Statistiken redovisar generellt stora skillnader i pensioner och andra inkomster för äldre män och kvinnor. Inkomst- och förmögenhetsstatistik visar att ganska många pensionärer har sparmedel, men tillgångarna är snedfördelade och stigande levnadsomkostnader kan "äta upp" besparingar. Avgifternas betydelse för personer som använder äldreomsorg skall bli föremål för en ny statlig utredning. Bl.a. skall undersökas om nivån på avgifter gör att enskilda avstår från insatser.

Beträffande bostadssituationen för äldre kan konstateras att var tionde pensionär i början av 1950-talet saknade egen bostad. Situationen är klart förbättrad och nu är bristfällig bostadsstandard sällan en direkt orsak till att äldre flyttar till särskilda boendeformer. Äldres bostadsstandard kan dock vara låg i andra avseenden, t.ex. genom bristande bostadsanpassning och dålig tillgänglighet i den yttre miljön. I början av 1950-talet var andelen äldre ensamboende 27 procent, idag är den drygt 40 procent. Det är främst kvinnor som är ensamboende. Att andelen ensamboende stiger med åldern är ett nordiskt mönster - i ett internationellt perspektiv minskar ensamboende i högre åldrar på grund av bl.a. avsaknad av stöd och hjälp från samhället.

Det kan också noteras att i Sverige bor cirka 70 procent av kvinnorna och 30 procent av männen ensamma under sin sista levnadstid.

År 1996 bodde 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna i åldrarna 80-89 år i särskilda boendeformer. Under senare år har det skett en höjning av bostadsstandarden i de särskilda boendeformerna men brister kvarstår. År 1996 delade 10 procent av de boende bostad med annan än maka/make.

Kapitlet belyser också att olika former av privat "seniorboende" vuxit fram, ofta med bostadsrätt som upplåtelseform. Det förefaller också som icke-offentlig service i den egna bostaden ökar. Tillförlitliga uppgifter saknas men närmare en tiondel av personer i åldrarna 75-80 år bedöms anlita sådana tjänster, alltifrån "svart städhjälp" till service från entreprenadföretag och vårdbolag.

År 1996 uppskattades cirka 5 procent av de ekonomiska resurserna inom den offentliga omsorgen om äldre vara utlagda på privata utförare - vilket då berörde cirka 9 procent av brukarna.

Familj och närmiljö - anhöriginsatser

I Sverige har det tämligen sent funnits en lagstiftning om vuxna barns skyldighet att ta hand om föräldrar om dessa inte kunde försörja sig själva. Kraven försvann först år 1979 men det påpekades då att barnens moraliska skyldigheter kvarstod. På kontinenten och i flera andra länder finns underhållsskyldigheten kvar.

Mot alla gängse uppfattningar konstateras att familjenätverket kring äldre har stärkts. 15-20 procent av nyblivna pensionärer har förälder-föräldrar i livet. Mer allmänt kan noteras att vi idag vid en viss ålder samtidigt har betydligt flera nära släktingar i livet jämfört med t.ex. år 1900. Förbluffande många har ett eller flera barn i närheten, de flesta bara på några mils avstånd. Kommunikationer och ny teknik har gett ökande möjligheter att hålla kontakt. En minskande andel äldre är socialt isolerad, cirka fyra procent av samtliga i åldern 65-84 år enligt uppgifter från SCB 1993. Det finns dock skillnader i sociala kontakter som hänger samman med ekonomiska faktorer. Det visar bl.a. en Stockholmsundersökning från år 1997 (S.-E Wånell, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm).

Många äldre bor kvar i sin uppväxtort eller i dess närhet. Svenska pensionärer flyttar t.ex. mindre än franska även om vissa runt pensionsåldern söker sig "hemåt". De flesta flyttningar är inom kommungränserna.

Anhöriginsatser för äldre ökar - kanske främst bland dem som ännu inte kommit in i hemtjänstsystemet. Vid ökande vårdbehov förekommer ofta en kombination av anhöriginsatser och hemtjänst. Allt tyder på att svenskarna är omsorgsgivare i ungefär lika stor omfattning som i andra västländer. Flera former av offentligt stöd till anhöriga har minskat; växande användning har dock den s.k. närståendepenningen, en stödform för dem som vårdar närstående vid svåra, ofta livshotande sjukdomar. I sex av tio fall handlar det om vård av föräldrar/svärföräldrar och i cirka 75 procent av dessa situationer är det en kvinna som är vårdaren.

I kapitlet behandlas också olika utgångspunkter för att definiera när ålderdomen inträder. Det noteras att det är svårt eller omöjligt att fastställa en viss ålder då man blir fysiologiskt "gammal". Underskattade risker för att få någon demenssjukdom noteras; vissa studier antyder att minst 25 procent drabbas av demenssjukdomar innan de avlider. Det finns tydliga könsskillnader beträffande sjukdom och åldrande. Män dör tidigare och oftare "abrupt" medan kvinnor drabbas av flera sjukdomar med längre varaktighet.

Användningen av äldreomsorg diskuteras. I allt högre grad riktas insatserna till de mest vårdbehövande. Mindre omfattande hjälp (s.k. service) upptar allt mindre av hemtjänstens resurser. Det är emellertid stora lokala variationer, som inte med lätthet kan förklaras med faktorer som kommunal ekonomi etc. G. Sundström (som bidragit med kapitlets underlag) menar att traditionen i olika kommuner spelar viss roll för observerade skillnader i äldreomsorgen.

Kapitel 4:

Bemötande i vård, omsorg och annan offentlig verksamhet

Enligt uppdraget skall utredningen belysa bemötandet av äldre i vård, omsorg och i annan offentlig verksamhet.

Jag har på grund av mycket angelägna behov prioriterat bemötandet i vården och omsorgen men tar i detta kapitel också upp mycket viktiga aspekter på annan offentlig verksamhet, bl.a. tillgänglighet i olika bemärkelser som kan ha en mycket avgörande betydelse för bemötandet.

Inledningsvis belyser jag med hjälp av ett underlag från docent Lars Anderson (Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm) attityder till äldre och åldrande. Han konstaterar bl.a. att inställningen "alltid" skiftat. Det har också alltid funnits starka samband med kön, samhällsställning och hälsotillstånd m.m.

Inte heller "ungdomsfixering" är enligt studien något nytt - den fanns t.ex. mycket uttalat under renässansen. Rent allmänt förefaller dock inte yngre ha en särskilt negativ inställning till äldre. Det finns dock enligt studien en hotbild som består av att den allmänna debatten etsat fast begrepp som "äldrevåg" för att uttrycka att andelen mycket gamla ökar i befolkningen. Det kan ha lagt en grund till negativa attityder.

Jag uttalar bl.a. att en kraftfull och långsiktig prioritering av äldreomsorgen kan motverka sådana tendenser. I detta arbete är det väsentligt att efterfråga aktiv medverkan av äldre.

I kapitlet går jag igenom olika insatser för äldre och hur de utvecklas till form och innehåll med särskild uppmärksamhet på frågor om bemötande. Det är angeläget med en strukturförändring inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Dagvård, avlösning, eftervård och rehabilitering bör öka. Kvalitet i biståndsbedömning och vårdplanering måste stärkas.

I en ny målbestämmelse i socialtjänstlagen (gäller fr.o.m. den 1 januari 1998) betonas att socialtjänsten skall beakta äldres självbestämmande, integritet och trygghet. Det kräver att insatserna utformas individuellt och flexibelt, både i hemtjänst och i särskilda boendeformer. Tydliga biståndsbedömningar måste garantera rättssäkerhet. Bedömningar och beslut måste följas upp. Inom ramen för ett biståndsbeslut bör den enskilde enligt min mening ges ökat inflytande över valet av insatser för att de skall motsvara vanor, intressen och livssituation i övrigt. Det måste också vara välkänt för den enskilde och hans/hennes närstående vart man vänder sig med klagomål och synpunkter på vården och omsorgen.

Utvecklingen av vård och omsorg om äldre

Vårdtiderna på sjukhusen blir allt kortare. Utvecklingen ställer ökade krav på kvalificerade insatser och omvårdnad i kommunernas äldreomsorg.

Enskildas behov av stöd och hjälp kan inte delas in i medicinska och sociala insatser, behoven är sammansatta. Det har av flera påtalats brister i medicinska insatser för äldre. I synnerhet gäller det läkarinsatser. Pensionärsorganisationer har särskilt påtalat denna brist beträffande sjukhem.

Viktiga insatser bl.a. för att stödja möjligheter för äldre att bo kvar i sin egen bostad är dagverksamhet, korttidsvård och rehabilitering. Avgifterna för dessa insatser skiftar betydligt. Jag ser fördelar med att dessa avgifter skulle kunna ingå i avgifter för insatser i den ordinarie bostaden; insatserna är en del av en helhet i stödet till enskilda som önskar bo kvar i sin ordinarie bostad.

Bemötandet i olika miljöer och i annan offentlig verksamhet

Jag har enligt mina direktiv att undersöka om det uppstår skillnader i bemötandet i olika särskilda boendeformer. En intervjustudie har utförts på mitt uppdrag av docent Owe Åhlund, Lund. Studien har för liten omfattning för att vara generaliseringsbar men kan ge upphov till viktig ny forskning. Inga tydliga skillnader i bemötandet kunde visas i olika särskilda boendeformer men inom vissa fanns äldre rutiner som kunde avspeglas i bemötandet. Andra undersökningar visar att bostads- och närmiljö kan understödja bemötande och samspel. Det har visat sig i studier av

gruppboendestäder för personer med demens respektive för personer med utvecklingsstörning. Frågan ställs om framtida utveckling av boendeformer för äldre och behovet av att undersöka hur kollektiva boendeformer för äldre inverkar på enskilda, anhöriga och personal.

Avslutningsvis tar jag upp hur bemötandet kan påverkas av tillgänglighet i fysisk miljö, offentlig och kommersiell service, information, kultur m.m. Jag konstaterar att dessa frågor är mycket betydelsefulla, inte minst i perspektiv av ett ökat kvarboende. God tillgänglighet stärker enskildas möjligheter att vara delaktiga och utöva självbestämmande samt ökar möjligheterna att bibehålla fysisk och psykisk hälsa. Jag har understrukt att frågan om tillgänglighet också gäller anhöriga och personal som ger stöd till den enskilde. I kapitlet noterar jag att det behövs ökad och kraftfull uppmärksamhet på dessa frågor eftersom en stor andel äldre har olika funktionshinder.

Kapitel 5:

Personligt stöd

I kapitlet redovisas att vissa äldre kan ha behov av någon form av personligt stöd för att i olika sammanhang göra sig hörda och få inflytande. Det gäller t.ex. dem som inte har närstående.

En genomgång görs av enskildas rättsliga ställning som bakgrund till kortfattade beskrivningar av olika stödformer som förekommer. Jag hänvisar i övrigt till sammanfattningen av kapitel 9, där stödformerna återkommer i förslag.

Funktionen som ombud redovisas liksom möjligheten att få stöd genom god man. Jag uppmärksammar att en vanlig uppfattning är att en god man förordnas för stöd i ekonomiska angelägenheter. Lagstiftningen (föräldrabalken) innebär dock även möjligheter till annat stöd från en god man i personliga angelägenheter som rör enskildas dagliga liv. Det behövs dock informationsinsatser för att göra möjligheten känd.

Personligt stöd kan också ges genom en kontaktperson, vilket jag vidareutvecklar genom ett av mina förslag (kap. 9). Andra former nämns också i kapitlet bl.a. försöksverksamhet med s.k. personligt ombud som är ett expertstöd med syfte att samordna olika insatser (bostadsfrågor, ekonomiska angelägenheter, frågor om arbete och sysselsättning etc.) tillsammans med den enskilde.

Försöksverksamheten som pågår har hittills främst varit riktad till personer med psykisk störning.

Den individualisering som jag beskriver i många sammanhang skulle enligt min mening kunna främjas genom ökade möjligheter för enskilda att få en individuell plan över olika insatser. Jag beskriver i kapitlet hur denna möjlighet finns i vissa andra föreskrifter. Ett särskilt värde ligger i möjligheten för den enskilde (och i vissa fall anhöriga eller god man) att vara aktivt delaktig i att upprätta planen och få en överblick över olika insatser, när de skall komma ifråga osv. Den individuella planen kan också vara ett redskap för uppföljning av olika insatser.

Jag beskriver också en insats som är ett personligt stöd för vissa personer med omfattande funktionshinder, personlig assistans. Enligt nu gällande föreskrifter kan kostnadsersättning för insatsen, statlig assistansersättning, inte utgå när den enskilde fyllt 65 år. Socialstyrelsen har gjort en uppföljning av stödet till de personer som haft assistansersättning och som fyllt 65 år (152 personer). Styrelsen har konstaterat att nästan 60 procent därefter fått insatser med mindre omfattning eller i andra former. Jag hänvisar till sammanfattningen av kapitel 9 och det förslag som där blir beskrivet.

Kapitel 6:

Bemötande av anhöriga och närstående

I kapitlet konstaterar jag att anhöriga/närstående ger omfattande stöd, vård och omsorg till äldre. Omfattningen av insatserna är svår att bestämma men den anses allmänt vara betydligt större än insatser från samhället. Anhöriga har under hela utredningstiden förmedlat synpunkter på vård och omsorg, oftast om brister men också förslag om förbättringar. Ett viktigt stöd är enligt många att kunna lita på insatsernas kvalitet, dvs. att de utförs på avtalat sätt. Anhöriga har betonat att de söker ett skraddarsytt individuellt stöd, både praktiskt och psykologiskt. I kapitlet gör jag en uppräkningslista av anhörigas önskemål. Den omfattar bl.a. tillgång till god information, delaktighet, respekt för anhörigas kunskaper och erfarenheter, möjligheter att få lätt tillgänglig rådgivning i olika situationer samt goda avlösningsmöjligheter genom framförallt dagverksamheter för äldre men också korttidsvård. Dessa verksamheter behöver utvecklas och bli mera varierade.

Anhöriga liksom andra har påtalat att inte alla anhöriga har förutsättningar att medverka i vård och omsorg. Det är viktigt att beakta detta. I annat fall uppstår risksituationer där övermäktiga krav och isolering upplevs som tvång och i sämsta fall kan leda till övergrepp.

Vissa förslag som jag lägger (kap. 9) beträffande möjligheter att stärka enskildas ställning berör också anhöriga. Det är emellertid väsentligt att se de olika behoven hos dem som ger stöd och dem som tar emot stöd.

Kapitel 7:

Om personal i vård och omsorg

Detta är ett kapitel som i huvudsak belyser

- den kommunala äldreomsorgens personal, antal, sammansättning etc.
- personalutbildning
- aspekter på personalens arbetssituation
- möjligheter att genom olika metoder öka individualisering och samtidigt utveckla personalens arbetsuppgifter.

Mot bakgrund av omfattande personalstatistik konstaterar jag att vi står inför stora förändringar, bl.a. behov av betydande nyrekryteringar. Ökande krav inom vården och omsorgen om äldre ställer krav på stora utbildningssatsningar. Såväl utbildningsinnehåll som utbildningsnivåer måste analyseras och förändras. På motsvarande sätt krävs förändringar i arbetsorganisation och ledarskap.

I min sammanfattning uppehåller jag mig främst vid frågor om personalutbildning, som under hela utredningsarbetet betonats som en avgörande fråga av olika berörda, anhöriga, organisationer, myndigheter m.fl. Främst har utbildningar för social omsorg stått i fokus. Det gäller dels gymnasieskolan med dess omvårdnadsprogram, dels högskoleutbildningen inom det sociala omsorgsprogrammet. Inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram utbildas eleverna för att kunna arbeta som vårdbiträden och undersköterskor. Högskolans utbildning i social omsorg med inriktning på äldre- och handikappomsorg förbereder för arbete bl.a. som biståndshandläggare och arbetsledare.

Många anställda gick sin grundläggande utbildning för ganska länge sedan. Det finns därmed också behov av att inte bara diskutera grundutbildningarna utan även fortbildning och möjligheter till påbyggnadsutbildning. Ett särskilt problem är att cirka en fjärdedel av vårdbiträdesgruppen saknar grundläggande formell utbildning för sina arbetsuppgifter. Det betyder inte att de saknar kunskaper och erfarenhet, men de nya kraven i äldreomsorgen måste mötas även med nya kunskaper.

I kapitlet går jag igenom innehållet i det treåriga omvårdnadsprogrammet inom gymnasieskolan. I omvårdnadsprogrammet ingår minst 15 veckors arbetsplatsförlagd utbildning (APU). Svenska Kommunalarbetareförbundet har granskat utbildningen och konstaterar sammanfattningsvis

- att utbildningen är bra men att den behöver få tid att finna sin form
- att eleverna är "anställningsbara" men att det också behövs en introduktion på arbetsplatsen vilket ibland är försummat
- att det behövs mera av arbetsplatsförlagd utbildning
- att samarbetet mellan skolan och arbetslivet bör förbättras
- att handledarutbildning (dvs. för dem som vägleder eleverna i den arbetsplatsförlagda utbildningen) måste förstärkas
- att arbetsgivare måste planera för framtidens behov av ökad personalrekrytering.

Högskoleutbildningen inom social omsorg omfattar sedan 1994/95 120 poäng och leder till yrkesexamen inom social omsorg. Jag gör en granskning av målen för utbildningen och en beskrivning av utbildningens framväxt. Jag kan konstatera att många utredningar genom åren belyst frågan om huvudmannaskap m.m. beträffande denna utbildning. Slutsatsen har återkommande varit att utbildningen borde närma sig och/eller anknytas till den statliga högskolans utbildning i socialt arbete (socioonomutbildning m.fl.). Flera har påtalat att äldreomsorgen kräver både sociala och medicinska insatser vilket borde avspeglas i förekommande utbildningar. Man har funnit att utbildningen både måste breddas och fördjupas för att motsvara krav på bl.a. arbetsledare i äldreomsorg. Dessutom har påtalats behovet av forskningsanknytning.

Sammanfattningsvis konstaterar jag behov av ökade satsningar på grundläggande utbildning för vårdbiträden samt på utbildningar av arbetsledare och biståndsbedömare m.fl. handläggare, en utbildning som jag, enligt flera tidigare utredningars förslag,

anser bör knyta an till utbildning och forskning vid socialhögskolor.

Jag uppmärksammar arbetsgivarens ansvar för fortbildning och ser behov av återkommande inventeringar på lokal nivå för att kunna göra en strategisk planering av utbildningsinsatser för olika grupper. Särskilt efterfrågas t.ex. speciella satsningar, något av "spetskompetens", inom områden som bl.a. rör bemötande av och kommunikation med personer som har olika funktionshinder. I kapitlet redovisas en del av dessa önskemål. En starkare betoning av frågor som rör bemötande och etik måste ske inom samtliga utbildningar.

Personalens arbetssituation

En genomgång görs av statistiska uppgifter om arbetssjukdomar och arbetsolycksfall. Vårdbiträden m.fl. är den yrkesgrupp som inom vård och omsorg har flest anmälda arbetsolyckor och arbetssjukdomar. Oftast gäller arbetsolyckor och arbetssjukdomar belastningsskador i samband med lyft. Sociala och organisatoriska faktorer (stress, brister i arbetsledning och arbetsorganisation) är också vanliga orsaker.

Arbetskyddsstyrelsens roll som tillsynsmyndighet rörande frågor om arbetsmiljöförhållanden beskrivs. Jag redovisar att styrelsen i sitt yttrande till utredningen påpekat viktiga samband mellan arbetsmiljöförhållanden och möjligheten att ge äldre ett gott bemötande.

Den interna kontrollen av arbetsmiljön och arbetsgivarens ansvar för att bl.a. försäkra sig om arbetstagarens kunskaper om arbetet, risker och arbetsförhållanden i övrigt är väsentlig även för att förebygga ett dåligt bemötande. Internkontrollen skall ske på ett systematiskt sätt och också omfatta planer för arbetsmiljöåtgärder.

Slutligen behandlar jag i kapitlet kvalitetsutveckling och arbetssätt som stärker ett individuellt bemötande av äldre. Vikten av att till verksamheten återföra dokumenterade brister betonas som ett led i ett verksamt förebyggande arbete.

Jag gör en genomgång av bl.a. kvaliteter i biståndsbedömning och behovet av en individuell uppföljning av biståndet. Bl.a. välkomstsamtal (både i hemtjänst och särskilt boende) förordas som ett sätt att bygga upp ett förtroende mellan personal, den enskilde och anhöriga. Kontaktmannaskap (någon i personalgruppen har ett särskilt ansvar för frågor som rör en viss äldre person) beskrivs

skrivs som ett mycket viktigt inslag; jag uppmärksammar dock att kontaktmannaskap kräver fortlöpande stöd och handledning.

Kapitel 8:

Tillsyn, ansvarsfrågor, sekretess och kunskapsuppföljning, m.m.

Detta kapitel är i huvudsak en genomgång av olika lagar som reglerar tillsyn, ansvarsfrågor och sekretess.

Jag redovisar skillnader beträffande tillsynen av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Vidare hänvisar jag till ett betänkande av socialutskottet som framhåller att tillsynen över äldreomsorgen måste förbättras och skärpas bl.a. i frågor som rör rättssäkerhet. Jag delar socialutskottets uppfattning, vilket jag tidigare beskrivit i ett delbetänkande (SOU 1997:51). Jag lägger särskild vikt vid socialutskottets uttalande om behovet av en tydligare organisation av tillsynsverksamheten, vilket på ett avgörande sätt kan stärka enskildas ställning.

Beträffande ansvarssystemet för personal inom kommunal hälso- och sjukvård görs också en genomgång av relevant lagstiftning. Jag redovisar synpunkter som inkommit om gränsdragningsproblem som kan uppkomma inom kommunernas hälso- och sjukvård. Det är många gånger svårt att bedöma när icke legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och när den inte är det. Det kan också finnas brister i rutiner för delegering mellan olika personalgrupper. I lagstiftning som rör hälso- och sjukvården har det ingående reglerats vilket ansvar som hälso- och sjukvårdspersonalen har. Motsvarande saknas inom socialtjänsten. Med tanke på äldre personers sammansatta behov av vård och omsorg, medicinska och sociala insatser, anser jag att det är en viktig kvalitetsfråga för enskilda att förhållandet blir föremål för förslag (se vidare sammanfattning till kap. 9).

Sekretessen i förhållandet mellan anhöriga och personal har diskuterats vid de rådslag och rundabordsamtal som anordnats under utredningstiden. Jag gör därför i detta avsnitt en genomgång av lagstiftningen. Den är strikt och medger inte ett mera "generöst" synsätt på möjligheterna att lämna ut uppgifter till anhöriga. Genom att inhämta samtycke från den enskilde (i vissa fall ett tyst, s.k. presumerat samtycke) är det möjligt att utbyta uppgifter. Det behövs dock enligt min mening återkommande ut-

bildning och upplysningar om de krav som ställs genom lagstiftningen.

Kapitlet belyser i övrigt bl.a. behovet av att utreda vissa bemötandefrågor som rör personer med demens och olika metodfrågor inom vården och omsorgen av bl.a. personer med demens.

Vidare beskriver jag vissa aspekter på förtroendenämnderna och deras viktiga uppgift att förbättra möjligheterna till kontakt mellan patienterna och hälso- och sjukvårdens personal. Nämnderna skall ge råd, stöd m.m. till enskilda och anhöriga och vid behov kunna hänvisa till rätt vårdgivare och vårdnivå. Det har framgått att förtroendenämnderna behöver bli mera kända hos allmänheten men också hos företrädare för hälso- och sjukvården inom landsting och kommuner. Jag anser att förtroendenämnderna mer skulle kunna utvecklas till en "ombudsmannafunktion" för äldre och deras närstående (se sammanfattning till kap. 9).

Kapitlet upptar i övrigt frågor som berör möjligheterna att undersöka om den mängd kunskap som finns samlad om klagomål, synpunkter etc. på vårdens innehåll skulle kunna systematiseras på sätt som ger större möjligheter att följa utveckling av kvalitet i olika verksamheter. Vidare betonar jag vikten av en fortsatt utveckling av nationell statistik om äldreomsorgen och olika delar av dess innehåll.

Kapitel 9:

Överväganden och förslag

Inledning

Jag har samlat mina överväganden och förslag till kapitel 9. Detta kapitel hör dock samman med vad som tidigare beskrivits i betänkandet. I de tidigare beskrivningarna finns exempel på arbetsätt, insatser, utbildningsinnehåll osv. som utvecklats på flera håll men som behöver få spridning och förstärkas - i vissa fall genom de förslag som finns i kapitel nio, i andra fall genom insatser på kort och lång sikt som jag beskriver och förordar i anslutning till varje område i de tidigare kapitlen.

Tillsynen över vård och omsorg om äldre

Jag framhåller att det måste vara ställt utom allt tvivel att vi i ett solidariskt samhälle värnar om äldre och deras möjligheter till ett värdigt liv. Just nu kan jag konstatera att många hyser en påtaglig misstro till innehållet i samhällets insatser. Sambandet mellan de nationella målen, de övergripande principerna och verkligheten blir ifrågasatt. Bristande tillit till framtidens omsorg orsakar lidande för enskilda och närstående och skapar oro hos personal. Sammantaget kan det leda till ett sämre innehåll i vården och omsorgen och ett dåligt bemötande.

Jag är väl medveten om att det genomförs många goda insatser med kunnsighet och kompetens av nuvarande tillsynsfunktioner. Med utgångspunkt i enskildas behov finner jag dock att tillsynen är i behov av förstärkning genom bättre integrering av olika kompetenser, samordning i verksamheten och tydlighet i uppdrag och funktioner.

Den nya socialtjänstutredningen har i uppdrag att bl.a. pröva möjligheterna att utveckla en mer slagkraftig regional tillsyn med samma statliga huvudman. Jag anser att detta bör utgöra ett huvudalternativ. Den nya socialtjänstutredningens uppdrag skall vara slutfört i mars 1999. Regeringen bör dock enligt min mening ge socialtjänstutredningen tilläggsdirektiv som innebär att utredningen får i uppdrag att snarast möjligt lägga fram ett delbetänkande om tillsynsfrågorna. Jag har i skälen för mitt förslag markerat att jag ser ett problem i detta genom att det kan vara värdefullt att ha utrett andra frågor innan ställning tas till tillsynsfrågorna. Jag finner dock att situationen inom vården och omsorgen om äldre motiverar en snabb handläggning. Ett delbetänkande från den nya socialtjänstutredningen skulle med fördel kunna omfatta en grundlig analys av nuvarande tillsynsfunktioner och leda till i vart fall interimistiska förslag om en förstärkt tillsyn över äldreomsorgen.

Ett vidgat ansvar för personal i kommunal hälso- sjukvård

Jag föreslår en utvidgning av det ansvarssystem som gäller inom kommunal hälso- och sjukvård. Med ansvarssystem avses här det regelsystem som finns om bl.a. åligganden, disciplinpåföljd och tillsyn för hälso- och sjukvårdspersonal. Reglerna om vilka som

skall anses som hälso- och sjukvårdspersonal skiljer sig åt mellan kommuner och landsting. Personal inom kommunerna kan i mindre utsträckning utgöra hälso- och sjukvårdspersonal än vad de kan inom landstingen. Denna skillnad vill jag med mitt förslag minska.

Jag har i skälen för mitt förslag refererat till olika betänkanden och rapporter som visar att kommunernas äldreomsorg i allt högre utsträckning har tagit emot och vårdar svårt sjuka och funktionshindrade människor. Socialstyrelsen har i en rapport framhållit att vården av personer med demens har blivit en växande uppgift för kommunernas äldreomsorg liksom även omhändertagandet av personer i livets slutskede. Att döma av vad som sägs i ett betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000 - SOU 1996:163) har dock vården av personer med demens inte bara blivit en växande uppgift för kommunerna. Demensvården har enligt vad denna kommitté framhåller numera i allt väsentligt blivit kommunernas ansvar. Socialutskottet har behandlat den ökade vårdtyngden inom den kommunala hälso- och sjukvården i två betänkanden under riksmötet 1996/97. En tydlig slutsats som kan dras av en utfrågning om äldre frågor som utskottet hållit är att de särskilda boendeformerna har fått ta över patienter som tidigare vårdats inom t.ex. internmedicinen och geriatriken. Många av dessa personer kräver betydande insatser medicinskt, tekniskt och omvårdnads-mässigt. Vidare framhåller socialutskottet att gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården i vissa avseenden har luckrats upp under senare år.

Detta utgör de bakomliggande motiven för mitt förslag att utvidga ansvarssystemet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare har jag pekat på att vissa remissinstanser vid min informella remiss av betänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) har tagit upp olika problem som har att göra med svårigheter att kunna avgöra vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och vem som inte gör det inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Mitt förslag är att all personal som inom kommunerna medverkar i hälso- och sjukvård i form av vård, undersökning eller behandling av enskilda skall utgöra hälso- och sjukvårdspersonal. Härvid gäller att kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boendeformer. Varje kommun skall även erbjuda hälso- och sjukvård i samband med dagverksamhet. Vidare har cirka hälften av landets kommuner ansvaret för hemsjukvården Det är

alltså hälso- och sjukvården i dessa verksamheter som förslaget handlar om.

Jag anser att begreppet vård bör kunna ges en ganska vid innebörd i likhet med vad som gäller inom landstingets hälso- och sjukvård. Det bör inte enbart handla om direkt vård utan även om indirekt vård. Det gör att även t.ex. administrativ personal kan anses som hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett vidgat ansvarssystem handlar enligt min mening inte bara om ansvarssystemet i sig. Det handlar också om yrkesrollen. Kompetensen hos personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver stärkas för att möta den utveckling som skett och som kan väntas ske. Det kommer att ligga såväl i kommunens eget intresse som i arbetstagarorganisationernas intresse att kompetensen höjs. Vidare kan en höjd kompetensnivå ha betydelse inte bara för utförandet av arbetet. En höjd kompetensnivå ger också arbetsuppgifterna i sig en högre status.

Höjd utbildningsnivå för handläggare och arbetsledare

Noterade brister i rättssäkerhet vid biståndshandläggning liksom ökande krav på biståndshandläggningens innehåll och på nödvändig samverkan mellan flera kompetenser gör att jag anser att biståndshandläggare/behovsbedömare på ett bättre sätt måste förberedas inför sina arbetsuppgifter. Min bedömning är därför att utbildningsnivån för handläggare och arbetsledare inom äldreomsorgen måste höjas genom anknytning till socialhögskolorna med innebörden att utbildningen leder till kompetensnivå motsvarande socionomexamen och får en närmare anknytning till forskning.

Kunskapslyftet för redan anställda

Det s.k. kunskapslyftet är en flerårig riktad åtgärd för att vuxna arbetslösa som helt eller delvis saknar gymnasiekompetens skall få tillgång till utbildning som ger sådan kompetens. Därutöver skall satsningen också vända sig till anställda som helt eller delvis saknar gymnasieutbildning.

Enligt uppgifter som jag inhämtat saknar cirka en fjärdedel av nu anställda vårdbiträden inom kommunernas äldreomsorg helt eller delvis gymnasiekompetens. För att kunna möta redan uttalade och ökande krav inom vården och omsorgen om äldre är det enligt min mening nödvändigt att beakta behov av formell

grundutbildning. Den utgör en nödvändig utgångspunkt för fortbildningsinsatser och andra former av kompetenshöjning. Jag föreslår att regeringen bör ta initiativ till att viss del av tillgängliga resurser inom kunskapslyftet reserveras för redan anställda inom den kommunala äldreomsorgen.

Hemsjukvård

Det är enligt min mening angeläget att påskynda samverkan och integrering mellan sociala och medicinska kompetensområden, t.ex. i hemsjukvården. Utgångspunkten för en sådan process är enligt min mening enskildas sammansatta behov av kvalificerade och samordnade insatser från flera kompetensområden. Beträffande utvecklingen av hemsjukvården i kommuner och landsting saknas dokumentation genom samlad nationell statistik och genom beskrivningar av utvecklingen av innehåll och uppgifter. Jag föreslår att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att på nationell nivå fortlöpande dokumentera och rapportera om hemsjukvårdens utveckling inom kommuner och landsting.

Förtroendenämnderna

Jag relaterar till att Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) föreslagit en lag om patientnämnd (SOU 1997:154). Denna lag skall ersätta nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet. Kommittén föreslår en utvidgning av nämndens uppgifter till att omfatta vissa socialtjänstupp-gifter inom kommunernas vård och omsorg. Jag anser för min del att ansvarsområdet bör utvidgas ytterligare. Min bedömning är att utvecklingen bör gå i riktning mot att nämnden ges behörighet att behandla klagomål oavsett om de föranleds av brister inom ett socialt eller ett medicinskt kompetensområde.

Det har från många håll påtalats att det finns brister i förtroendenämndernas information om sin verksamhet och dess syfte och arbetssätt. Jag föreslår därför att det i lagen om förtroendenämndsverksamhet införs en bestämmelse med innebörden att förtroendenämnderna har skyldighet att informera allmänheten om sin verksamhet och dess syfte.

Kontaktperson och god man

Stödformen kontaktperson kan f.n. ges som en serviceinsats enligt 10 § socialtjänstlagen. Insatsen används i liten omfattning för äldre. Jag vill emellertid utveckla användningen av denna stödform och denna utveckling bör komma till stånd utan dröjsmål. Stöd i form av kontaktperson kan bidra till att utvidga den enskildes sociala nätverk och vara ett individuellt vardagligt stöd. Denna insats kan på ett enkelt sätt tillföra den enskilde kvaliteter i vardagen och insatsen kan medge stor valfrihet utifrån den enskildes egna önskemål. För att få till stånd den utveckling jag önskar av denna stödform anser jag att den bör finnas som en rättighet i socialtjänstlagen.

Liksom det bör ske en utveckling av stödformen kontaktperson för äldre bör det också ske en utveckling av stödformen god man.

En god mans uppgift är i princip att biträda den person som han/hon förordnats att vara god man för. I uppgiften att vara god man ingår att bevaka den enskildes rätt, förvalta hans egendom och sörja för hans person. Förordnandet kan dock vara begränsat så att det inte omfattar alla dessa uppgifter. Gode mannen står under överförmyndarens tillsyn.

Jag anser att ett förordnande som god man (som innehåller alla de tre uppgifter som beskrivits) utövat av en engagerad person på ett verkningsfullt sätt kan ge den enskilde stöd och stärka hans/hennes ställning i betydelsefulla avseenden. Anhörig kan om han/hon uppfyller de krav som uppställs för ett förordnande vara god man. Gode mannens uppgift är enligt min mening inte att ersätta personal men att i sin huvudmans intresse följa att kvalitet i insatser svarar mot personens önskemål, intressen och behov

Jag anser att utvecklingen av stödformen god man bör kunna ske inom ramen för gällande regelsystem i föräldrabalken. För att få till stånd en utveckling av denna stödform på det sätt jag önskar behövs informationsinsatser. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att svara för dessa informationsinsatser. Dessa insatser bör i första hand riktas till enskilda, anhöriga och andra närstående samt till kommuner, intresseorganisationer och anhörigföreningar m.fl.

Individuell plan

Det finns ett flertal bestämmelser och allmänna råd inom bl.a. hälso- och sjukvården om upprättande av individuell plan. Dessa planer avser dock inte socialtjänstinsatser under mera löpande vård och omsorg av enskild. Jag har under mitt utredningsarbete fått synpunkter på att det bör införas bestämmelser om upprättande av individuell plan i sådana fall. Jag anser därför att det i socialtjänstlagen bör införas bestämmelser om att den enskilde skall kunna begära en individuell plan. Ansvaret för upprättandet av planen bör socialtjänsten ha och syftet med den bör vara att den skall utgöra ett stöd för arbetet med de insatser som behövs. Den enskilde kan genom en individuell plan ges ett inflytande över de åtgärder som planeras och få en överblick över när olika åtgärder skall komma i fråga. Planen bör utformas så att den ger möjlighet till uppföljning och förändring och den bör omprövas fortlöpande.

Jag anser inte att det finns behov av att begränsa möjligheten att få en individuell plan till någon särskild målgrupp.

En viktig fråga i samband med planeringen av insatserna är den samverkan som kan komma i fråga mellan olika verksamheter. Planen bör också med medgivande från den enskilde kunna utväxlas mellan olika verksamheter som ger stöd till honom/henne.

Dagverksamheter, korttidsvård m.m.

Stöd med en uttalad målsättning och en medveten individuell planering av insatserna tillsammans med den stimulans och gemenskap som dagverksamhet och korttidsvård kan tillföra den enskilde gör det ofta möjligt för honom/henne att bo kvar i den ordinarie bostaden under en längre tid än som annars skulle varit fallet. För närvarande (december 1997) bedöms dessa insatser som biståndsinsatser. Möjligheten att få insatserna i fråga som en rätt till bistånd upphör den 1 januari 1998 i och med den ändrade utformningen av biståndssystemet i socialtjänstlagen. Alarmerande uppgifter om bristfälliga kvaliteter i stöd till kvarboende gör att jag ändå lägger detta förslag trots den regeländring som nyligen beslutats av riksdagen. Om det inte finns rätt till dessa insatser kan konsekvensen bli att allt flera söker sig till särskilda

boendeformer, även om de inte vill flytta. Jag anser inte att särskilda avgifter för dagverksamhet och korttidsvård skall tas ut.

Stöd genom personlig assistans

Socialstyrelsen anser efter sin utvärdering år 1997 av handikappreformen att frågan bör prövas om personer med personlig assistent och statlig assistansersättning bör kunna behålla detta stöd även efter 65 år. Jag har noterat att i vissa kommuner får den enskilde efter fyllda 65 år behålla assistansen i samma form och omfattning trots att den statliga assistansersättningen upphör. Sådan ersättning kan inte utges efter 65-årsdagen. I andra kommuner försämras stödet. Jag föreslår att den som har personlig assistans enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) när han eller hon fyller 65 år får behålla sin rätt till personlig assistent och statlig assistansersättning även för tiden därefter. Rätten föreslås gälla så länge personen bor i en ordinarie bostad och är insatsberättigad.

En gemensam struktur för kunskapsuppföljning

Inom hälso- och sjukvården finns flera organ att vända sig till med synpunkter och klagomål på vården och omsorgen. Brister i bemötande, kvalitet och innehåll finns dokumenterade hos bl.a. förtroendenämnder, Socialstyrelsens RiskDataBas, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och hos patientförsäkringen. Jag har i min kartläggning kunnat konstatera att det saknas samma systematiska dokumentation om enskildas och anhörigas anmälningar, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten. En nationell systematisering av information om tillsynsanmälningar från enskilda och anhöriga inom hälso- och sjukvården är också betydelsefullt. Jag har uppmärksammat att synpunkter och klagomål som anförs av äldre och deras närstående är en ovärderlig källa till kunskap. Denna kunskap behöver bättre tas till vara och användas i kvalitetsarbetet och i det förebyggande arbetet. Särskilt vill jag uppmärksamma betydelsen av att inom vård och omsorg i den ordinarie bostaden finna former för en systematisk handläggning av klagomål och synpunkter.

Jag anser att det är önskvärt att informationen i databaserna systematiseras på ett likartat sätt. Det är enligt min mening särskilt betydelsefullt att kunna följa utvecklingen av kvaliteten och

innehållet i vården och omsorgen om de allra äldsta, dvs. personer 80 år och äldre med de största vård- och omsorgsbehoven. Jag föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att undersöka förutsättningarna för ett samarbetsprojekt angående en samordnad systematisering av anmälningar, synpunkter och klagomål om enskilda och anhöriga samt s.k. Lex Maria-anmälningar. Om förutsättningar finns för ett sådant projekt bör Socialstyrelsen få i uppdrag att genomföra projektet.

Behov av forskningsstrategi

I förhållande till forskningsbehoven och till forskningsområdets omfattning ägnas forskning om äldre, åldrande och äldreomsorg liten uppmärksamhet och tillförs förhållandevis små medel av olika forskningsfinansiärer. Jag anser därför att regeringen bör ta initiativ till en samlad och långsiktig strategi för forskning om äldre, åldrande och äldreomsorg. Områden som enligt min mening behöver analyseras och bli föremål för åtgärder är bl.a.

- tillgång till forskare
- samverkan mellan utbildning och forskning
- det ömsesidiga flödet mellan forskningen och "fältet" samt spridningen av forskningsresultat utanför forskarvärden
- förhållandet mellan specifik äldreforskning och forskning inom andra områden som har relevans för äldre och äldres villkor i samhället
- former för stöd till tvärvetenskapliga forskningsprojekt som har svårt att finna "hemorts rätt" inom viss disciplin liksom stöd till forsknings- och utvecklingsarbete på lokal nivå, i kommunerna.

Bruket av tvångsliknande metoder

Ett flertal av de klagomål som främst anhöriga förmedlat till mig handlar om bruket av något som inom vården och omsorgen ibland kallas "milt" tvång. Det handlar om olika slags anordningar för att hindra någon från att exempelvis falla från rullstol/toalettstol. Anordningarna kan utgöras av fastbindning med lakan o.dyl. Anhöriga har - även med viss förståelse med syftet att hindra någon från att falla - upplevt detta som kränkande och bristfälligt bemötande. De anhöriga har i sammanhanget bl.a.

ifrågasatt personaldimensionering, arbetsorganisation och arbetsledning. I vissa situationer har personalen kunnat hänvisa till att de har rätt att vidta nämnda åtgärder efter ordination av läkare. I andra fall har personalen endast förmedlat "att man alltid gör så". Främst har dessa händelser rapporterats i särskilda boendeformer.

Jag föreslår att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda användningen av metoder som har karaktären av tvång inom vård och omsorg av äldre, främst inom vård och omsorg om personer med demens och demensliknande tillstånd. När uppdraget genomförts bör regeringen ta ställning till behovet av författningsreglering av frågan.

Kapitel 10:

Konsekvenser av mina förslag

Jag har i enlighet med mina direktiv lagt förslag som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre och långsiktigt befrämja utvecklingen av gott bemötande. Jag har funnit att de förslagsområden jag valt har väsentlig betydelse för utvecklingen av kvaliteten och innehållet i vården och omsorgen om äldre både på kort och lång sikt. Äldres villkor och äldreomsorgens utveckling rör i alla avseenden välfärdsfrågor. Det krävs insatser från staten, landstingen och kommunerna för att slå vakt om äldres självbestämmande och för att ge äldre trygghet och värdighet i vården och omsorgen. Jag har funnit behov av att stärka enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg. Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse måste enligt min mening utvecklas betydligt. Jag anser vidare att det måste finnas en förstärkt och tydlig tillsyn för att hävda den enskildes rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

De krav som gäller för alla kommittéer/utredningar om att pröva offentliga åtaganden (dir 1994:23) innebär att varje kommitté/utredning skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser. Jag har funnit skäl att frånga dessa direktiv när det gäller förslaget om personlig assistent och statlig assistansersättning. Jag motiverar detta med den olikformiga behandling som finns idag. I vissa kommuner får personerna behålla stödet i samma form och omfattning när den statliga assistansersättningen inte utgår. I andra kommuner minskas stödet. Svårt funktionshindrade bör behandlas

lika över landet och det finns därför skäl att ta dessa kostnader. Det är naturligtvis - och har också varit det sedan stödet tillkom - mycket svårt att motivera försämring av stödet på grund av att viss ålder uppnås och att det dessutom handlar om att uppnå en ålder där behovet av stöd snarare ökar än minskar. Vad gäller förslagen i övrigt är det möjligt att de totalt sett kan komma att leda till vissa kostnadsökningar som emellertid är mycket svåra att uppskatta. På grund av de avgörande brister som framkommit i kartläggningen och som - trots många goda insatser i äldreomsorgen - dramatiskt förändrat medborgarnas tilltro till vården och omsorgen om äldre, anser jag dock att dessa eventuella kostnadsökningar kan försvaras. Det handlar om trovärdighetsfrågor som berör förhållanden långt utanför äldreomsorgen.

Kapitel 11:

Författningskommentarer

Följande kommenteras i kapitlet.

- Förslaget till lag om ändring i lagen (1994:953) om åliggande för personal inom hälso- och sjukvården)
- Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).
- Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:563) om förtroendekommittés verksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.
- Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Förslag till lag om ändring i lagen (1993:389) om assistansersättning.

Övrigt:

- I några frågor föreligger särskilda yttranden
 - I bilaga till betänkandet redovisas
 - utredningens direktiv
 - sakkunniga respektive medlemmar i referensgruppen med handikapporganisationerna
 - utredningens skrifter
- yttranden som inkommit över delbetänkandet om brister (SOU 1997:51) och rapporten om goda exempel (SOU 1997:52).

Författningsförslag

1. Förslag till Lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Bestämmelserna i denna lag gäller för hälso- och sjukvårds-
personal. Med sådan personal avses

- 1 den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
- 2 personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter,
- 3 den som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare,
- 4 personal inom sådan detaljhandel med läkemedel för vilken det gäller särskilda föreskrifter och personal inom den särskilda giftinformationsverksamheten som bedrivs av Apoteksbolaget Aktiebolag och som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- 5 personal vid larmcentral som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande,
- 6 arbetsterapeuter när det gäller åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla medicinska besvär,
- 7 andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som skall omfattas av lagen enligt föreskrifter som meddelas av regeringen,
- 8 den som i annat fall enligt föreskrifter som har utfärdats med stöd av 8 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. tillhandahåller tjänster inom yrket under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation för yrket

Vid tillämpningen av första stycket 1 och 3 jämföras med *Med hälso- och sjukvårdspersonal avses även*

legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilda föreskrifter har motsvarande behörighet.

den som medverkar i vård, behandling eller undersökning och är verksam

1. vid sådan boendeform eller bostad eller dagverksamhet som anges i 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller

2. inom hemsjukvård enligt 18 § andra eller tredje stycket samma lag.

Vid tillämpningen av första stycket 1 och 3 jämföras med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilda föreskrifter har motsvarande behörighet.

Denna lag träder i kraft den

2. Förslag till Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (1980:620)¹
dels att 6 f § skall ha följande lydelse,
dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 9 a §, av
följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 f §²

Med annat bistånd avses

1. färdtjänst,
2. hjälp i hemmet,
3. särskilt boende för service och omvårdnad för äldre eller bostad med särskild service för funktionshindrade.

3. särskilt boende för service och omvårdnad för äldre eller bostad med särskild service för funktionshindrade,
4. kontaktperson,
5. dagverksamhet,
6. korttidsvård.

9 a §

Den enskilde kan begära att socialtjänsten tillsammans med honom upprättar en individuell plan med beslutade och planerade insatser. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än socialtjänsten. Planen skall förlöpande och minst en gång om året omprövas.

Denna lag träder i kraft den

¹ Lagen omtryckt 1988:871

² Senaste lydelse 1997:313

3.Förslag till

Lag om ändring i lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.;

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

För den hälso- och sjukvård och den tandvård som ett landsting eller en kommun ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller tandvårdslagen (1985:125) eller någon annan författning skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena kräver. För en sådan nämnd gäller vad som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (1991:900).

Nämnd som anges i första stycket skall informera allmänheten om sin verksamhet och dess syfte.

Denna lag träder i kraft den

4. Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att 9 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 a §³

Med personlig assistans enligt 9 § 2 avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov).

Den som har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till insats enligt 9 § 2 för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Som kostnad för personlig assistans enligt 9 § 2 anses inte i något fall ersättning som den enskilde själv lämnar

1. till någon som han eller hon lever i hushållsgemenskap med, eller
2. till en personlig assistent för arbete som utförts på arbetstid som överstiger den tid som anges i 2 - 4 §§ lagen (1970:943) om arbetstid m.m. i husligt arbete.

Insatser enligt 9 § 2 avser inte tid efter det att den insatsberättigade har fyllt 65 år.

Insatser enligt 9 § 2 avser inte tid efter det att den insatsberättigade har fyllt 65 år. *Till den som uppbär sådana insatser när han eller hon fyller 65 år får dock insatserna utges så länge som vederbörande är insatsberättigad och bor i en ordinarie bostad.*

Denna lag träder i kraft den

³ Senaste lydelse 1996:534

5. Förslag till Lag om ändring i lagen (1993:389) om assistans- ersättning

Härigenom föreskrivs att 3 § lagen (1993:389) om assistansersättning skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Den som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade har, utom i fall som anges i 4 §, rätt att för sin dagliga livsföring få assistansersättning enligt denna lag om han eller hon
-inte har fyllt 65 år, och
-har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.

Personlig assistans har i denna lag samma betydelse som i 9 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Föreslagen lydelse

3 §⁴

Den som omfattas av 1 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade har, utom i fall som anges i 4 §, rätt att för sin dagliga livsföring få assistansersättning enligt denna lag om han eller hon
-inte har fyllt 65 år, och
-har behov av personlig assistans för sina grundläggande behov under i genomsnitt mer än 20 timmar per vecka.

Den som uppbär assistansersättning när han eller hon fyller 65 år får dock behålla sin rätt till ersättning så länge som vederbörande är ersättningsberättigad och bor i en ordinarie bostad.

Personlig assistans har i denna lag samma betydelse som i 9 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Denna lag träder i kraft den

⁴ Senaste lydelse 1996:535

1 Utredningen om bemötande av äldre - uppdrag, arbetssätt m.m.

1.1 Utredningens uppdrag

I utredningsuppdraget (dir. 1995:159, bil. 1) ingår bl.a. att

- 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 (exempelvis betydelse 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 lands-ting som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård.

Som vägledning för utredningsarbetet framhäver direktiven att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som rör 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.

Det konstateras att frågan om bemötandet av äldre kan "kopplas till flera samhällsområden och handlar i grunden om mellanmänniskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn". Alla samhällsmedborgare är berörda - i många fall i rollen som anhörig eller närstående.

I ett snävare perspektiv handlar bemötande om relationer mellan enskilda, t.ex. mellan den som behöver hjälp med vardags-

livets 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 föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre inom omsorg, vård och i annan offentlig verksamhet. Det omfattande arbete som bedrivs i kommuner och landsting för att utveckla kvalitet och innehåll i omsorg och vård skall beskrivas liksom internationella erfarenheter och kunskaper på området.

För utredningsarbetet 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).

1.2 Arbetssätt

Utredningsarbetet skall enligt uppdraget medverka till att frågor om bemötande lyfts fram och att en öppen debatt stimuleras. "Utredningen skall därför bedrivs på ett utåtriktat sätt där bl.a. konferenser, seminarier, litterära bidrag och mediebelysning kan komma ifråga för att engagera en stor krets av berörda."

1.2.1 Hearings - rådslag

Som jag tidigare redovisat i ett delbetänkande (SOU 1997:51) anordnade jag som ett led i min kartläggning ett antal rådslag med olika intressenter i frågor som rör bemötandet av äldre; jag mötte i givande diskussioner företrädare för följande organisationer, myndigheter m.fl.

- Anhörigföreningar
- Elever och lärare vid en hälsohögskola
- Fackliga organisationer
- Förtroendenämnder
- Handikapporganisationer
- Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning
- Länsstyrelser
- Pensionärsorganisationer
- Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter
- Svenska Kommunförbundets socialberedning

Syftet var att få ta del av kunskaper om bemötande av äldre, brister och förändringsförslag. I ett särskilt kapitel i delbetänkandet har jag redovisat att det finns en stor samstämmighet i uppfattningarna om vilka områden som bör uppmärksammas för att åstadkomma en god utveckling av innehållet i vården och omsorgen om äldre. Dessutom förmedlade respektive grupp insikter relaterade till sin roll och sina uppgifter som anhöriga, arbetsgivare, fackliga organisationer, pensionärsorganisationer etc.

Det fanns ett gemensamt engagemang i uppfattningen att det är nödvändigt att skapa förutsättningar för ett individualiserat bemötande. Viktiga verktyg för detta är enligt rådslagen bl.a. väl förankrade politiska mål, kompetensutveckling och utformning av ett tydligt arbetsledarskap.

1.2.2 Rundabordssamtal m.m.

För att fördjupa vissa frågor har jag även anordnat ett flertal s.k. rundabordssamtal. Syftet har varit att i en mindre krets återkomma till erfarenheter från rådslagen och från de goda exempel som förmedlats till utredningen. Chefer inom äldreomsorg, arbetsledare, företrädare för frivilliga organisationer, anhöriga m.fl. har i samtalen inspirerat till flera av de förslag som framläggs i detta slutbetänkande. I vissa fall har jag fördjupat samtalen ge-

nom studiebesök och särskilda överläggningar med olika berörda, t.ex. pensionärer och vårdbiträden/undersköterskor.

Såväl jag själv som sekretariatet har medverkat vid en lång rad konferenser anordnade av huvudmännen, intresseorganisationer och olika verksamheter. Syftet har dels varit att sprida information om utredningen och dess huvudfrågor, dels att få del av olika synpunkter på och erfarenheter av bemötande och attityder till äldre.

1.2.3 Andra exempel på ett öppet arbetssätt

Under hela utredningstiden har det varit en tät kommunikation med enskilda, anhöriga och personal genom brev, telefonsamtal och personliga besök. Inte minst intensifierades kontakterna då jag sände delbetänkandet om brister respektive rapporten om goda exempel på en bred informell remiss.

I samband med att jag överlämnat olika material till socialministern och utredningen då blivit föremål för mediebevakning har också många enskilda hört av sig för att diskutera olika aspekter på bemötandet. Elever vid utbildningsinstitutioner har tagit kontakt med sekretariatet inför specialarbeten och uppsatser.

Sammanfattningsvis har jag upplevt ett starkt engagemang i frågorna även om jag samtidigt kan konstatera att det är svårt att få intresse i massmedia för de situationer där bemötande och innehåll i övrigt håller god kvalitet. Det har därför varit glädjande att rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) mötts av stort intresse, inte minst bland pensionärs- och anhörigorganisationer samt personal som arbetar i särskilda boendeformer och hemtjänst.

1.3 Utredningens publikationer

1.3.1 Inledning

Under utredningstiden har jag hittills låtit publicera två delbetänkanden och tre rapporter - ytterligare en rapport (om olika anhörigsituationer) kommer i nära anslutning till detta slutbetänkande. I samarbete med Socialstyrelsen har jag dessutom låtit genomföra en studie om personalutbildning m.m. Resultatet har publicerats i en rapportserie från Socialstyrelsen.

I enklare utformning - stenciler - har jag förmedlat information om pågående utvecklingsarbete i kommuner och landsting samt om yttranden över delbetänkandet om brister i omsorg och rapporten om goda exempel (se nedan). Materialet bildar tillsammans med slutbetänkandet en helhet med olika bilder av bemötande av äldre. Helheten betonas genom att betänkanden och rapporter fått en likartad yttre utformning.

Utredningsmaterialet har genomgående också framställts på kassett, i punktskrift och i lättlästa sammanfattningar för att personer med olika funktionshinder skall kunna delta i den allmänna debatten.

1.3.2 Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161)

Hösten 1996 överlämnade jag rubricerat delbetänkande. Det behandlade de svårigheter som uppstått på vissa håll när äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov ville flytta till en annan kommun.

Efter studier av äldres generella flyttningsmönster och av problem i samband med enskildas begäran om att flytta till en annan kommun kunde jag konstatera att förhållandena rörde ett litet antal personer.

Under tiden från den 1 juli 1995 till och med den 31 maj 1996 ansökte 1 285 personer om särskild boendeform i en annan kommun. 492 personer fick avslag på sin begäran. Anledningarna till avslag var bl.a. att kommunerna uppställde höga krav på anhöriganknytning och att resurserna, de särskilda boendeformerna, inte ansågs räcka till ens för de egna kommuninvånarna.

Även om problemet kvantitativt var litet i ett nationellt perspektiv fann jag att det i varje enskild situation innebar betydande olägenheter och hinder för att förverkliga målen för äldreomsorgen, respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Jag ansåg inte att utfärdade rekommendationer (av Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet år 1989) inneburit ett tillräckligt stöd för enskilda och deras närstående.

Mitt förslag blev att en ny reglering skulle införas i socialtjänstlagen: En enskild som vill flytta till en annan kommun skall ha rätt till bistånd enligt 6 § SoL av inflyttningskommunen och behandlas på samma villkor som dem som redan bor där. Inflyttningskommunen skall vara skyldig att pröva rätten till bistånd om

den enskilde varaktigt har omfattande vård- och omsorgsinsatser eller varaktigt är i behov av sådana insatser. Några anknytningskriterier skall inte bestämmas.

Med smärre ändringar i förslaget efter betänkandets remissbehandling beslöt riksdagen att en ny reglering skall införas i socialtjänstlagen och gälla fr. o. m. den 1 januari 1998.

1.3.3 Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51)

Enligt mitt uppdrag har jag kartlagt och analyserat brister i bemötandet av äldre. I dir. 1995:159 anvisas de olika kunskapskällor som jag använt.

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). Information om inkomna anmälningar systematiseras i databaser. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänsten. Kunskap om brister och utvecklingstendenser inom socialtjänsten har jag erhållit genom tillsynsmyndigheternas uppföljningar och verksamhetstillsyn.

Jag kunde konstatera att brister i bemötandet sällan var huvudanledning till en anmälan men vanligen framträdde efter ytterligare analys. Antalet anmälningar till myndigheter m.fl. är lågt i jämförelse med allmänhetens kontakter med vård och omsorg - det gäller särskilt för personer 65 år och äldre. Det föreligger sannolikt ett betydande mörkertal, även om många klagomål klaras upp i berörda verksamheter.

Det är vanligtvis anhöriga eller andra närstående som gör anmälan, inte sällan sedan den person som på något sätt varit utsatt, har avlidit. Klagomålen avser ofta personer i mycket hög ålder med omfattande behov av vård och omsorg och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan och utöva inflytande. Brister i information, dialog och samverkan med den enskilde och anhöriga är vanliga anledningar till klagomål liksom brister i omvårdnad, tillsyn och behandling. Påfallande ofta avser anhörigas synpunkter brister i insatser för att förebygga och behandla trycksår samt fall och fallskador.

Beträffande socialtjänsten har Socialstyrelsen och länsstyrelserna pekat på brister som rör de medicinska insatserna i särskilt boende (t.ex. vårdplanering, hjälpmedelsinsatser, uppfölj-

ning/omprövning av medicinordinationer samt smärtlindring i livets slutskede). Enskildas behov av rehabilitering uppmärksammas inte tillräckligt, något som enligt Socialstyrelsen försvåras av att kommunikationen mellan sjukhus, kommunernas äldreomsorg och primärvård ofta är undermålig. Brister i rättssäkerheten i handläggning och dokumentation av biståndsansökningar förekommer liksom bristfällig information till enskilda om möjligheten att överklaga biståndsbeslut.

Som synes handlar brister i bemötandet både om samspelet mellan några få personer i exempelvis en behandlings- eller omvårdnadssituation och om den enskildes/anhörigas samspel i vidare bemärkelse med myndigheter och deras företrädare vid tillämpning av lagar och regelverk.

Enligt uppdraget har jag kompletterat kartläggningen och analyserna av brister genom diskussioner med olika berörda grupper och genom kontakter med enskilda och deras närstående liksom med personal av olika kategorier.

Anhörigas brev skildrar brister som är av samma art som dem som syns i databaser och vid myndigheters tillsyn. Brister i individualisering och personligt bemötande, dåliga förutsättningar för eget inflytande, bristfällig information och försummelser i personlig omvårdnad blir ofta beskrivna.

Sammantaget ledde kartläggningen och analysen till att jag identifierade ett antal områden inom vilka jag anser att det krävs ett flertal förbättringar. De gäller

- enskildas och närståendes ställning i vård och omsorg
- förebyggande arbete, bl.a. genom personalutbildning
- förstärkt tillsyn.

Av betänkandet framgår att förändringsarbetet rör insatser på både kort och lång sikt; vissa helt oacceptabla förhållanden måste ändras snabbt, andra handlar om t.ex. utbildningsinsatser som fortlöpande skall ge förbättringar och förutsättningar för gott bemötande.

Jag konstaterar också att det - trots de allvarliga bristerna - utförs mycket engagerat och kvalificerat arbete inom vården och omsorgen om äldre.

1.3.4 Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52)

För att enligt mitt uppdrag kunna beskriva pågående arbete i kommuner och landsting i frågor som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård riktade jag en enkät till landets samtliga kommuner och landsting. Jag efterlyste goda exempel med tonvikt på förändringsarbete som syftar till att skapa ett gott bemötande av äldre.

Gensvaret blev stort. Många kommuner och landsting skickade flera exempel på projekt och utvecklingsarbeten. De spände över vida områden och handlade om äldre och deras situation, om anhöriga, om personalutbildning och andra sätt att öka yrkeskunskande, om strategier för kvalitetsutveckling m.m.

Jag har använt mig av det rika materialet på flera sätt. Som helhet ingår det i underlaget för överväganden och förslag i slutbetänkandet. För att stimulera till kontakter över landet har jag förmedlat en stencilerad katalog med teman för samtliga insända projekt och uppgifter om kontaktpersoner. Jag har också på grundval av det insända materialet fördjupat erfarenheterna genom studiebesök i några kommuner, bland dem Svalöv och Nyköping. Inbjudningar till och diskussioner vid de s.k. runda bordssamtalen (se 1.2.2) har också stimulerats av de goda exempel som blev enkätens resultat.

Ytterligare exempel kommer att presenteras vid de konferenser över landet som jag anordnar tillsammans med Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet för att förmedla innehållet i detta slutbetänkande. Dagspressen har också efter kontakt med mig gjort reportage om några goda exempel - positiva motbilder till de tragiska händelser som förekommit och beskrivits under hösten 1997.

I en särskild rapport med titel som ovanstående rubrik samlade jag med hjälp av journalisten Charlotte Säfström, Skurup, ett antal goda exempel från olika delar av landet. Mitt syfte var att visa ett vardagsarbete i vården och omsorgen om äldre, där kunskap och inlevelse skapar förändringsvilja. Det gemensamma i dessa exempel från olika miljöer är att de beskriver en omtanke och en styrka som uppstår när man hämtar kraft från varandra. Det gäller äldre, anhöriga och personal. I korta berättelser skildras bl.a. hur personal lär av varandra och hur anhöriga till personer med demens ger varandra värdefulla erfarenheter. Hjälptill självhjälp

och samarbete är nyckelord. Det visas bl.a. genom gruppverksamhet för äldre kvinnor som har psykiska problem och för personer som efter stroke tycker att det är svårt att på egen hand våga sig ut i samhället. På motsvarande sätt stöder äldre kvinnor som blivit änkor varandra. Ett nära samarbete med många berörda för att ge värdig vård i livets slutskede blir också beskrivet.

Tillsammans sändes delbetänkandet och rapporten på en informell remiss för att stimulera till diskussion och förslag. Resultatet har sammanfattats (bil. 5).

1.3.5 Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:76)

Som del i kartläggningen av bemötandet uppdrog jag åt några forskare vid Forsknings- och utvecklingsenheten vid Stockholms resursförvaltning för skola och socialtjänst (D. Gaunt - F. Hajjghasemi - K. Heikkilä) att belysa situationen för äldre invandrare vid deras möten med svensk vård och omsorg. I en rapport förmedlar forskarna sina resultat och ger även inblickar i annan svensk och internationell forskning inom området.

I hela landet finns cirka 110 000 äldre personer som är födda i andra länder. De brukar kallas "äldre invandrare", oberoende av när och hur de kommit till Sverige.

"Äldre invandrare" är underrepresenterade både bland dem som har hemtjänst och dem som bor i särskilda boendeformer. Forskarna ställer frågan vilken roll kultur och bemötande har för det låga utnyttjandet av offentlig vård och omsorg. För att svara på den och liknande frågor som sammanhänger med bemötande gjordes två rikstäckande studier, den ena utfördes genom en enkät, den andra genom omfattande personliga intervjuer.

Överlag visade sig de "äldre invandrarna" vara nöjda med det bemötande de fått i vården och omsorgen. Kritik av enskilda detaljer förekommer och liknar i hög grad synpunkter som i andra sammanhang lämnats av äldre personer födda i Sverige.

Rapporten slutar med några rekommendationer om planering av utbudet av vård och omsorg. Forskarna konstaterar att äldre invandrare måste bemötas individuellt; vissa önskar sig särlösningar, exempelvis särskilt boende tillsammans med andra som talar samma språk; andra ser inte något särskilt värde i sådana arrangemang. Uppsökande verksamhet förordas så att uppgifter om behoven verkligen bygger på den lokala situationen. Rapport-

ten tar också upp frågor om tvåspråkig personal och utbildningsbehov.

1.3.6 Barns bilder av åldrande - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:147)

Det finns många schablonbilder om barns tankar om äldre, åldrande och ålderdom liksom om barnens kontakter med äldre.

Jag har genom journalisten Charlotte Säfström, Skurup, låtit intervjua ett femtiotal barn i åldrarna 7-12 år. Barnen bor i olika miljöer, i olika delar av landet.

I intervjuer och teckningar visar barnen sina uppfattningar. De flesta barn har glädjande nog en tät kontakt med äldre anhöriga. Rapporten ger inblickar i barns syn på sina mor- och farföräldrar - i vissa fall ännu flera äldre generationer - och barnens föreställningar om sin egen ålderdom, om sjukdom och död m.m. Barnen ger individualiserade bilder av äldre. En del är kompisar som man anförtror sig till; andra - t.ex. äldre med demenssjukdomar - verkar knepiga för barnen, svåra att förstå sig på. Jag vill med rapporten inför det kommande FN:s äldreår 1999 följa upp tankegångar som var aktuella under föregående äldreår (1993). Då var ett viktigt tema *Solidaritet mellan generationerna*.

1.3.7 Värdigt bemötande - går det att lära? (SoS-rapport 1997:17)

Rapporten beskriver en intervjustudie som Utredningen om bemötande av äldre låtit genomföra och samfinansiera tillsammans med Socialstyrelsen. Resultatet är publicerat i en rapportserie därifrån.

Syftet med undersökningen var att undersöka hur personal inom äldreomsorgen förvärvar kompetens om bemötande av äldre genom utbildning och hur denna kompetens sedan används i yrkeslivet. Personalens egna upplevelser av utbildning, praktik och yrkesliv var temat i de personliga intervjuerna.

Enligt dessa hade aspekter på bemötande inte haft någon framträdande plats varken i den teoretiska utbildningen eller under praktikperioder. Särskilt gällde detta förhållande inom gymnasieskolorna. De högskoleutbildade upplevde något mera att

bemötandefrågor uppmärksammats, framförallt i ett arbetsledarperspektiv, dvs. i förhållande till personal.

De intervjuade ansåg inte att de fått något stöd för den personliga utveckling som är av väsentlig betydelse i yrken inom vården och omsorgen om äldre. Integreringen av teori och praktik uppmärksammades inte tillräckligt. De intervjuade riktade själva kritik mot olika inslag av dåligt bemötande i verksamheter för äldre.

Slutsatsen blir enligt rapporten att det krävs en översyn av både innehållet i och formen för undervisningen. Behov av fortbildning och handledning måste beaktas på alla nivåer inom äldreomsorgens organisation.

1.4 Några aktuella närstående utredningar

1.4.1 Inledning

Detta avsnitt redovisar helt kort några nyss avslutade eller pågående utredningar med uppdrag som har anknytning till frågor om bemötande av äldre. Andra utredningar, regeringsuppdrag till myndigheter m.m. berörs i anslutning till olika frågor i senare kapitel. Det gäller exempelvis frågor om utbildning av personal.

1.4.2 Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården

Enligt mitt uppdrag har jag tagit del av det arbete som bedrivits av utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Denna utredning har slutförts genom huvudbetänkandet Jämställd vård - olika vård på lika villkor (SOU 1996:133). Där presenteras kartläggningar av könsskillnader i bemötande, vård och behandling jämte förslag till förbättrande åtgärder som aktualiseras av kartläggningarnas resultat.

Utredningen konstaterar brister i hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa bemötande och behandling efter kvinnors och mäns specifika behov och förutsättningar. Det saknas även könsuppdelade kunskaper om effekter av olika vårdåtgärder.

I utredningens överväganden och förslag uppmärksammas bl.a. behov av stöd till genusforskning och prioritering av forskningsinsatser. Det föreligger enligt utredningen forskningsbehov bl.a. om samspelet mellan patient och vårdare. Vidare finns behov av teori- och metodutveckling inom bemötandeforskning med

inriktning på att öka kunskapen om könsspecifika företeelser inom hälso- och sjukvård. Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal bör enligt utredningen i högre grad än nu beakta könsperspektiv. Insatser som främjar ett snabbt genomslag av könsspecifika kunskaper och forskningsresultat i kursplaner etc. behöver utvecklas. Utredningen föreslår vidare att frågor om könsspecifika strategier behandlas inom hälso- och sjukvårdsmännens ansvarsområden vid målformuleringar m.m. liksom av berörda myndigheter vid tillsyn av verksamheter och deras åtgärder för kvalitetssäkring.

Utredningen har i mindre omfattning behandlat sina frågor relaterade till situationen för äldre kvinnor och män vid deras kontakter med hälso- och sjukvård. Jag har emellertid beaktat de resultat som presenterats och även tillämpat de synsätt på begreppet bemötande som utredningen för fram i sitt huvudbetänkande. I mitt tidigare delbetänkande om brister i omsorg av äldre (SOU 1997:51) och i föreliggande slutbetänkande har jag beträffande äldre redovisat uppgifter som beskriver skillnader i insatser som riktas till kvinnor respektive män.

1.4.3 Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder

En särskild utredare har tillkallats för att kartlägga och analysera vissa frågor om bemötande av personer med funktionshinder. I uppdraget (dir. 1997:24) ingår bl.a. att se över hur kraven på inflytande och information respekteras. Då avses framförallt förhållanden vid kontakt med verksamheter som har stor betydelse för människor med funktionshinder, t.ex. inom hälso- och sjukvård samt service och omsorg jämte verksamheter som svarar för socialförsäkring, habilitering och rehabilitering samt hjälpmedelsförsörjning. Utredaren skall också kartlägga och analysera i vilken mån faktorer i verksamhetens organisation, ledarskap och struktur samt personalens kompetens kan bidra till förbättrat bemötande. Huvudmännens pågående utvecklingsarbete och utbildningssatsningar för att öka kompetens och medvetenhet hos personalen om frågor som rör inflytande, självbestämmande m.m. skall beskrivas. Andra delar i uppdraget avser t.ex. en belysning av hur brister i tillgänglighet kan leda till negativt bemötande. Utredaren skall föreslå "åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av personer med funktionshinder".

Uppdraget skall redovisas senast den 30 juni 1998.

Fortlöpande samråd och erfarenhetsutbyte har förekommit mellan sekretariatet för utredningen om bemötande av personer med funktionshinder respektive bemötande av äldre. En väsentlig fråga vid dessa diskussioner har varit hur de båda utredningarna på bästa sätt skall samverka om beskrivningar och förslag rörande äldre med funktionshinder. Någon strikt avgränsning är varken önskvärd eller möjlig - utredningarna kommer därför att komplettera varandra för att belysa bemötandet av äldre med funktionshinder. Det gäller oavsett om enskildas funktionshinder uppstått tidigt eller sent i livet. Ett gemensamt område är t.ex. de frågor om tillgänglighet som jag berör i kapitel 4. Dessa frågor har mycket utpräglat ett samband med frågor om bemötande av äldre. Det är anledningen till att jag betonat behovet av ett sådant synsätt i samhällsplaneringen, även om tillgänglighetsfrågor hör hemma inom den andra utredningens uppdrag.

Den referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna som varit knuten till utredningen om bemötande av äldre har bidragit till att frågorna kunnat belysas allsidigt (bil.3). Fortlöpande överläggningar med företrädare för personer med olika demenssjukdomar (Demensförbundet och Alzheimerföreningen) har på motsvarande sätt tillfört kunskaper om vissa funktionsnedsättningar som gradvis ger mycket betydande vård- och omsorgsbehov hos äldre.

1.4.4 Boendebegreppet i de särskilda boendeformerna för äldre samt avgifterna för sådant boende och deras effekter

En särskild utredare har tillkallats hösten 1997 för att (enligt dir. 1997:111) bl.a. analysera innebörden i socialtjänstlagens begrepp "särskild boendeform" och de konsekvenser som kan uppstå genom varierande benämningar och klassificeringar. Utredaren skall också kartlägga och redovisa situationen för olika individer/hushåll när det gäller avgiftskonstruktioner som tillsammans med bidrag och skatter ger upphov till marginaleffekter. Det skall vidare kartläggas i vad mån nivån på avgifter och förbehållsbelopp innebär att enskilda av kostnadsskäl avstår från olika slag av insatser samt i vilken utsträckning äldre hänvisas till socialbidrag för att uppnå en skälig levnadsnivå. Utredaren skall även studera i vilken mån kommunerna jämför förbehållsbelopp med nivån

för "försörjningsstöd" och kartlägga kommunernas tillämpning av självkostnadsbegreppet. Vid eventuella förslag skall ekonomiska konsekvenser för kommunerna bedömas.

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 1 december 1998.

1.4.5 Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)

Under år 1998 slutförs den omfattande utredning (ändrade dir. 1994:152) som bl.a. haft att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov samt att överväga hälso- och sjukvårdens finansiering på den övergripande samhällsnivån. Kommitténs uppdrag är omfångsrikt och innehåller även överväganden av åtgärder för att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården, formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete samt frågor om vårdforskningens finansiering och utveckling.

Kommittén har hittills avlämnat ett flertal expertrapporter och betänkanden, som jag tagit del av i mitt utredningsarbete. Samråd med kommitténs ordförande och sekretariat har även ägt rum med särskild tonvikt på frågor som rör enskildas ställning i hälso- och sjukvården jämte förtroendenämndernas funktion. Dessa frågor har av HSU 2000 behandlats i ett delbetänkande avlämnat under hösten 1997, Patienten har rätt (SOU 1997:154).

1.4.6 Översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter

Sedan regeringen i propositionen (1996/97:124) Ändring i socialtjänstlagen konstaterat behov av en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen (1980:620) har en särskild utredare tillkallats. Utredaren skall enligt sina direktiv (dir. 1997:109) analysera och lämna förslag som bl.a. berör lagens konstruktion och struktur, socialtjänstens finansiering, socialtjänstens uppgift att främst bistå vid tillfälliga sociala eller ekonomiska problem samt formen för tillsynen över socialtjänsten.

Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 mars 1999.

Som framgår bl.a. av kapitel 9 i detta betänkande har jag gjort bedömningen att vissa frågor som aktualiserats i utredningen om bemötande av äldre har nära anknytning till en översyn av socialtjänsten och dess uppgifter. Jag har därför lagt förslag om fortsatt behandling inom ramen för den pågående översynen.

1.4.7 Nationella folkhälsokommittén

En parlamentarisk kommitté har tillkallats med uppgift att enligt dir. 1995:158 utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen. Målen skall vara vägledande för samhällets insatser för att främja folkhälsan, förebygga ohälsa, minska hälsorisker samt förhindra förtida och undvikbar funktionsnedsättning, sjuklighet och död. I uppdraget ingår även att lämna förslag till strategier för att nå, följa och utvärdera målen. Särskild uppmärksamhet skall ägnas målens förankring i olika beslutsprocesser liksom hur en utvecklingsprocess från mål till handling kan stimuleras bland medborgarna och inom alla berörda samhällssektorer.

Kommittén har genom tilläggsdirektiv (dir. 1997:89) fått uppdraget att bl.a. följa Världshälsoorganisationens (WHO) arbete med att revidera sina hälsopolitiska mål och strategier samt att bidra till att de blir kända inom berörda samhällssektorer.

Uppdraget skall vara slutfört den 31 december 1998.

När utredningen om bemötande av äldre nu avlämnar sitt slutbetänkande återstår ännu en betydande del av Folkhälsokommitténs utredningstid. Jag har dock velat markera betydelsen av kommitténs arbete för att belysa bestämningsfaktorer som rör äldre personers hälsa. Såväl i enskildas som i samhällets perspektiv är det angeläget att formulera och förankra strategier som befämjar psykisk och fysisk hälsa och välbefinnande hos en ökande äldre befolkning. Jag har sett ett sådant engagemang som ett inslag i en vidare tolkning av begreppet bemötande, vilket jag återkommer till i senare avsnitt.

1.4.8 Aviserad utredning om vård i livets slutskede

I slutfasen av mitt utredningsarbete (november 1997) har regeringen aviserat sin avsikt att ingående låta utreda olika frågor om vård i livets slutskede. Jag har av denna anledning och på grundval av de upplysningar jag även inhämtat om regeringens uppdrag till Socialstyrelsen i samma frågor avstått från mera

djupgående analyser och förslag om vården i livets slutskede. Jag vill emellertid betona min uppfattning att dessa frågor är synnerligen angelägna. De rör mycket viktiga relationer mellan enskilda, närstående och personal - och kvaliteter i ett bemötande som har ett särskilt djup.

1.5 Kommentarer till slutbetänkandets uppläggning

Kapitel 1-3 kan ses som en allmän bakgrund om utredningsarbetet, där även grundläggande synsätt och värderingar redovisas; där återges också uppgifter som ger perspektiv på äldres villkor, åldrande och äldreomsorg.

I följande kapitel 4-8 summeras kunskaper från kartläggningar och studier; analysen inriktas på olika sidor av bemötandet av äldre och omfattar även de närståendes och personalens situation. Faktorer som direkt och indirekt påverkar bemötandet blir belysta liksom förändringsmöjligheter.

Dessa sammanfattade kunskaper och erfarenheter leder fram till prioriteringar, överväganden och förslag i kapitel 9. Jag har redan aviserat att förslagen syftar till att stärka enskildas/närståendes ställning i vård och omsorg samt öka förutsättningarna för ett gott bemötande bl.a. genom utbildning och tydligare tillsyn. Därefter redovisar jag bedömningar beträffande de kostnader som förslagen kan leda till. Eftersom några förslag och frågor kommer att kräva ytterligare behandling inom andra nyligen tillsatta utredningar (se 1.4) återstår vissa kostnadsbedömningar.

2 Grundläggande principer för att utveckla ett gott bemötande av äldre

2.1 Inledning

För ungefär tio år sedan beskrevs äldreomsorgen inför 1990-talet (i prop. 1987/88:176) och tre vägledande principer betonades särskilt. De var principerna om rätten till integritet, trygghet och valfrihet. Äldre skulle, enligt propositionen, ha möjligheter att leva värdigt, behålla sin identitet, vara delaktiga i samhället och utöva självbestämmande. Principernas innebörd förtydligades genom förklaringen att ... "en människa som uppnått hög ålder inte i första hand är gammal utan en individ med ett unikt liv bakom sig, med sin egen uppfattning om och en självklar rätt att besluta om hur hon vill leva sitt fortsatta liv" (s. 23).

I tidigare delbetänkanden (SOU 1996:161 och 1997:51) har jag visat hur lagar, som socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade m.fl. har viktiga inslag som värnar om äldres inflytande och integritet.

Jag avslutar nu utredningsarbetet om bemötandet av äldre. Kartläggningar, analyser och förslag handlar om samma grundläggande principer, respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet och om hur de förvaltas i vården, omsorgen och annan offentlig verksamhet. Jag har prioriterat innehållet i vården och omsorgen på grund av mycket angelägna behov men slutbetänkandet innehåller också synpunkter och förslag som berör bemötandet i annan offentlig verksamhet. Begreppet bemötande har jag använt för att beskriva både ett samspel mellan några få personer och, i vidare bemärkelse, förhållandet mellan äldre och t.ex. samhällets verksamheter för stöd och service. I tidigare delbetänkande (SOU 1996:161) betraktade jag bl.a. hindren för äldre att flytta till en annan kommun som en fråga om bemötande.

Inför nästa decennium kan jag konstatera att 1990-talet genom reformarbeten som bl.a. Ädelreformen givit nya förutsättningar

att förverkliga de vägledande principerna men att mycket återstår att göra. Den tid som gått sedan Ädelreformen blev verklighet (1992) har också givit kunskaper och erfarenheter som pekar på både fördelar och nackdelar som anledning till ett fortlöpande förändringsarbete. Det framgår av senare kapitel.

Trots hinder - som ett tidigare mycket ansträngt statsfinansiellt läge - har många goda insatser gjorts och *görs* inom svensk äldreomsorg. Det har jag bl.a. kunnat följa genom de engagerade exempel som kommuner och landsting förmedlat till utredningen. Jag är lika angelägen att framhålla den sidan av äldreomsorgen som jag är upprörd över helt oacceptabla situationer som jag också mött under utredningstiden. De måste ofördröjligen bli föremål för åtgärder. Jag skulle dock önska att de positiva förebilderna fick sitt berättigade utrymme i den allmänna debatten och i media. Det fortsatta förändringsarbetet behöver sådana exempel.

De samlade erfarenheterna av både positiva och negativa sidor av bemötandet, vården och omsorgen i vårt samhälle har jag beskrivit i flera betänkanden och rapporter (bil. 4).

Det framgår med självklarhet att en utveckling inte kan komma till stånd enbart genom akuta punktinsatser, även om sådana är nödvändiga i vissa situationer; inte heller genom aldrig så goda projekt om de slutförs utan att det dagliga arbetet påverkas. Utvecklingen av ett gott innehåll i vården och omsorgen om äldre handlar om processer som måste engagera äldre, närstående och personal med olika uppgifter i verksamheten. I ett senare avsnitt i betänkandet ger jag ett exempel, de s.k. KomAn!-projekten. En viktig reflexion från dessa projekt är att förändringsarbetet inom en organisation handlar om ett samspel mellan den enskilde medarbetarens och organisationens utveckling. Delaktighet är ett nyckelbegrepp för att skapa den aktivt lärande organisationen men måste i högre grad än nu också omfatta äldre, närstående och deras organisationer.

En process som jag funnit vara överordnad och viktigare än alla andra och som jag därför berört vid flera tillfällen i utredningens skrifter är den process som kan leda till att de grundläggande principerna blir förverkligade i vardagen.

Respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet måste ha en fast grund i ett medvetet val av människosyn: *Alla människors lika värde och lika rätt.*

Att på djupet införliva synsättet och kunna dra slutsatserna av det i vardagens återkommande uppgifter är en etisk-moralisk utmaning för enskilda medarbetare och för äldreomsorgen som

verksamhet/organisation. Insikter och förståelse sätts på prov när principerna skall omsättas i vårdens och omsorgens handlingar.

Jag är väl medveten om att avståndet mellan principernas innebörd och deras förverkligande i vissa sammanhang kan vara mycket stort. "Översättningen" från de välformulerade begreppen till bemötandet i äldres hem och i de situationer som han/hon behöver hjälp har inte alltid fungerat. Orsakerna kan vara olika liksom de redskap som behövs för att minska avståndet. Självfallet kan det handla om den orsak som blivit mest uppmärksam i det offentliga samtalet: brist på ekonomiska resurser. Jag har dock hävdat och gör det också nu, att det finns behov av att även skärskåda hur tillgängliga resurser används på kort och lång sikt. Det är ett av flera skäl till att jag i betänkandet ofta återkommer till behovet av olika förebyggande insatser.

Det kan finnas andra orsaker till bristfälligt bemötande som berör den enskilde medarbetarens personliga utveckling och utbildning, arbetslagets sätt att fungera tillsammans eller arbetsledarens förmåga att ta upp diskussioner om värderingar. Orsakerna kan också finnas i graden av det engagemang som visas verksamheten från beslutsfattare och politiker. Utformning och tillämpning av lagar och regelverk kan även påverka bemötandet. Ibland finns hinder genom bristande kommunikationsvägar till anhöriga och till intresseorganisationer. Ytterligare en och kanske mera svårgräpbar orsak kan finnas i myter och generaliserande attityder till äldre och åldrande vilka ibland tar sig uttryck i diskriminerande tendenser i samhället.

Med detta vill jag säga att den process som för in de grundläggande principerna i vardagliga möten möjliggörs eller hindras av många olika krafter inom och utanför vården och omsorgen om äldre.

Jag har emellertid mött ett mycket starkt intresse för att fördjupa frågor om etik och moral i äldreomsorgen och i utbildningar som leder till arbetsuppgifter bland äldre. Ett exempel visar de elever i en vårdutbildning som med starkt engagemang analyserade de brister jag beskrivit i ett delbetänkande och utifrån de grundläggande principerna presenterade andra handlingsalternativ i de olika beskrivna situationerna.

Detta uttalade intresse för att fördjupa innehållet i vården och omsorgen ser jag som en mycket stor resurs i ett fortsatt utvecklingsarbete. Jag anser att sådana resurser måste få uppmärksamhet genom åtgärder som visar att de är viktiga att förvalta. Jag har därför betonat värdet av utbildning och forskning i ett ömsesidigt samspel med verksamhetens erfarenheter. Vården

och omsorgen om äldre kräver en långsiktig prioritering byggd på en gemensam grundsyn. Den måste synas i en helhet av tydliga mål och utvecklingsinsatser i det direkta vård- och omsorgsarbetet, inom olika utbildnings- och forskningsområden och i samhällsplaneringen. Jag har därför, vilket framgår senare, betonat värdet av genomarbetade strategier som över tid kan stärka kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning.

2.2 Reflexioner från andra

Till min glädje och till nytta för utredningsarbetet har många förmedlat sina tankar och förslag om ett fördjupat innehåll i äldreomsorgen byggt på en gemensam humanistisk grundsyn. Man har reflekterat över den nuvarande situationen och över framtiden och beskrivit sin oro över att det verkliga innehållet i begrepp som solidaritet blivit urholkat. Flera har ställt frågan om ett språk som färgas av ekonomiska och tekniska termer utarmar bilden av de mest väsentliga kvaliteterna i äldreomsorgen, bemötandet och samspelet mellan de närmast berörda. "Vad säger egentligen ord som åldersexplosion, resultatenhet och kvalitetssäkring till enskilda äldre och deras närstående?"

Ytterst är det gemensamma ansträngningar som skapar förutsättningarna för exempelvis det enskilda vårdbiträdets möjligheter att utveckla ett gott bemötande av en äldre person. Detta skall inte tolkas som att det personliga ansvaret för vårdbiträdet eller någon annan upphävs, men de förutsättningar som ställs till förfogande uppfattas som en bild av inställningen till äldre och åldrande. Man har också sagt, att den bilden i hög grad påverkar intresset för att söka sig till utbildningar och anställningar inom äldreomsorgen.

Man har påtalat att jag i alltför liten omfattning uppehållit mig vid att äldre människor, var och en, måste ses som hela personer som har olika fysiska, psykiska, sociala och andliga behov - först då blir begreppet individualisering fullständigt. Jag instämmer i uppfattningen och anser att det också måste finnas en lyhördhet för andliga och existentiella frågor. Det är väl beskrivet i en rapport från Socialstyrelsen om Äldres livsfrågor (Britta Olby, SoS-rapport 1997:2). Inte minst i dessa frågor finns behov av återkommande handledning för personal; det bör i högre grad bli uppmärksammat att redskapet för att skapa det goda bemötandet är den egna personligheten.

Det finns en stark uppslutning omkring behovet av att motverka ett kollektivt bemötande i vården och omsorgen om äldre - liksom i samhället i övrigt. Mycket konkret kan ett gott individuellt bemötande innebära att den äldre får behålla sina egna morgonrutiner även när han/hon bor i en kollektiv bostadsform - vilka krav ställer det på arbetsorganisationen? Ibland finns rutiner som aldrig ifrågasatts och som ytligt kan verka både rationella och "rättvisa" i organisationens perspektiv men som är kränkande för den enskilde.

I senare kapitel visar jag exempel på metoder som stärker individuellt bemötande. Jag vill dock betona, i likhet med synpunkter som förmedlats till mig, att metoderna inte är fristående. De skall - liksom mina förslag för att stärka enskildas ställning - ses och fungera som uttryck för att enskilda medarbetare och verksamheten har förstått och kan dra slutsatser av grundläggande synsätt och vägledande principer.

2.3 Om makten och kunskapen

I mina direktiv (bil. 1) nämns att bemötande också kan påverkas av maktförhållanden och tillgång till kunskap. När jag i delbetänkandet om brister (SOU 1997:51) betonar valet av ett grundläggande humanistiskt synsätt, ville jag inledningsvis särskilt väcka tankar på de allra äldsta och svårt sjuka som är helt beroende av vården och omsorgen. De är utlämnade till omgivningens förmåga att förstå och omsätta i handling den djupaste innebörden i synsättet att alla har lika värde och lika rätt, oavsett graden av funktionsnedsättningar och vårdbehov. Det är en utsatthet som många, också mycket yngre personer, fruktar. Inför den situationen ställs många frågor på sin spets. Gäller principerna om självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet också då? Vilka handlingar kan visa att det är så? Kan jag hysa tillit till att en trygg och värdig omsorg kommer att erbjudas när jag själv inte kan förmedla mina önskningar? Många har framfört att ett förverkligande av de styrande principernas innehåll börjar med reflexioner över hur man själv skulle vilja bli bemött. De allra flesta skulle säkerligen vända sig mot att nakna bli omskötta inför främmande människor eller omtalade som "paket". Det har ändå förekommit.

Den situation som jag nämnde är tydlig - den enskilde har mycket få möjligheter att utöva självbestämmande och "hanteras" alltså på det sätt som beskrivs. I en annan omgivning händer inte

detta utan personen får en varsam och respektfull omvårdnad, på ett sätt som kan förmodas vara helt enligt hans önskemål. Det kan vara så att hans möjligheter att få ett gott bemötande har stärkts genom ett personligt stöd av anhöriga eller andra närstående. De kan med sin kunskap om och sin känsla för den enskilde förmedla hans önskemål. Det kan också vara så att personalen har en arbetssituation som präglas av att medarbetarna blir uppmärksammade för det goda bemötandet, har förutsättningar att ta eget ansvar och får tillgång till de kunskaper som de behöver i arbetet. Det dåliga bemötandet kan handla om att både den enskilde och personalen försatts i en situation med starkt begränsat inflytande eller maktlöshet. I personalens fall leder det då till distansering och brist på inlevelse. Bemötandet blir oviktigt och den enskilde äldre förlorar sin identitet.

Maktfrågorna inom vården och omsorgen bör enligt min mening få större uppmärksamhet. Ett led i detta kan vara att mera ingående och inom hela organisationen använda sig av kunskaper från kritiska synpunkter, klagomål och riskhändelser. Enskildas och anhörigas berättelser kan ofta mycket konkret illustrera betydelsen av det som i mitt uppdrag kallas "subtila kränkningar". Mötesplatser för samtal mellan äldre, anhöriga, personal och andra företrädare för vården och omsorgen kan ge mycket goda underlag för ett konstruktivt förändringsarbete.

Jag har i olika sammanhang uttalat att arbetsuppgifter inom vården och omsorgen om äldre har ett mycket kvalificerat innehåll och att kraven ökar. Det finns emellertid myter som förminskar arbetsuppgifternas betydelse och som dessvärre ibland även anammats av yrkesföreträdare och ansvariga för vården och omsorgen om äldre. Diskussioner om behovet av ökad kunskap och kompetens för att utveckla ett gott bemötande har ibland upplevts som ett uttryck för att kunskap och erfarenhet som samlats under lång yrkesverksamhet inte duger.

Jag vidhåller att ökande krav inom vården och omsorgen om äldre ovillkorligen måste mötas med en aktiv kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning. Utbildningsinnehåll och utbildningsnivåer måste bättre än nu stå i överensstämmelse med verklighetens krav. Jag återkommer i senare kapitel med mina bedömningar om åtgärder för att åstadkomma en sådan process.

Utbildning bör naturligtvis förekomma i en rad olika former för att bl.a. understödja utvecklingen av ett gott bemötande av äldre. Jag vill emellertid vara mycket tydlig om min uppfattning att oavsett utbildningstillfällets form så måste innehållet präglas av att de studerande och lärarna gemensamt försöker ta tillvara de

studerandes egna tidigare erfarenheter, analysera och anknyta dem till ny kunskap. Ett etiskt perspektiv på verksamhetens syfte och innehåll måste ha företräde och tillämpas på kunskapsutbytet. Därmed har jag också betonat vikten av en förbättrad kommunikation mellan teori och praktik, både inom grundläggande utbildningar och deras förhållanden till arbetsplatsförlagd utbildning och mellan forskningsverksamhet och "fältarbete" inom äldreomsorgen.

Det goda bemötandet kan understödjas genom innehållet i grundläggande utbildningar. Det är emellertid också betydelsefullt att systematisera, utveckla och förenkla vägarna till fort- och vidareutbildning.

Inte minst viktig är den ökade kunskap och erfarenhet som kan ges genom att behovet av god introduktion i arbetsuppgifterna blir tillgodosett. Jag vill också återigen uppmärksamma behovet av fortlöpande handledning som stöd både för personlig utveckling och kompetenshöjning genom nya kunskaper, relaterade till aktuella behov i arbetslagets uppgifter. Tillgången till handledning är särskilt viktig i situationer när bemötandet kompliceras av att den äldre exempelvis har psykiska störningar eller en demenssjukdom.

2.4 Nya möten

För att återknyta till kapitlets inledande avsnitt vill jag också uppmärksamma att vi redan har och i framtiden kommer att få ytterligare anledning att bearbeta attityder och frågor om bemötande i "nya möten". Några av dem vill jag kortfattat beröra här.

I en rapport från det danska Forskningsministeriets arbetsgrupp om "aldringsmodeller" (Et slag for alderen - med forskning og handling, Kbhvn 1996), ett led i ett långsiktigt program för att använda forskningen på ett systematiskt sätt vid utformningen av dansk äldrepolitik, konstateras att åtgärder i alltför liten omfattning tagit hänsyn till ett allt tydligare förhållande: "Äldrebefolkningens sammansättning präglas i ökande grad av en polarisering avseende hälsa, funktionsförmåga och sociala förutsättningar. Det finns en växande klyfta mellan möjligheterna för dem som är svaga äldre och dem som är resursstarka äldre" (s. 55, min översättning). Detta förhållande speglas i svenskt perspektiv i kapitel 3. Nya krav ställs på forskningen och på äldrepolitiken, t.ex. när det gäller att använda kunskaper för att förebygga ohälsa

och funktionshinder samt för att beakta de stora individuella variationerna i åldrandets processer. Det innebär enligt min mening att Nationella Folkhälsokommitténs arbete (se 1.4) för att i ett längre perspektiv analysera faktorer som befrämjar hälsa och välbefinnande är mycket väsentligt. Det omfattar i vid mening flera frågor om bemötande av den äldre befolkningen men också de följder för åldrandet som levnadsvillkoren i yngre år kan få.

Den danska rapporten uppmärksammar också behovet av en forskning och en äldrepolitik som antar utmaningen att aktivt motverka fördomar om äldre och åldrande bl.a. genom att utveckla och sprida vetande om historiska och kulturella förutsättningar för uppkomsten av negativa attityder. Utbildningens och mediernas roll betonas. Vidare sägs att det finns behov av ökande kunskaper och slutsatser om samspelet mellan generationerna, t.ex. förskjutningar i maktförhållanden som har sin grund i situationen på arbetsmarknaden.

Jag menar också att vi har anledning att behandla frågor om bemötande inför utvecklingen av ny teknik som kan förändra förutsättningar för tillgång till information, service och sociala kontakter. För äldre finns både hinder och möjligheter i denna utveckling. Jag hyser förhoppningen att detta kommer att bli belyst genom det strategiska arbete i IT-frågor som för närvarande pågår inom regeringskansliet. Med anledning av mitt utredningsuppdrag vill jag särskilt understryka att användarmöjligheterna för äldre liksom för personal i vård och omsorg blir analyserade samt att psykologiska och sociala dimensioner beaktas. Ett underlag som på regeringens uppdrag utformats av Handikappinstitutet (IT för funktionshindrade och äldre, förslag till handlingsprogram för åren 1998-2002) anser jag vara en utmärkt grund för fortsatt utveckling.

Slutligen vill jag peka på ännu ett område för nya möten och former för att utveckla bemötande. Jag avser samverka med olika frivilligorganisationer. (Samverkan med intresseorganisationer blir belyst i andra sammanhang.)

Under utredningsarbetet har jag mött företrädare för ett mycket omfattande frivilligt arbete bland äldre och deras närstående: Röda Korset, Svenska kyrkans råd för diakoninstitutioner och stadsmissioner samt Sveriges Kristna Råd och Sveriges Frikyrkosamråd. Jag har blivit informerad om mycket varierade insatser som riktar sig till enskilda och grupper över hela landet. Den frivilliga verksamheten vill komplettera och inte ersätta andra insatser som är kommunernas och landstingens ansvar. Verksamheten präglas i hög grad av insatser som uppmärksammar en

skildas behov av kontakt, psykologiskt och socialt stöd samt i vissa sammanhang, samtal och vägledning i andliga och existentiella frågor. Andra exempel avser olika former av kulturella aktiviteter och ibland avlösningssatser till anhöriga. Det finns inom frivilligorganisationerna också en stor erfarenhet av olika behov som behöver bli bättre tillgodosedda i ett samarbete mellan organisationerna och landstingen och kommunerna. Vid mina sammanträffanden har tankar framförts på att man lokalt borde upprätta överenskommelser/planer på hur samverkan skall formas. Jag har erfarit att Svenska Kommunförbundet studerar frågan i ett antal kommuner. Det vore enligt min mening värdefullt om det kunde leda till att "goda exempel" kunde spridas och även användas i utbildningssammanhang. En väsentlig fråga är också hur organisationerna skall få ekonomiskt stöd för sina aktiviteter.

Det har funnits olika uppfattningar och ibland missförstånd om de frivilliga organisationernas roll och syfte i förhållande till bl.a. vården och omsorgen om äldre. Mina kontakter med organisationerna har förmedlat att de är mycket uppmärksamma på rollfördelningen och sin egen kvalitetsutveckling. Jag har informerat mig om att Svenska Kommunalarbetsförbundet har analyserat frågan, också i perspektiv av äldreomsorgens fortsatta utveckling. I en analys framhåller man frivilligorganisationernas kompletterande uppgifter och menar att det inför framtiden "finns plats för alla". Vidare framförs att man bör lära av varandra och "se att samhället behöver allt stöd för att tillgodose medborgarnas behov". Man slår fast att det finns ett tydligt samband mellan "professionella och icke professionella där bådars kunskap, kompetens och resurser används på bästa sätt". Jag anser att detta vittnar om goda förutsättningar att utveckla nya former av samverkan, som i den enskilda situationen, i bemötandet av äldre och deras närstående, självfallet måste utgå från de äldres önskemål och val.

3 Några perspektiv på äldres situation, åldrandets villkor och äldreomsorgens utveckling

3.1 Inledning

Genom olika fakta som beskriver situationen för äldre och hur den utvecklats över tid ges i detta kapitel en bakgrund till mina analyser, överväganden och förslag. Docent Gerdt Sundström, Institutet för gerontologi, Jönköping, svarar för merparten av underlaget.

Jag har tidigare konstaterat att begreppet bemötande innebär någon form av ömsesidigt samspel som påverkas av många faktorer hos den enskilde och hos omgivningen. Den bakgrund som redovisas här speglar sådana faktorer som direkt eller indirekt kan ha konsekvenser för bemötandet av äldre på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Vid beskrivningar av åldrande och äldreomsorg är ett vanligt men inte invändningsfritt angreppssätt att inleda med en redovisning av befolkningsutveckling och hälsfaktorer. Det framkallar lätt bilden av att äldreomsorgen utvecklats, medvetet och rationellt, på grundval av dessa uppgifter. Sambandet mellan befolkningsutveckling, hälsfaktorer och äldreomsorgens tillväxt är dock svagt och kan ifrågasättas. Äldreomsorgen i Sverige har under de senaste årtiondena vuxit långt mera än vad som kunde förväntas mot bakgrund av äldres ökande andel av befolkningen (G. Sundström, 1997).

Äldreomsorg i den mening som begreppet då används har vidgats till att avse alla offentliga resursöverföringar till personer 65 år och äldre, inkluderande pensioner, bostadstillägg, särskilda boendeformer och hemtjänst m.m. I detta perspektiv använder äldre cirka 13 procent av samhällets totala resurser; sammanlagt cirka 16 procent, om hälso- och sjukvård inkluderas.

Den viktigaste aspekten på vård och omsorg i en snävare mening (dvs. exklusive ekonomiska överföringar som pensioner och

bostadsbidrag) är enligt G. Sundström balansen mellan de resurser som satsas på omsorg och vård i den enskildes eget hem och de resurser som läggs på särskilt boende i olika former. Balansen mellan satsningar på särskilda boendeformer och stöd till kvarboende (främst hemtjänstinsatser) har alltid varit en stöttesten. Efter en dramatisk tillväxt av hemtjänsten under 1960- och 1970-talen minskar den nu på många håll. En växande andel av resurserna går till särskilda boendeformer medan den öppna omsorgen når allt färre. Totalt får överhuvudtaget färre äldre någon form av offentlig omsorg. År 1996 använde 9 procent av personer 65 år och äldre hemtjänst och 8 procent bodde i särskilda boendeformer. Statistiskt sett är antalet personer som får hemtjänst tillbaka på 1967 års nivå.

Om hemsjukvårdsinsatser saknas nationell statistik. Tillgänglig kunskap tyder dock på att dessa insatser under lång tid legat på en förhållandevis konstant nivå. Akutsjukvårdens resurser går i stor utsträckning till äldre personer som svarar för knappt hälften av alla inläggningar. Äldres användning av den slutna vården tycks inte ha ändrats påtagligt under de senaste årtiondena. En liten grupp äldre använder en stor del av de samlade vårdresurserna. Flertalet använder vård i begränsad omfattning och några nästan ingen vård alls. Det är väl känt att vissa sjukdomar och följsjukdomar kräver åtgärder som tar i anspråk en stor del av sjukvårdens resurser.

Vid diskussioner om andel äldre i befolkningen med ohälsa, vårdinsatser m.m. bör man inte enbart granska statistiska genomsnitt, såsom andel som befinner sig i särskilt boende. Man bör inte heller ta fasta på uppgifter om genomsnittlig hälsa etc., eftersom det då finns en tendens att bortse från den långsiktiga risken för ohälsa. Något förhållande kan t.ex. mycket väl bli mindre vanligt i genomsnitt, men ändå mer vanligt på längre sikt, dvs. en risk kan öka utan att det syns i det statistiska materialet.

Totalt sett varierar kostnaderna för vård och omsorg om äldre påtagligt mellan kommunerna. Mindre kommuner i glesbygd lägger proportionsvis mer resurser på vård och omsorg om äldre än andra kommuntyper. I hela riket använder 17 procent i åldersgruppen 65 år och äldre någon form av vård och omsorg. Dessa insatser kostar i genomsnitt 240 000 kr/brukare per år, eller i genomsnitt 43 000 kr/äldre invånare per år.

3.2 Befolkningsutveckling

3.2.1 Åldrandet i befolkningen har ägnats uppmärksamhet i decennier

År 1996 omfattade den svenska befolkningen 8,8 miljoner människor. Befolkningen har länge åldrats, något som demografer och statistiker tidigt påpekade. I början av 1930-talet började ekonomer att uppmärksamma de samhällsekonomiska konsekvenserna. I makarna Myrdals Kris i befolkningsfrågan (1934) var frågan om befolkningens åldrande lika central som frågan om det låga födelse-talet. Detta har dock blivit mindre observerat. Makarna Myrdal uttalade sin oro över de stigande kostnaderna för äldre och över "förgubningen" av befolkningen. Detta var och är givetvis inte bara en svensk angelägenhet. Särskilt franska analyser uttryckte tidigt stor oro över utvecklingen. Redan år 1950 var 16 procent av Frankrikes befolkning 60 år och äldre.

Senare svenska demografer och ekonomer var inte lika bekymrade. 1952 års Åldringsvårdsutredning (SOU 1956:1) hänvisade till utredningar som konstaterade att försörjningsbördan totalt sett ökat obetydligt. Att det blev allt fler äldre uppvägdes av att de yrkesverksamma åldrarna hade allt färre barn att försörja. Det antogs då att barn och gamla behöver insatser som kostar lika mycket. Försörjningsbördan blir inte så mycket större framöver för dem som är i förvärvsarbete. Problemet idag är kanske snarare en fråga om perspektiv och resursfördelningen totalt sett. År 1956 ansågs den något ökande försörjningsbördan knappast avskräckande hög mot bakgrunden av den fortgående produktivitetsstegringen. Under förutsättning av en fortsatt fredlig utveckling och ett fasthållande vid den fulla sysselsättningens politik ansågs det knappast finnas skäl till farhågor när det gällde åldersförskjutningens inverkan på samhällsekonomi och levnadsstandard (SOU 1956:1 s. 19). Så olika uppfattades förhållandena under 1930- respektive 1950-talen. Det finns anledning att jämföra med dagens perspektiv. HSU 2000 drar, liksom de flesta observatörer, (forskare, Socialstyrelsen m.fl.) slutsatsen att resurserna knappast kommer att räcka till. Problemet är möjligen inte bara de verkliga kostnaderna för vården och omsorgen utan också attityderna i samhället.

3.2.2 De allra äldsta blir allt fler

Åldrandet i den svenska befolkningen har nu i stort sett upphört. Det nya förhållandet är att antalet och andelen personer 80 år och äldre växer kraftigt. År 1996 var 17,4 procent av befolkningen 65 år eller äldre (1,5 miljoner personer) och 5 procent var över 80 år (421 000 personer). Befolkningsprognoser fram till år 2025 visar att antalet personer över 65 år förhåller sig konstant de närmaste åren. En kraftig ökning sker därefter till två miljoner personer år 2050. Beträffande de allra äldsta, personer 80 år och äldre, föreligger en något ojämn utveckling. De beräknas år 2020 vara cirka en halv miljon personer och år 2050 vara nära 700 000 personer. Alla tidigare prognoser har påtagligt underskattat ökningen av de allra äldsta. Vid sekelskiftet uppskattas antalet personer som är 80 år och äldre uppgå till drygt 450 000 personer.

3.2.3 Stora skillnader mellan kommunerna

Ett ibland förbisett faktum är att befolkningsstruktur och sannolikt även befolkningsutveckling varierar starkt mellan svenska kommuner. Andelen personer 65 år och äldre och personer 80 år och äldre är i vissa kommuner och regioner mycket liten, i andra mycket större än genomsnittet. Till detta kommer skillnader i äldres civilstånd och andelen ensamboende. De tre storstäderna har proportionsvis många ogifta och många ensamboende äldre i sin befolkning.

Befolkningsstrukturen vid en viss tidpunkt är givetvis intressant därför att den ställer olika krav på vården och omsorgen, något som bl.a. visas i Svenska Kommunförbundets utredningar (Svenska Kommunförbundet, 1995). Om befolkningsutvecklingen vet vi betydligt mindre. Ett antal kommuner har redan haft sin "åldringsexplosion", både av äldre i allmänhet och av de allra äldsta. Norrköping är ett exempel på en sådan kommun. Antalet personer 65 år och äldre liksom även personer 80 år och äldre kommer där inte att öka nämnvärt fram till omkring år 2025. Kommunens uppgift blir därför mera att behålla den standard som redan finns i insatserna till äldre än att klara ökande behov. I andra kommuner ligger dessa utmaningar snarare i framtiden och kan då sannolikt bli mycket stora.

Det finns ingen central myndighet eller motsvarande som, enligt uppgift från Svenska Kommunförbundet, har tagit fram översiktliga befolkningsprognoser för kommuner och regioner. Detta

ombesörjs av de enskilda kommunerna för eget bruk. I t.ex. Årsbok för Sveriges kommuner finns endast elementära uppgifter om den aktuella befolkningssammansättningen. Vissa kommuner (ofta förortskommuner) har idag proportionsvis få äldre (personer 65 år och äldre) respektive mycket gamla (färre än 2 procent är 80 år och äldre). I andra kommuner, särskilt i inlandet och i norra Sverige, är mönstret det motsatta, med över 25 procent av befolkningen i åldersgruppen 65 år och äldre varav 6 - 7 procent är 80 år och äldre.

Det bör dessutom uppmärksammas att cirka 10 procent av den äldre befolkningen är utlandsfödda, flyktingar och invandrare. (De senaste fem åren har invandringsöverskottet varit 27 900 i genomsnitt). De utlandsfödda är i genomsnitt fortfarande ganska "unga". Få kommuner har börjat förbereda sig för att möta deras ökande behov av vård och omsorg. Ännu färre kommuner har inventerat behov eller utvecklat olika stöd- och vårdformer för äldre från andra länder. Dessa frågor har belysts (av Gaunt D., Heikkilä K. och Hajighasemi F.) i rapporten *Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:76).

3.2.4 Kvinnorna i majoritet bland de allra äldsta

Medellivslängden är hög i Sverige (år 1996: 81,5 år för kvinnor och 76,5 år för män). Framför allt beror detta på en ytterst låg barnadödlighet, men också på vinster i återstående livslängd bland vuxna. Allt fler blir gamla och mycket gamla. Dessa förhållanden har också en könsaspekt. De mycket gamla är oftast kvinnor. Vid 70 års ålder finns obetydligt fler kvinnor än män, vid 80 år är kvinnorna 1,5 gånger fler respektive 2,5 gånger fler vid 90 år. Det är 3,5 gånger fler kvinnor bland personer 95 år och äldre. Bland dem som är hundra eller mer är kvinnorna 5 gånger fler (år 1996). Männen livslängd har dock ökat snabbare än kvinnornas sedan mitten av 1980-talet. Det är ett trendbrott jämfört med närmast föregående decennier (SOU 1997:119, delbetänkande av HSU 2000, s. 29). Allt fler gamla är gifta, vilket också innebär att allt fler blir ensamstående någon gång under ålderdomen. Kvinnorna drabbas av detta cirka tre gånger så ofta som männen. Tidigare var fler i befolkningen änkor/änklingar redan före 65 årsdagen.

3.3 Ekonomi och boende

3.3.1 Äldre som grupp får det ekonomiskt allt bättre, men...

Att gruppen äldre har det ekonomiskt bättre idag jämfört med tidigare är väl känt. I officiella rapporter och i massmedia har man också uppmärksammat det statistiska faktum att gruppen äldre fått det ekonomiskt bättre än yngre grupper och urskiljbara kategorier såsom barnfamiljer. I varje fall under 1980-talet och 1990-talets början gällde detta mönster.

Det ligger nära till hands att dra slutsatser från förhållanden som råder för en grupp till de individer som gruppen består av. Det är dock tveksamt i allmänhet och definitivt fel när det gäller inkomster och inkomstförändringar. Vid jämförelse mellan de äldre och barnfamiljerna kan det konstateras att de senare befinner sig i ett "genomgångsstadium". De berörda individernas inkomster och utgifter kan säkerligen komma att både öka och minska över tid. I gruppen yngre ingår ju också arbetslösa, studerande etc. För att undvika detta problem med gruppernas heterogenitet har det påpekats (av pensionärsorganisationerna) att man för att få en rättvisande bild bör jämföra dem som hela tiden varit pensionärer med dem som hela tiden varit heltidsarbetande. Då utfaller jämförelsen inte längre till pensionärernas fördel.

När det gäller äldre som individer är det egentligen självklart att inkomstutvecklingen inte är positiv. Pensionerna är de flesta äldres huvudsakliga inkomstkälla (85 procent av inkomsterna i genomsnitt) och pensionerna är så konstruerade att de i princip skall ge konstant realinkomst. Ganska många äldre har vissa övriga inkomster, åtminstone i början av sitt pensionärliv. Det kan handla om löner och kapitalinkomster eller tillgångar i form av fastigheter etc. Dessa inkomster tenderar att minska efter hand. Sammanfattningsvis betyder detta att äldre personer i bästa fall har oförändrad inkomst. Det vanliga är dock att äldres inkomster minskar. Vi lever naturligtvis som individer, inte som grupp. Gruppens genomsnitt stiger, därför att den "fylls på" med unga pensionärer med goda pensioner, något som dock i verkligheten inte hjälper de äldre pensionärerna och övriga med låga pensioner. Dessa är främst ensamstående kvinnor.

I statistiska analyser av SCB:s taxeringsregister har samma personer följts över tid. Analyserna bekräftar de beskrivna trenderna. Åren 1991-1995 sjönk inkomsterna med 6 till 9 procent för olika åldersgrupper av ålderspensionärer mellan 66

och 79 års ålder (Jan Torége, SCB, pers. komm). Den enda demografiskt urskiljbara grupp äldre som fick individuellt högre inkomst var kvinnor som i utgångsläget var gifta, men som blev änkor. (Ensamstående får högre pension än gifta). Man inser dock lätt att denna statistiskt sett sanna ökning inte alltid betyder att änorna fick det ekonomiskt bättre som ensamstående.

Handu (Handikappolitiska utredningsinstitutet) har i en levnadsnivåundersökning (1996) intervjuat bl.a. äldre med rörelsehinder och med synskador samt äldre döva om deras ekonomiska situation. Bland äldre synskadade och rörelsehindrade upplevde 63 procent av de intervjuade att deras ekonomiska situation försämrades mellan år 1995-1996. Av äldre döva hade 58 procent samma erfarenhet.

3.3.2 Inkomstskillnader och klasstillhörighet

Inkomstskillnaderna har viss klasskaraktär också bland äldre, eftersom tilläggs pensioneringen tenderar att fortplanta de skillnader som råder innan man blir pensionär. Till detta kommer skillnader i förmögenhet och fastighetsinnehav m.m. I själva verket råder det kanske större olikheter inom gruppen pensionärer än i någon annan grupp. De äldsta och särskilt kvinnorna bland dem har ofta mycket låga inkomster och liten förmögenhet, de yngsta och speciellt männen förfogar ofta över betydande värden. Till en del avspeglar detta den gradvisa "mognaden" av pensionssystemet, där de yngre erhåller högre pensionsbelopp. Samtidigt har det skett förskjutningar i klasstrukturen, så att unga pensionärer oftare haft tjänstemannayrken och därför högre inkomster.

3.3.3 Stora skillnader mellan män och kvinnor

Statistiken redovisar generellt stora skillnader i pensioner och andra inkomster för äldre män och kvinnor. Kvinnorna utgör 58 procent i åldersgruppen över 65 år men erhåller enbart 45 procent av inkomsterna. Den individbaserade statistiken skymmer dock förhållandet att många äldre - och särskilt männen - är gifta och att dessa familjer sannolikt delar på inkomster och utgifter. Omräkning av inkomstuppgifterna med hänsyn till detta och med hjälp av civilståndsfördelad inkomststatistik visar att kvinnorna får del i just 58 procent av inkomsterna. Omvänt betyder detta

naturligtvis att ensamstående kvinnor har en ännu sämre situation. Beräkningarna är gjorda på 1991 års uppgifter, mönstret är dock generellt. Det visar också en senare studie om situationen för ålderspensionärer med låga inkomster (Stiftelsen Äldrecentrum, S-E. Wånell, på uppdrag av PRO, år 1997.) Handu (se tidigare) kunde i sin undersökning visa att de äldre kvinnorna med funktionshinder i större utsträckning än männen avstått från vissa tjänster på grund av ekonomiska skäl. Särskilt betungande var enligt dessa kvinnor hälso- och sjukvårdsavgifter och boendekostnader.

Män har i genomsnitt 164 000 kronor i årsinkomst medan kvinnor har 99 000 kronor (år 1995). Männen har oftare inkomster utöver pensionen. Det är betydligt mer sällan förekommande (3 procent) att männen, oavsett ålder, enbart har folkpension. Bland kvinnorna däremot är det även bland dem som nyligen pensionerats (65 - 79 år) en tiondel som enbart har folkpension. Det är således betydligt fler kvinnor som har mycket låga inkomster. De kvinnor som också har andra pensionsförmåner (främst ATP) har vanligen relativt låga pensionsbelopp från dessa. Detta innebär att en ganska stor grupp äldre kvinnor under överskådlig tid kommer att ha låga inkomster. Den enda urskiljbara grupp av äldre kvinnor som har goda inkomster är de som är ogifta. Dessa har i vissa åldrar t.o.m. högre inkomster och saknar mer sällan inkomst än de ogifta männen.

3.3.4 Ekonomiska tillgångar

Förmögenhet

SCB:s inkomst- och förmögenhetsstatistik visar att ganska många pensionärer har sparmedel på bank eller i annan form. Socialdepartementet har för år 1996 beräknat pensionärernas nettoförmögenhet till i genomsnitt 300 000 kronor varav cirka hälften avser likvida tillgångar. Det är dock en påtaglig snedfördelning av dessa tillgångar. Stigande levnadsomkostnader bl.a. i form av höjda avgifter (ofta höjningar långt större än konsumentprisindex och därmed pensionernas utveckling) kan också "äta upp" dessa besparingar i synnerhet om pensionernas negativa individuella utveckling beaktas. I de flesta kommuner är taxor och avgifter inom äldreomsorgen inkomst- och förmögenhetsrelaterade.

Kontantmarginal bland äldre

I olika undersökningar (bl.a. SCB:s levnadsnivåundersökningar, år 1975 och framåt) har frågor om sparkapital och likviditet tagits upp. Även om dessa uppgifter är behäftade med viss osäkerhet är det intressant att konstatera att endast en tiondel av äldre personer saknar "kontantmarginal" (dvs. kan inte få fram 13 000 kr med kort varsel). Dock visar Handu (1996) att äldre med funktionshinder (synskadade, rörelsehindrade och döva) har betydligt sämre möjligheter och att detta i synnerhet gäller äldre kvinnor. Merkostnader på grund av funktionshinder kan avsevärt påverka möjligheterna.

Enligt Riksförsäkringsverkets beräkningar lever en tiondel av pensionärerna vid eller på marginalen till "fattigdom". I en intervjuundersökning i slutet av år 1996 uppgav 56 procent av personer i åldern 65 - 74 år att deras ekonomiska situation blivit sämre under de senaste två åren. 38 procent anser att det inte skett någon förändring medan 5 procent anser att de fått det bättre (SIFO).

3.3.5 Avgifternas betydelse

En annan aspekt på äldres ekonomiska situation är hur avgifterna påverkar den enskildes ekonomi. Socialstyrelsens avgiftsutredning år 1996 visade att de flesta som använder äldreomsorg har låga inkomster. Det är därför inte klart om avgiftshöjningarna slår hårdare mot någon särskild grupp. De samlade marginaleffekterna av skatter och avgifter samt bostadstilläggens konstruktion tenderar att "äta upp" eventuella inkomstförstärkningar. Samtidigt råder stora skillnader i avgiftsuttag mellan kommunerna. Det gäller både totalt och för enskilda tjänster. En lokal undersökning i Jönköping visade (1996) att ungefär en fjärdedel av de äldsta (personer 80 år och äldre) ansåg att avgifterna för hemtjänsten var för höga. De avstod därför helt eller delvis från hjälp. Enligt en annan undersökning är det högst en tiondel av alla äldre som helt eller delvis avstår från hemtjänst på grund av avgifterna. Undersökningen genomfördes i kommuner med mycket varierande avgiftsuttag för hemtjänsten. Om detta föranleder synbara försämringar i livsvillkoren är ännu en öppen fråga (Sundström 1996, Thulin 1996). En särskild utredare har nyligen tillkallats för att bl.a. kartlägga i vad mån nivån på avgifter m.m. innebär att en-

skilda av kostnadsskäl avstår från olika insatser (dir. 1997:11, se 1.4).

3.4 Boendeformer

3.4.1 Äldres boendemönster

Det mest generella man kan säga om äldres bostadsförhållanden är också det mest intressanta, nämligen att de inte påtagligt avviker från befolkningens boendemönster i stort. Det har inte alltid varit så och är det inte heller i många andra länder. I början av 1950-talet saknade var tionde pensionär en egen bostad. De bodde inhysta i bostäder som tillhörde släktingar, gamla arbetsgivare etc. Äldre bodde ofta omodernt, trångt och med låg standard samt saknade telefon m.m. Äldres bostadssituation kartlades ingående av 1952 års Åldringsvårdsutredning (SOU 1956:1) som också lämnade förslag på åtgärder. Bostadsbidragen möjliggjorde en efterfrågan på rymliga och bra bostäder. De senaste åren har antalet bidragstagare minskat. Skälet till detta torde främst vara högre pensioner/inkomster och förändrade regelsystem för bostadsstöd.

Idag är det svårt att finna äldre som bor trångt eller omodernt. Senaste ULFdata (SCB:s Levnadsnivåundersökningar, avser personer 65 år och äldre, år 1988/89) anger att knappt en procent är trångbodda och att tre procent saknar dusch/bad. 45 procent bor i småhus. Senaste uppgifterna från folk- och bostadsräkningarna visar samma sak. Enligt vissa undersökningar från 1980-talet är bristfällig bostadsstandard sällan en direkt orsak till äldres flyttning till särskilda boendeformer. Oftast är det andra faktorer, främst ökade behov av vård och omsorg. Äldres bostadsstandard kan dock vara låg i andra avseenden, bl.a. genom bristande tillgänglighet i den yttre miljön, vilket försvårar den dagliga livsföringen. En fjärdedel bland äldre bor en eller flera trappor upp utan hiss och åtta av tio kan inte nå sin bostad med rullstol. Dessutom har avstånd till affärer och annan service betydelse.

3.4.2 Främst kvinnor är ensamboende

Förr var i genomsnitt cirka en tiondel av alla äldre ensamboende. I början av 1950-talet var andelen 27 procent, idag är den drygt 40 procent. Det är främst kvinnor som bor ensamma. Ensamboendet

bland dem har ökat. Mönstret har också en klass- och könsaspekt. Det tycks vara mycket ovanligt att äldre män ur de övre samhällsskikten bor ensamma. Sammanboende mellan generationerna har också blivit mycket ovanligt i Sverige. Numera är det bara ett par procent av alla äldre som bor tillsammans med sina barn. Det finns i stort sett bara två hushållsformer för äldre, ensamboende eller sammanboende med make/maka.

Att andelen ensamboende stiger med åldern är ett nordiskt mönster. Det vanliga i ett internationellt perspektiv är att andelen ensamboende minskar i högre åldrar på grund av ökande hjälpbehov och avsaknad av stöd och hjälp från samhället. Det kan i svenskt perspektiv också noteras att cirka 70 procent av kvinnorna och cirka 30 procent av männen bor ensamma den sista levnadstiden.

3.4.3 Särskilda boendeformer för äldre

Enligt den offentliga statistiken (SCB) för vård och omsorg om äldre bodde 3 procent av åldersgruppen 65 - 79 år (år 1996) i särskilda boendeformer. I åldern 80 - 89 år bodde 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna i ett särskilt boende. Bland personer 90 år och äldre är andelarna 42 procent respektive 50 procent. Det har kontinuerligt skett en minskning av andelen som bor i särskilt boende. Man kan också konstatera att 32 procent av de boende är män. De är genomsnittligt betydligt yngre än kvinnorna. Bland männen är 67 procent åttio år eller äldre jämfört med 78 procent av kvinnorna. Medelåldern stiger dock både för män och för kvinnor.

I nuvarande statistik är det inte möjligt att särskilja olika typer av boendeformer som servicelägenheter/ålderdomshem/sjukhem/-gruppboende m.m. De betecknas numera som särskilda boendeformer enligt 20 § socialtjänstlagen. Tidigare, när de olika boendeformerna kunde urskiljas i statistiken, framkom stora skillnader i standard. Sjukhem och övrig långtidsvård hade i särklass lägst standard. I en majoritet av dessa saknades toalett/bad i de privata utrymmena, många delade rum etc. till skillnad från förhållanden i de övriga boendeformerna.

Kvarvarande brister trots höjning i boendestandard

Under de senaste åren har det skett en väsentlig höjning av bostadsstandarden i de särskilda boendeformerna, men brister kvarstår. Det är (1996) 23 procent av dem som bor i särskilt boende som saknar egen toalett, 33 procent saknar egen dusch/bad och 10 procent delar bostad med annan än maka/make (motsvarande). Av samtliga bostadsenheter är det cirka 4 procent som är flerbäddrum. Ungefär 35 procent av bostäderna har 2 rum och kök eller fler rum. Det tycks också råda skillnader mellan kommunerna. Skillnaderna sammanhänger mest med hur vanligt förekommande sjukhemsboendet (motsvarande) är i kommunerna. Detta har dock inte kunnat analyseras i detalj eftersom uppgifter saknas.

Framförallt kvinnor ur arbetarklassen bor i särskilt boende

Det är känt att de som flyttar in i särskilda boendeformer tillhör samhällets minst privilegierade. Det är oftare kvinnor, ogifta och/eller barnlösa kvinnor och kvinnor ur arbetarklassen. Så var det förr och så är det fortfarande i ganska hög utsträckning.

Flera undersökningar i Sverige och utomlands på 1980-talet påvisade dessa mönster, men översiktlig kunskap om hela gruppen boende saknas. Troligen har dessa klasskillnader utjämnats efter hand i Sverige genom att sociala faktorer allt mindre är orsak till flyttning till en särskild boendeform. Skillnaderna är sannolikt mindre än i utomnordiska länder. Det är ändå av intresse att notera att 4 procent av arbetare (ej facklärda) i jämförelse med 1 procent tjänstemän (högre) bor i ålderdomshem/sjukhem. Även skillnader i utbildning kan observeras. 3 procent av dem som endast har folkskola respektive 1 procent av dem som har högre utbildning bor i ålderdomshem/sjukhem. De klassmässiga skillnaderna är mindre bland dem som bor i service-lägenheter (SCB, 1993).

3.4.4 Nya modeller

De senaste cirka tio åren har olika slag av privat "seniorboende" ("äldreboende" m.m.) växt fram. Bland personer 65 år och äldre bor cirka en procent i sådana boendeformer. Dessa omfattar idag cirka 10 000 - 15 000 lägenheter. De har, enligt den enda tillgängliga inventeringen, sin spridning främst i södra och mellersta Sverige. Bostadsrätt är en mycket vanlig upplåtelseform för seniorbostäder. Mer sällan erbjuds service, måltider m.m. Boendekostnaderna varierar kraftigt mellan enheterna. Ett fåtal privata sjuk- och vårdhem finns även (Malmberg & Sundström 1991).

Det förefaller som om icke-offentlig service i den egna bostaden ökar. Tillförlitliga uppgifter saknas, men närmare en tiondel av personer 75-80 år bedöms anlita sådana former av tjänster. De är mycket olika till sin karaktär, alltifrån tjänster av portvakter som extraknäck och "svart" städhjälp till service som utförs av entreprenadföretag och vårdbolag. Cirka 5 procent av de ekonomiska resurserna inom den offentliga vården och omsorgen om äldre uppskattas vara utlagda på privata utförare vilket berör cirka 9 procent av brukarna (Socialstyrelsen 1996).

3.5 Familj och närmiljö, anhöriginsatser

3.5.1 Familjemönster i historiskt och internationellt perspektiv

Svenska förhållanden

I Sverige har det tämligen sent funnits en lagstiftning om vuxna barns skyldighet att ta hand om föräldrar, om dessa inte kunde försörja sig själva. 1918 års fattigvårdslag som upphävdes år 1956 stadgade (1 kap.1 §) att den som på grund av "ålderdom, sjukdom, lyte eller eljest bristande kropps- eller själskrafter är oförmögen att genom arbete försörja sig --- skall --- där hans behov icke annorledes avhjälpes, erhålla fattigvård". I första hand skulle barnen svara för föräldrarnas försörjning (1 kap. 3 §). Motsvarande råde beträffande föräldrars skyldigheter mot vuxna barn. Med försörjning avsågs "underhåll och vård".

Dessa krav på föräldrar och barn försvann först med revisionen av Föräldrabalken år 1979 (prop. 1978/79:12). Underhålls-

skyldigheten makar emellan gäller dock fortfarande. Det kan ha sitt intresse att förändringen i lagstiftningen motiverades med "samhällets insatser" och de "förbättrade folkpensionsförmånerna" som "väl /ersätter/ de ekonomiska skyldigheter som nu lagligen åvilar barnen". Det påpekades dock att det fortfarande får "anses åligga båda parter som en skyldighet att bistå varandra i mån av förmåga". Att den lagliga underhållsskyldigheten upphävdes skulle dock inte tolkas "så att barnets moraliska skyldighet att i övrigt bistå och hjälpa vårdbehövande föräldrar skall tas bort". Tidigare kunde barn som hade underhållsskyldighet gentemot gamla föräldrar kräva ersättning från sina syskon. Dessutom fanns lagrum som tillät fattigvården att från anhöriga kräva ersättning för kostnader som man haft för deras gamla föräldrar.

Nordiska jämförelser

Lagstiftningen i Sverige har vid jämförelse med andra länder sitt intresse i ett ideologiskt perspektiv på familjens roll. Danmark har t.ex. inte på åtminstone 300 år haft motsvarande lagreglering av skyldigheter mot gamla föräldrar. Ett försök gjordes att etablera en sådan lagfäst skyldighet på 1870-talet, men det avvisades. Barns skyldigheter mot gamla föräldrar kan ändå ha varit ett tydligt inslag i det allmänna rättsmedvetandet och haft sin tillämpning hos fattigvårdsnämnder och liknande, men då närmast bara i den kommun där de äldre hade sin "hemort". Det är svårt att avgöra om detta inneburit att danska familjer i historisk tid tagit sämre hand om sina gamla än i Sverige med dess lagstiftning. Inget tyder på skillnader från 1960-talet och senare. I Norge avskaffades underhållsskyldigheten med den nya Socialloven 1965. Begreppet "hemortsrätt" tycks för övrigt ha varit (vara) fastare förankrat i Norge och i Sverige än i Danmark, där det år 1991 infördes "flyttningsrätt" för boende på "plejehjem" och liknande.

Internationella jämförelser

På kontinenten är anhörigas underhållsskyldighet fortfarande i kraft. I franska pensionärstidskrifter marknadsförs t.ex. försäkringar som skall falla ut den dag man blir hjälpbehövande. Enligt reklamen skall man med gott samvete kunna umgås med sina barn utan att känna sig vara till last. Den spanska lagstiftningen är strikt och räknar noggrant upp vilka släktled som har underhålls-

skyldigheter. På litet längre avstånd finns det japanska systemet, där det förut funnits överensstämmelse mellan arvsrätt och underhållsskyldighet (främst åvilande äldste sonen, dvs. inte olikt det system som en gång fanns i Sverige). Det har på senare tid argumenterats för återinförande av detta i Japan. Kina lagstiftade nyligen om barns skyldighet att dra materiell och annan försorg om gamla föräldrar. Singapore har nyligen infört en motsvarande lagstiftning. Där har man dessutom infört en särskild domstol där ärenden med krav på barnen kan tas upp, av föräldrar eller av andra.

Det finns praktiskt taget ingen forskning som belyser olika aspekter på underhållsskyldighet gentemot gamla föräldrar i västvärlden. I Sverige finns vissa uppgifter från intervjuer med äldre personer om deras föräldrar och vem som tog hand om dem. Den i syskonskaran som skötte föräldrarna, erhöll ibland en större del av kvarlåtenskapen (Sundström 1988).

3.5.2 Äldre och deras närstående

Familjenätverket kring äldre har stärkts

Det förvånar många att familjenätet kring äldre faktiskt stärkts, inte försvagats, under senare tid. Det framgår vid jämförelser med förhållandena för femtio-hundra år sedan. Då var det proportionsvis färre äldre som var gifta. Betydligt fler i befolkningen förblev ogifta. Bland dem som någon gång varit gifta var det få som hade maka/make kvar i livet. Ganska många var också barnlösa. Att "alla hade så många barn förr" är en av våra mest slitstarka myter. Trots emigrationen på någon miljon människor skulle de allmänt omtalade stora barnaskarorna i så fall ha inneburit att Sveriges befolkning var många gånger större än den är idag. Många gifte sig sent och fick därför få barn. Dessutom var barnadödligheten stor. Särskilt detaljerad är vår kunskap om detta från 1935/36 års särskilda folkräkning, där medborgarnas barnantal m.m. inventerades ytterst noggrant.

År 1954 hade pensionärerna i allmänhet få barn. 22 procent saknade helt barn, 32 procent hade ett eller två barn och 22 procent hade tre eller fyra barn (SOU 1956:1). Majoriteten hade således högst två barn. År 1994 är andelen barnlösa lägre och få har bara ett enda barn. En annan aspekt av det tätande familjenätet är att så många (cirka 15-20 procent) nyblivna pensionärer fortfarande har förälder/rar i livet! Enligt danska studier har hela 40

procent föräldrar och/eller svärföräldrar i livet när de själva kommer i pensionsåldern.

Barnen är också till åren

Att som pensionär fortfarande ha föräldrar kvar i livet innebär samtidigt att många äldre som behöver hjälp och stöd har barn som också är till åren. Det beaktas inte alltid vid förslag och diskussioner om att barnen skall ta hand om sina gamla föräldrar. När effekterna av mönstren för äktenskapsbildning och barnafödande på 1940-50-talen slår igenom fullt ut (vigselåldrarna sjönk då dramatiskt) kommer detta att bli än tydligare. Samtidigt innebär det att allt fler har många generationer omkring sig: tre-, fyra- och t.o.m. femgenerationsfamiljer är inte längre ovanliga. Tidigare var det många som aldrig hann träffa far- och morföräldrar. Mer allmänt kan man konstatera att vi idag vid en viss ålder samtidigt har betydligt fler nära släktingar i livet jämfört med t.ex. år 1900. Detta har nyligen visats i amerikanska beräkningar som bekräftar tidigare studier både i USA och Sverige.

Många har anhöriga på nära avstånd

Förbluffande många äldre har ett eller flera barn boende inom rimligt avstånd eller t.o.m. mycket nära. Endast två procent bor tillsammans med barn, men ungefär en tiondel har barn i grannskapet och de flesta har dem på högst några mils avstånd. Inte heller äldre i glesbygd har sitt närmaste barn så mycket längre bort än andra äldre.

Jämfört med uppgifter från 1954 års undersökning, då äldres avstånd till sina barn blev noggrant kartlagda (SOU 1956:1), har inte avstånden ökat märkbart, även om något fler har det närmaste barnet mer än tio mil bort (cirka tio procent av personer med barn). Detta beror sannolikt främst på ökad social rörlighet, som i sig också medför geografisk rörlighet. Vi vet från amerikanska undersökningar att detta "godtas" av de gamla föräldrarna. Det är snarast en källa till stolthet, även om det också kan utgöra problem. Avståndet behöver inte alltid bero på barnens flyttningar utan kan också vara ett resultat av föräldrarnas livsmönster.

Det bör kanske påpekas i sammanhanget att de beskrivna mönstren kan se annorlunda ut från barnens horisont. Personer i 40-50-årsåldern har genomsnittligt sina föräldrar längre bort än

vad som här beskrivits. Detta är en enkel matematisk sanning som följer av att barnen "sprids ut", men tillåter oss inte att dra några slutsatser om föräldrarnas situation.

Stort umgänge mellan generationerna

Mot bakgrund av denna relativa geografiska närhet är det kanske inte förvånande att umgänget är stort mellan generationerna. Jämförbara uppgifter från år 1954 och framåt visar att de personliga kontakterna ökat i omfattning bl.a. på grund av förbättrade kommunikationer och ny teknik. En av allt att döma minskande andel äldre är socialt isolerad, cirka fyra procent av samtliga personer 65 - 84 år (SCB 1993). Frågor om subjektiv ensamhet ger samma intryck. Jämförelser med andra länder visar att svenska äldre upplever sig vara mindre ensamma än andra äldre (SOU 1993:111).

Tvärsnittsundersökningar visar att många äldre och av allt att döma en växande andel, har omfattande kontakter med vänner och grannar. Många är aktiva i föreningar, studiecirklar osv. Samtidigt som detta är sant är det viktigt att konstatera att de som blir mycket gamla ofta förlorar många av dessa förankringar. Longitudinella studier visar att många så småningom drabbas av ensamhet och isolering. Det finns också skillnader i kontakter och nätverk som hänger samman med ekonomiska faktorer enligt den tidigare refererade undersökningen i Stockholm 1997 (S-E. Wånell m.fl.).

Många äldre bor kvar i sin uppväxtort

Det är också av betydelse att beskriva var äldre personer har sina rötter. Tidigare studier har påvisat att svenskar i allmänhet inte bor långt från sin uppväxtort, om de alls flyttat bort från den (Sundström 1980). Vid granskning av äldres nuvarande situation framträder ungefär samma mönster. Dagens äldre tycks inte vara mer "rotlösa" än gårdagens, att döma av tidsseriedata från åren 1968, 1974, 1981 och 1991. 31 procent i åldern 65-74 år bor kvar på uppväxtorten. Nästan hälften bor där eller högst någon mil "hemifrån", två tredjedelar har högst fem mil till sin uppväxtort. Jämfört med mönstret år 1968 har avstånden ökat något. Det beror på situationen för invandrare med långa avstånd till sina föde-

lseeorter, vilket något förskjuter procenttalen (bearbetningar av Levnadsnivåundersökningarna, Olle Lundberg, SOFI).

Kvinnor bor mer sällan än män kvar i själva uppväxtorten, något som sannolikt har med val av äktenskapspartner att göra. I allmänhet har de dock inte flyttat mer än några mil bort. Det förekommer visserligen att man ibland som äldre flyttar tillbaka till den plats som man en gång kom ifrån. De flesta förblir dock på den ort där de bor när de pensioneras. Svenska pensionärer är betydligt mindre benägna att flytta än t.ex. de franska pensionärerna. En undersökning i Paris visar att många flyttar ut i provinserna vid pensioneringen och ofta till "hemorten".

I ortsperspektiv kan man konstatera att många av dem som är äldre på en ort också är födda i trakten. Detta förhållande är något mindre uttalat i storstäder med stark inflyttning (Stockholm 60 - 65 procent) än i mindre orter (Dalby 70 procent); Samuelsson 1981 respektive Schéele, Sundström & Öberg 1993.

Sammanfattningsvis kan konstateras att äldre flyttar relativt sällan, även om rörligheten ökar något just runt pensionsåldern. De flesta flyttningar är korta - inom kommungränsen - och i de högsta åldrarna, 80 år och äldre, är flyttningar mycket ovanliga. Uppgifter om äldres flyttmönster redovisas närmare i mitt delbetänkande Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161).

Ytliga grannkontakter är relativt vanligt

Äldre personer bor ofta mycket lång tid i sina bostäder och de bor vanligen i "åldrade" områden. Det innebär att många äldre har jämnåriga omkring sig vilket borde gynna kontakten med grannar. Uppgifter i flera olika undersökningar tyder dock på att många äldre enbart har ytliga grannkontakter. Undersökningarna besvarar inte i vilken omfattning grannar ger vissa hjälpinsatser eller håller viss " uppsikt". Grannar kan ha stor betydelse enligt olika lokala undersökningar, men de engagerar sig inte i omfattande omsorgsuppgifter; sådant förbehålls familjen eller "samhället", dvs. kommun och landsting. Grannkontakterna förefaller inte ha ändrats nämnvärt sedan år 1954 (SOU 1956:1), när många av de äldre fortfarande bodde på landsbygden.

Familjen som vård- och omsorgsgivare

Familjen som omsorgsgivare betyder i praktiken omsorgsutbyte med hustrun/mannen eller barnen. Viktigast av dessa är partnern, makan/maken, därefter barnen, när dessa finns i närheten och själva är friska och "tillgängliga". Att döma av jämförbara riksundersökningar (Szebehely 1993) och lokala studier (Sundström 1996) har anhöriginsatserna ökat under 1980-90-talet. Det ligger nära till hands att koppla de ökade anhöriginsatserna till minskande offentliga insatser. Denna minskning har dock för det mesta inneburit att det blivit svårare att "komma in" i hemtjänstsystemet. Bland dem som väl fått hemtjänst gäller att när omsorgsbehoven efter hand ökar, så ökar också insatserna både från kommunen och från de anhöriga. Den större anhöriginsatsen idag jämfört med förr gäller kanske mest dem som idag inte alls använder den offentliga hjälpen eller gör det i mindre omfattning än i motsvarande situation för tio-femton år sedan (Ädelutvärderingen 1994:17).

Vad är informell omsorg och vård? Trots åtskilliga undersökningar går det inte att enkelt sammanfatta den kunskap som finns. Av allt att döma handlar stödet från anhöriga om allt från samvaro, att lyssna och ge känslomässigt stöd till insatser som avser vardagliga göromål i hushållet, omfattande omvårdnad samt vård i livets slutskede. Omsorgsgivarna är oftast maka/make eller barn (ofta en dotter), ensamma eller i kombination med hemtjänsten. Det är numera väl känt att närstående svarar för en stor del av den totala vården och omsorgen om bl.a. äldre personer i den ordinarie bostaden. Anhörigas insatser har betydligt mindre omfattning och är även av annan karaktär i särskilt boende.

Anhöriginsatser utförs ofta utan stöd av samhället

Ganska få (cirka 8 procent av den vuxna befolkningen) är engagerade i omsorgsuppgifter i något slag av frivilligorganisation eller intresseorganisation (t.ex. Röda Korset, PRO, SPF). Insatser från samfund och församlingar är en delvis förbisedd omsorg men tycks enligt flera uppgifter ha väsentlig betydelse. Det är dock ändå familjen som är den stora "frivilligorganisationen". Allt tyder på att svenskarna är omsorgsgivare i ungefär lika stor omfattning som i andra västländer (SOU 1993:82). Insatserna ges

ofta utan stöd av samhället. Det är bara en av hundra omsorgsgivare som har ersättning från kommunen för sina insatser.

Nästan en halv miljon män och något fler kvinnor kan beräknas vara anhöriga och omsorgsgivare i Sverige. Totalt är det (1995) 4000 personer som är anställda av kommunen som anhörigvårdare, vilket innebär att den enskilde officiellt har hemtjänst, och på vanligt sätt betalar en avgift. Ytterligare 7000 har anhörigbidrag, som närmast kan ses som en fortsättning på de gamla hemsjukvårdsbidragen.

Flera former av offentligt stöd till anhöriga som utför vård och omsorg har skurits ned efter hand. År 1970 fanns 18 500 anhörigvårdare, som då utgjorde 24 procent av all personal i hemtjänsten. En växande stödform till anhörigvårdare är närståendepenningen som drygt 6500 personer (år 1996) erhöll genom försäkringskassorna. Denna stödform har vuxit långsamt sedan introduktionen år 1989.

Främst kvinnor uppbär närståendepenning

Närståendepenningen är avsedd som stödform för dem som vårdar närstående vid svåra, ofta(st) livshotande, sjukdomar med vårdbehov av viss varaktighet. Av de cirka 100 000 som avlider årligen i Sverige kan kanske tjugo-trettio procent beräknas höra till en kategori där anhörighjälp är möjlig och lämplig. I det perspektivet är kanske ersättning till 7000 vårdare en inte alltför dålig behovstäckning. För att riktigt värdera detta behöver vi veta mer om hjälpbehov och sjukdomsförlopp vid livets slut. Tillgängliga undersökningar är bra men skulle behöva kompletteras i detta avseende (Rinell Hermansson 1990, Ädelutvärderingen 1995:9).

Med hjälp av specialtabuleringar av Riksförsäkringsverkets statistik över närståendepenningen år 1995 är det möjligt att ge en bild av dem som vårdar respektive tar emot vård. Det kan noteras att de flesta (3/4) av de berörda tillhör försäkringskassa i samma län. Det bekräftar de ofta korta geografiska avstånden mellan familjemedlemmar/närstående. Utnyttjande av närståendepenningen tycks vara ungefär lika (o)vanligt i alla län med hänsyn tagen till folkmängd/befolkningsstruktur.

I ungefär sex fall av tio handlar det om vård av föräldrar/svärföräldrar. Vårdaren är i 75 procent av dessa situationer en kvinna. Cirka tjugo procent avser vård av make/maka. Två tredjedelar är en kvinna som vårdar sin make. En mindre andel (cirka 3 procent) avser vård av vuxna barn. I de allra flesta fall rör det sig

om mycket nära familjerelationer. En undersökning i Jönköpings län ger en mera ingående beskrivning (Sundström och Hult, 1997).

3.6 Hälsa och funktionsförmåga hos äldre

3.6.1 Sambandet mellan ålder och funktionsförmåga

Det är inte alldeles självklart hur vi skall definiera ålderdom. Administrativt-utredningstekniskt är en kronologisk gränsdragning troligen den enda rimliga. Ur omsorgssynpunkt är åldersgruppen 65-75/79 år allt mindre intressant. Sedan mitten av 1980-talet har personer i dessa åldrar nästan "försvunnit" från socialtjänsten. Andelen med insatser i form av hemtjänst och särskilt boende är i dessa åldersgrupper mycket låg. Det föreföll rimligt att dra gränsen vid 80 år i de utredningar som gjordes på 1980-talet; idag skulle kanske 85-årsgränsen vara lämpligare.

Det kan te sig självklart att vid en definition av ålderdom ta hänsyn till hur vanligt det är med sjukdomar och funktionsnedsättningar samt hjälpbehov i en viss ålder. Detta ger av flera skäl inte en korrekt bild. Visserligen ökar prevalensen (procentandel i en viss ålder etc. som lider av en viss sjukdom eller har ett eller flera funktionshinder) ganska påtagligt efter ungefär 80 års ålder. Det ger ändå en otillräcklig bild av när åldrandet i den bemärkelsen egentligen inträder. Många har funktionsnedsättningar som de haft sedan tidig ålder eller fått som vuxna före pensionsåldern. Det förhåller sig också så att många fler än vad man kan ana av prevalenstalen hinner få funktionsnedsättningar och demenssjukdomar m.m. mellan två mätpunkter. De "syns inte" eftersom förhållandevis många av personerna också hinner avlida innan de skulle kommit att ingå i nästa prevalenstal, medan naturligtvis de (ännu) friska oftare lever kvar. Data som belyser detta på ett tillförlitligt sätt saknas även om det finns klara indikationer på att så är fallet, t.ex. vid demenssjukdomar (Zarit, Johansson & Malmberg 1995).

3.6.2 Sambandet mellan ohälsa, funktionsförmåga och klasstillhörighet

Det är känt att ohälsa och nedsatt funktionsförmåga av olika slag är vanligare bland äldre ur arbetarklassen, vilka också har kortare livslängd (Thorslund, Lundberg & Parker, 1993). Skillnaderna mellan könen skall också uppmärksammas. Männen dör tidigare och kanske mer "abrupt". Kvinnorna har oftare funktionsnedsättningar, men av mindre allvarlig karaktär och under längre tid.

I brist på bättre definitioner förefaller det rimligt att tills vidare hålla fast vid de traditionella uppdelningarna 65 år och äldre och 80 år och äldre. De har fördelen att medge jämförelser över tid och ofta också med andra länder, eftersom statistiken vanligen använder dessa avgränsningar.

Sambandet mellan ålder och funktionsförmåga har berörts ovan. Det är svårt eller omöjligt att fastställa en viss ålder då man blir fysiologiskt "gammal". Det vore därför bra att också beakta risker för olika sjukdomar snarare än att enbart presentera enkla, genomsnittliga procenttal (prevalenstal) för hur ofta olika sjukdomar, funktionsnedsättningar, fysiologiska värden etc. förekommer i befolkningen vid olika åldrar. Det senare kan ge en alltför förenklad och ytlig bild av vad åldrandet egentligen innebär för enskilda personer. Låga genomsnittstal för hur vanligt ett problem är i en viss åldersgrupp gäller ofta inte för de enskilda individerna och över tid.

Det framkommer att sammansatta problem är vanliga bland äldre, särskilt vid psykisk-intellektuell funktionsnedsättning (demenssjukdomar och andra demensliknande tillstånd). En minoritet bland äldre personer (23 procent) har god funktionsförmåga i alla avseenden, en grupp har enbart svårigheter att på grund av sina sjukdomar/funktionsnedsättningar klara praktiska hushållsgöromål medan en majoritet (55 procent) har mer komplexa problem.

Studier visar att risken att få någon demenssjukdom under ålderdomen är väsentligt högre än man vanligen tror. Visserligen är det riktigt att endast 5 procent av personer 65 år och äldre har någon demenssjukdom, men nära 20 procent har drabbats redan i åldern mellan 67 år och 83 år. Enligt vissa beräkningar drabbas minst 25 procent av demenssjukdomar innan de avlider. Kanske är det lika många som drabbas av andra psykiska funktionsnedsättningar (Sundström m.fl. 1991). En annan studie har visat hur

prevalenstalen i olika åldrar (andel med en viss sjukdom) kraftigt underskattar risken. Överdödligheten bland de drabbade "håller ned" andelen med sjukdomen vid varje tidpunkt, vilket får oss att underskatta risken (Zarit, Johansson & Malmberg 1995).

Könsskillnader i förekomst av sjukdomar

I många undersökningar finner man högre förekomst (prevalens) av olika sjukdomar m.m. bland kvinnor än bland män, som trots detta avlider tidigare. Ett sätt att nalkas frågan är att fastställa hur "farlig" sjukdomen är. I den s.k. GENDER-undersökningen av svenska mäns och kvinnors åldrande fann man att män mer sällan fick flera olika sjukdomar. Däremot drabbas äldre män oftare av livshotande eller direkt dödande sjukdomar (Gould 1997). Under senare år har de olika förutsättningarna i bl.a. arbetslivet betraktats som en av flera anledningar till olikheter i mäns och kvinnors sjuklighet (SoS 1997:18).

Flera funktionsnedsättningar

Beräkningar i en longitudinell studie visar att förekomsten av flera samtidiga funktionshinder är hög i de övre åldersgrupperna, 62 procent till 77 procent. Vid sista undersökningen eller före dödsfallet dessförinnan är andelen 83 procent. Således kan högst 17 procent räkna med att få gå bort utan att ha drabbats av flera funktionsnedsättningar; troligen ligger andelen närmare en tiondel. Detta skulle ungefär stämma med uppgifter i en lokal undersökning, där det konstateras att cirka tio procent avlider utan mer påtagliga nedsättningar dessförinnan (Rinell Hermansson 1990). Materialet tyder på att de flesta tillstånden hade relativt kort varaktighet.

I en totalundersökning av alla äldre som avled under ett år i Malmöhus läns landsting använde många personer bara ett fåtal insatser från sjukvården och 5 procent använde inga alls (Ädelutvärderingen 1995:9). I hela befolkningen har cirka en tredjedel ingen kontakt med sjukvården under ett år. Några drabbas alltså inte alls, medan andra gör det i hög grad. Tio procent av patienterna inom sjukvården beräknas använda mer än hälften av resurserna. Av dessa patienter är mer än hälften personer 65 år och äldre. Malmöundersökningen konstaterade också att tio pro-

cent av sjukvårdsresurserna går till vård under det sista levnadsåret.

Den s.k. H70-undersökningen i Göteborg kan också belysa frågan. Där har man följt 70-årsgrupper genom större delen av deras ålderdom och kompletterat med nya "kullar" av 70-åringar. Studierna har visat gradvisa men dramatiska förbättringar av äldres hälsa och funktionsförmåga. Om detta också gäller de allra äldsta är mer osäkert. Visserligen kan man se tendenser i den riktningen, särskilt i den senaste s.k. Äldre-ULF 1994. Metodiska skillnader mellan olika undersökningar manar dock till försiktighet vid tolkning av resultaten. Det är möjligt att de senaste mätningarna ger en alltför ljus bild av de allra äldstas hälsa (Ädelutvärderingen 1994:17 och Ädelutvärderingen 1996:6).

Av en rapport om levnadsvillkor för medlemmar inom De Handikappades Riksförbund, Sveriges Dövas Riksförbund och Synskadades Riksförbund (Handu, 1996) framgår att av synskadade äldre (65-84 år) uppger över 60 procent att de hade andra funktionshinder/hälsoproblem än synskadan, för döva var motsvarande uppgift 26 procent och för personer med rörelsehinder 50 procent.

Den väsentliga frågan är givetvis om det samlade vårdbehovet har komprimerats i tid eller kanske t.o.m. ökat till följd av större överlevnad även för de svårt sjuka. Om detta finns studier med helt motsatta resultat. Beräkningar i Folkhälsorapporten (1997) tyder visserligen på fler år med full hälsa, åtminstone för kvinnor, men den säkraste stånpunkten torde ännu vara att frågan är öppen.

3.7 Omsorg och vård

3.7.1 Vem använder den offentliga omsorgen och vården?

Tidigare, fram till 1950-talet, var vård och omsorg om äldre det samma som fattigvård. Fortfarande är det, som framgått tidigare, en påtaglig överrepresentation av kvinnor, fattiga kvinnor och fattiga kvinnor utan familj, som bor i särskilda boendeformer. I något mindre utsträckning gäller samma mönster också för hemtjänsten.

Det nya med den äldreomsorg som tog form på 1950-talet var att den skulle vara till för alla, dvs. för både fattiga och för miljonärer, som dåvarande socialminister Gustav Möller uttryckte sig

i en programförklaring år 1947. Detta förverkligades mest genom en drastisk ökning av tillgängligheten till äldreomsorg, främst inom hemtjänsten. Undersökningar på 1970-80-talen kunde inte finna några sociala skillnader i bruket av hemtjänst. Visserligen var arbetarklassen något överrepresenterad bland brukarna, men statistiska analyser visade att det enbart berodde på deras genomsnittligt större hjälpbehov.

Senare undersökningar har funnit att de högre socialskikten idag är överrepresenterade bland hemtjänstens brukare, särskilt om deras genomsnittligt bättre hälsa (jämfört med arbetarklassen) beaktas (Szebehely 1993, Sundström 1994). Det finns dock tecken på att kvinnor och sammanboende generellt missgynnas i tilldelning av hemtjänst (Szebehely a.a.). Som tidigare nämnts har troligen de som bor i särskilda boendeformer numera en mer jämlik social profil än längre tillbaka, även om våra data om detta är bristfälliga.

Det är en minoritet t.o.m. bland personer 90 år och äldre som använder hemtjänst. Skillnaden i andel män och kvinnor med hemtjänst är inte så stor och beror huvudsakligen på att männen oftare är gifta. Proportionsvis få gifta äldre svenskar använder hemtjänst jämfört med förhållandena i Danmark och Norge. Drygt 80 procent av hemtjänstens brukare är ensamboende, varav de flesta är kvinnor. Totalt använde 40 000 äldre män och 90 000 äldre kvinnor hemtjänst i december 1996, vilket är en nedgång med 7000 personer jämfört med året innan. Det skall påpekas att alla dessa uppgifter avser insatser i den ordinarie bostaden.

3.7.2 Prioriteringar av de mest omfattande behoven

Jämförelser över tid tyder inte på att sjukvården ransoneras hårdare, åtminstone inte om man går efter andel äldre som inom en viss tidsrymd varit inlagd på sjukhus. Det är kanske mer motiverat att tala om ransonering när det gäller den kommunala äldreomsorgen (Sundström 1997). I allt högre grad prioriteras personer med de mest omfattande behoven vilket betyder att omsorgen blivit allt mindre tillgänglig för personer med mindre uttalade behov. Hemtjänsten har alltmer blivit inriktad på vård- och omsorgsinsatser. Det innebär samtidigt att personer med s.k. "servicebehov" upptar allt mindre av hemtjänstens resurser. Allt mindre insatser avser hjälp med inköp, städning, matlagning och tvätt ("service"). Undersökningar av hemtjänstens brukare visar också att det har blivit allt svårare att "komma in" i systemet.

Tilldelningen är mer restriktiv och den enskilde får eller begär färre hjälptimmar vid en viss behovsnivå nu än i slutet av 1980-talet (Ädelutvärderingen 1994:7). I allmänhet avslås inte ansökningar om bistånd i form av hemtjänst, att döma av tillgängliga men ofullständiga studier. Det tycks snarare som om taxorna i sig avskräcker enskilda så att formella avslag inte behöver göras (Sundström 1996, Thulin 1996). Hemtjänstavgifterna är försumbara (0,5 procent av disponibla inkomsten) för pensionärsgruppen som helhet, men för dem som faktiskt använder hemtjänst - och som ofta har mycket låga inkomster - är avgifterna kännbara, drygt 5 procent av den disponibla inkomsten (beräknat på material från Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:6).

Som jämförelse kan nämnas att dansk hemhjälp har betydligt högre täckningsnivå än den svenska. Dubbelt så hög andel av de äldsta, personer 80 år och äldre, har hemhjälp i Danmark. Den är dessutom gratis. Det kan dock noteras att detta inte medfört att danska pensionärer är mer nöjda med hemhjälp, som i vissa avseenden håller lägre standard än den svenska. Att döma av en färsk utredning från danska socialdepartementet planeras nedskärningar eftersom hemhjälp anses vara alltför omfattande och behovsbedömningarna otillfredsställande (Tidningen Politiken 3 mars 1997). För den enskilde är inte timtilldelningen mer generös än i Sverige, snarare tvärtom. Norsk hemhjälp har något högre nivå än den svenska, men betydligt lägre genomsnittlig timinsats. Den är också mindre flexibel till sin karaktär (Daatland m.fl. 1997).

Det bör noteras att Sverige och Finland i ett internationellt perspektiv är ensamma om möjligheten för enskilda att överklaga biståndsbeslut till förvaltningsdomstolar. I Danmark och Norge har bristen på klagomöjligheter i detta avseende uppmärksamats. Det har nyligen införts en särskild klagonämnd i Danmark respektive möjlighet att klaga hos Fylkesmannen i Norge. Den enskilde var där tidigare hänvisad till att stämna sin kommun inför domstol, något som naturligtvis var mycket ovanligt. Möjligheten att överklaga används ytterst sällan av äldre i Sverige (Sundström och Cronholm 1991). I den nya danska Bistandsloven införs överklagningsrätt, men bara för personer under 67 år.

Den mer restriktiva fördelningen av hemtjänst och främst serviceinsatser medför enligt G. Sundström m.fl. risk för att hemtjänstens förebyggande funktion undergrävs och att fler äldre (och deras anhöriga) frestas söka sig till vård och omsorg i slutna former. Höjda taxor för hemtjänsten kan verka i samma riktning. Anhöriga och andra personer i äldres omgivning, samt i viss ut-

sträckning privat och köpt hjälp, "fyller ut" det som tidigare sannolikt skulle ha gjorts av hemtjänsten. Denna tyngdpunktsförskjutning av äldreomsorgen har egentligen aldrig diskuterats i Sverige. Officiellt gäller fortfarande samma riktlinjer som tidigare dvs. kvarboendepincipen. Men även när ansvariga myndigheter medvetet och energiskt satsar på hjälp och vård i hemmet kan dessa mål vara förbluffande svåra att förverkliga, på grund av tröghet i systemet, enligt en holländsk undersökning (Raak & Muur-Veeman 1996).

3.7.3 Stora lokala variationer

Ett tankeväckande drag hos den svenska äldreomsorgen är dess stora lokala variationer. Det är okänt och obeaktat av många och även bland de lokalt ansvariga. Den offentliga statistiken på området ger goda möjligheter till jämförelser (Socialtjänststatistik, Jämförelsetal för socialtjänsten 1992-1995, Vad kostar verksamheten i Din kommun 1992-1995). En analys över längre tid kräver mer arbete med grunddata. För föreliggande underlag har vissa bearbetningar gjorts på tidigare och senare uppgifter för hela den tidsperiod där data är tillgängliga dvs. för perioden 1965 - 1995. Denna period täcker i stort den moderna äldreomsorgens uppbyggnadsfas, dess kulmen och efter hand, nedskärning.

Uppgifter om alla äldre

År 1965 var skillnaderna stora mellan kommunerna, särskilt beträffande hemtjänsten. Under perioden fram till år 1975 skedde en ökning av alla former av omsorg om äldre i kommunerna. Mellan åren 1975 och 1985 ökade antalet särskilda boendeformer totalt i landet. Det var dock fortfarande stora variationer mellan kommunerna i utbyggnad av särskilt boende. För hemtjänstens del minskade under perioden olikheterna mellan kommunerna. Olikheterna avtog under åren 1985 till 1995 samtidigt som hemtjänstens nivå generellt minskade. De särskilda boendeformerna däremot minskade knappast alls under denna tidsperiod samtidigt som skillnaderna i utbyggnad mellan kommunerna blev allt mindre.

Något förenklat kan utvecklingen sammanfattas med att de senare årens nedskärningar i kommunerna framförallt har inneburit att olikheterna mellan kommunerna har minskat samtidigt som det skett en förskjutning av insatser till särskilt boende. Ut-

vecklingen i kommunerna har enligt G. Sundström (1997) inte följt de ideologiska principerna om satsning på främst vård och omsorg i den ordinarie bostaden. I ett första skede pågick en parallell utbyggnad av såväl hemtjänst som särskilt boende. Därefter har framförallt hemtjänsten minskat i omfattning. Utvecklingen av vård- och omsorgsinsatser i kommunerna har inte inneburit att hemtjänsten "ersatt" särskilt boende. (Det skall särskilt påpekas att uppgifterna justerats för serviceboende; de boende där räknas genomgående till särskilt boende och medtages inte bland personer med hemhjälp. Alla former av särskilt boende är medtagna i uppgifterna för alla år.)

Uppgifter om de allra äldsta

Det är av särskilt intresse att studera utvecklingen av vård och omsorg om de allra äldsta (personer 80 år och äldre). För denna åldersgrupp har under perioden 1985 till 1995, då nivån minskade generellt sett, de stora variationerna i hemtjänstinsatser minskat betydligt mellan kommunerna. Däremot kvarstår skillnaderna beträffande de särskilda boendeformerna. Omfattningen av insatser i form av särskilt boende har under perioden knappast minskat bland de allra äldsta. Däremot har hemtjänsten skurits ned avsevärt. Även om skillnaderna minskat så finns det fortfarande kommuner med påtagligt låga respektive höga värden. Det gäller särskilt för hemtjänsten. Spännvidden sträckte sig år 1996 för hela gruppen äldre (personer 65 år och äldre inkl. serviceboende) från 6 procent (Lidingö) till 26 procent (Strömsund). För de äldsta (personer 80 år och äldre, endast i ordinarie bostad) varierar nivån från 15 procent (Ekerö) till 51 procent (Malå).

Försök att statistiskt förklara variationerna i vård- och omsorgsnivå mellan kommunerna är föga framgångsrika. Liksom i tidigare analyser förblir det mesta oförklarat av faktorer som kommunal ekonomi, politisk inriktning m.m. Det kan också nämnas att stora skillnader kan förekomma inom enskilda kommuner. Tradition och "tilldelningskultur" tycks spela en viss roll.

3.7.4 Några slutsatser

Kostnaderna för den äldre befolkningen i stort och för den grupp äldre som får hjälp har bara svaga samband med omsorgens nivå. En slutsats är att det finns utrymme att hushålla bättre, dvs. ge

mer hjälp för givna resurser. En annan slutsats, som drogs av HSU 2000, är att det finns utrymme för besparingar. Med tanke på avgifternas ökade roll inom omsorgen är det intressant att Avgiftsutredningen (Socialstyrelsen 1996) konstaterade att det inte förelåg något samband mellan avgifternas nivå inom äldreomsorgen och kommunens ekonomi.

Endast geografiska faktorer har mera påtaglig betydelse, nu liksom år 1985. Kommuner i glesbygd och i norra Sverige tenderar att hålla en högre omsorgsnivå i alla avseenden. Historisk kontinuitet tycks vara en av de rimligare förklaringarna till dagens mönster. Detta är kanske inte så förvånande med tanke på betydelsen av de internationellt sett unikt självständiga nordiska kommunerna.

4 Bemötande i vård och omsorg och annan offentlig verksamhet

4.1 Inledning

Utredningen skall belysa bemötandet av äldre i vård, omsorg och annan offentlig verksamhet. Det är ett omfattande uppdrag. Beträffande den offentliga verksamheten har jag valt att beröra vissa områden som t.ex. generella attityder och tillgänglighet i samhället. Jag har även ansett, att satsningar på utbildning av personal inom vård och omsorg om äldre liksom långsiktiga strategier för bl.a. forskning i vidare bemärkelse är uttryck för samhällets, den offentliga verksamhetens, bemötande av den äldre befolkningen.

På grund av erfarenheter från min kartläggning har jag prioriterat förslag som rör äldre som har behov av vård- och omsorgsinsatser. Samtidigt finns många äldre som är aktiva och friska och som upplever att deras styrka och resurser i form av kunskaper och erfarenheter inte tas tillvara. De anser att äldre i vårt samhälle blir "bortdefinierade", oavsett om de har behov av vård och omsorg eller inte.

För vissa ter det sig självklart att ett sådant negativt bemötande av äldre hör samman med hela den aktuella samhällsutvecklingen och enligt dem en allmän brist på solidaritet som gäller många fler medborgare än äldre. Andra har en lika bestämd uppfattning om att äldre bemöts sämre just på grund av sin ålder. Deras mening har varit att en rollförlust - som att inte längre vara yrkesverksam eller "produktiv" - leder till andra rollförluster och ett nedvärderande förhållningssätt från en yngre omgivning.

Begrepp som åldersdiskriminering och marginalisering har återkommit i den allmänna samhällsdebatten för att beskriva hur äldre blir ställda åt sidan. Mot denna bakgrund har jag sett ett värde i att få en överblick över attityder till äldre i ett längre tidsperspektiv och i andra slags samhällen. Jag har uppdragit åt docent Lars Andersson (Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm) att göra en sådan studie och refererar inledningsvis kortfattat från den. (En rapport med omfattande nationella och internationella

referenser kommer senare att publiceras från Stiftelsen Äldrecentrum.)

4.2 Attityder till äldre och åldrande

Kluvenheten i inställningen till äldre och åldrande är enkelt uttryckt det typiska genom tiderna beroende på en rad samverkande faktorer som kan handla om samhällsförhållanden, fördelningen av sociala roller, skönhetsideal m.m. I en sammanfattning av den nämnda studien konstateras följande:

"Historiker har lite olika åsikter om vilken inverkan olika samhällstyper haft på bemötandet av äldre. Vad man är överens om, är att det aldrig funnits någon gyllene epok då äldre bemötts med värdighet oberoende av kön, ställning i samhället eller hälsotillstånd. Den ambivalens som kännetecknar inställningen till hög ålder har funnits med igenom årtusenden. Hög ålder representerar både visdom och skröplighet, respekt och förakt, prestige och lidande. Äldre har respekterats, förskjutits, ärats eller dödats allt efter omständigheterna."

När undersökningar visar att äldre i stort sett är rätt nöjda med hur de bemöts, sägs ofta att det beror på att de "underrapporterar missnöje". Det kan i viss mån vara sant. När jämförelser görs både långt tillbaka i tiden och med länder med andra samhällssystem (t.ex. i Eurobarometern, se utredningens direktiv, bil. 1) framträder dock systematiska skillnader till Sveriges och övriga Nordens fördel.

I studien kommenteras möjliga orsaker till de skillnader i bemötande som iakttagits mellan de nordiska länderna och andra länder i Europa: "Kan de bero på att välfärdssamhället är ett samhälle med trygga medborgare, där andra grupper av människor inte ses som konkurrenter eller kan det vara så att de fördomsfulla attityderna minskat tack vare att äldres makt och inflytande har beskurits? Som den kanske gjorts i högre grad här än på många andra håll. Den som är maktlös är ofarlig - han eller hon kan möjligen få medlidande istället." Tillgängliga data är några år gamla. I studien diskuteras tänkbara värderingsförskjutningar vid minskad trygghet och ökad osäkerhet i samhället. Frågan ställs om man då orkar vara generös och empatisk.

Vidare beskrivs den "ungdomsfixering" som tar sig många uttryck men som inte är ny. Ungdomsdyrkan förekom ymnigt t.ex. under renässansen. Att ungdom uppskattas betyder inte nödvändigtvis att motsatsen gäller, dvs. att ålderdom föraktas. Det

utbildas dock en gradering av vad som är värdefullt. Ungdomlighet börjar framhållas som en dygd redan i medelåldern. I den äldre ålderdomen är det associationer till barndomen som framhävs. "Barndomen i sig har en positiv laddning, liksom ungdomsåren, men det är betecknande att ålderdomen så starkt bedöms i relation till de tidigare perioderna - t.ex. kroppens form och funktion i förhållande till den ungdomliga. Ändå finns det företeelser som skulle kunna bilda grund för genuint positiva bilder av äldre, som t.ex. att de äldre kvinnorna utgör det kulturbärande skiktet i Sverige. Utan de äldre kvinnornas stöd och intresse skulle många teatrar och konsthallar få slå igen, verksamheter som bygger på insamlingar för välgörande ändamål skulle få svårigheter etc." (L. Andersson, 1997).

Rent allmänt förefaller dock inte yngre ha någon särskilt negativ inställning till äldre. I t.ex. en norsk undersökning ansåg de yngre att äldre har anledning att vara missnöjda med hur de bemöts. Även andra undersökningar visar att stödet för äldreomsorgen är mycket stort bland yngre.

I studien diskuteras emellertid en aktuell hotbild som understryks genom bruket av begrepp som äldrevåg, ålderschock etc. i samhällsdebatten. "Bilden av hur antalet äldre kommer att svämma över alla breddar till förfång för övriga medborgare har säkert etsat sig fast hos många, men utan att ha gett upphov till några påtagliga generationsmotsättningar. Men däremot är en grund lagd."

Varje samhällssektor måste vara vaksam inför yttringar av åldersdiskriminering (ålderism med en i studien använd term). Det gäller sjukvården och dess prioriteringar liksom synsätt på äldre inom äldreomsorgen. I arbetslivet finns många exempel på hur det anses mindre värt att satsa på äldre. Därtill kommer att skulden för att människor går arbetslösa lyfts över på den äldre arbetskraften. "Det finns ett tryck på de äldre att för de yngres skull ställa sina platser till förfogande" enligt studien.

Jag kan konstatera att denna mycket korta sammanfattning egentligen innehåller ett omfattande handlingsprogram mot tendenser till åldersdiskriminering. Som jag tidigare beskrivit krävs långsiktiga åtgärder, inte bara enstaka insatser under kort tid. Det behövs en klar uppfattning om att frågorna berör långt större områden än en viss "äldresektor" i samhället. Även om jag i mitt uppdrag har prioriterat frågor om bemötande i vård och omsorg så är dock min mening att ansvaret för att skapa bättre bemötande av äldre måste komma till uttryck inom många flera samhällssektorer.

En kraftfull och långsiktig prioritering av äldreomsorgen kan dock konkret motverka negativa attityder och frigöra krafter hos de äldre som känner sig ställda åt sidan och marginaliserade. Att måna om goda insatser för äldre är ett tydligt uttryck för värderingar som kan förebygga att diskriminerande tendenser får genomslag.

Jag anser också, att äldre själva måste delta i de processer som är nödvändiga för att förebygga åldersdiskriminering. Det är en av anledningarna till att jag föreslår en nationell forskningsstrategi med ett brett och tvärvetenskapligt angreppssätt utformad tillsammans med äldre och olika intresseorganisationer för att på flera sätt bearbeta attityder till äldre och åldrande.

4.3 Bemötande av äldre i vård och omsorg

4.3.1 Inledning

Somliga har ansett att Ädelreformen medfört en tydlig koncentration av resurser och utvecklingsarbete till de särskilda boendeformerna, vilket lett till viss stagnation i utvecklingen av insatser i den ordinarie bostaden. Andra företrädare för kommunernas vård och omsorg om äldre, bl.a. i de kommuner som övertagit ansvaret för hemsjukvården, menar däremot att det efter Ädelreformen skett en kraftig utveckling av stödet i den ordinarie bostaden.

Många äldre önskar bo kvar i sin invanda miljö så länge som möjligt. Upplevelse av otrygghet och sviktande hälsa är enligt flera undersökningar de främsta skälen till att äldre flyttar till en särskild boendeform. För att kvarboende skall vara en verklig möjlighet krävs insatser som utformas med hänsyn till den enskildes hela situation och med en beredskap att kunna tillgodose ökande behov av hjälp. På motsvarande sätt krävs individuella insatser som ger förutsättningar för att uppleva trygghet i en särskild boendeform.

Svenska Kommunförbundet framhåller (SOU 1996:163) att en strukturomvandling är angelägen inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Inslagen av olika former av dagvård, avlösning, eftervård och rehabilitering bör öka och kvaliteten i biståndsbedömning och vårdplanering utvecklas.

4.3.2 Trygghet i vård och omsorg

Mål för arbetet med äldre människor

I den förändrade socialtjänstlag som träder i kraft den 1 januari 1998 har införts en delvis ny målbestämmelse för socialtjänstens arbete med äldre människor. Den grundläggande inriktningen i nuvarande socialtjänstlag ligger fast men målbestämmelsen betonar tydligare vikten av att socialtjänsten i sitt arbete med äldre beaktar deras självbestämmande, integritet och trygghet. Regeringen har funnit skäl att särskilt betona och precisera målen om den enskildes självbestämmande och integritet. Jag anser att denna markering har betydelse för en önskad utveckling mot en mer individualiserad vård och omsorg om äldre. Självbestämmande och integritet måste värnas såväl i planering och i organisation av vård och omsorg som i mötet mellan den enskilde och personal.

Förutsättningar för upplevelse av trygghet

Rätten till en trygg vård och omsorg är grunden för allt vård- och omsorgsarbete. För att den enskilde skall kunna uppleva trygghet fordras att insatserna utformas flexibelt efter de individuella behoven. Det förutsätter att olika behov vägs samman och att en helhetssyn präglar bedömningen. Omsorgsfullt och professionellt utförda biståndsbedömningar och tydliga biståndsbeslut garanterar rättssäkerheten. Det skall klart framgå vilka insatser och vilken omfattning som beviljats. Den enskilde måste också vara väl informerad om biståndets mål, dvs. vad insatserna skall leda till, för att kunna bedöma överensstämmelsen mellan beslutade och genomförda insatser. Återkommande uppföljningar tillsammans med den enskilde ökar möjligheterna till individualisering i insatserna. Det är också ett sätt att stödja närstående när en persons ökande hjälpbehov medfört att de närstående svarar för större insatser än vad de och han/hon finner lämpligt.

Regeringen framhåller i propositionen till Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) respekten för den enskildes rätt att få bestämma över sin livssituation. Kommunerna bör sträva efter att fortsätta att öka valmöjligheterna genom ett varierat utbud av vård och omsorg. Inom ramen för ett biståndsbeslut bör

den enskilde, enligt min mening, ges ökat inflytande över valet av insatser för att de skall motsvara vanor, intressen och livssituation i övrigt. Som exempel på behovet kan nämnas att förtroendekommittén i Stockholm redovisat erfarenheter av äldres begränsade möjligheter att kunna flytta från en särskild boendeform till en annan trots att situationen kunnat innebära betydande olägenheter och långa resor för en åldrig hemmaboende make/maka som velat hålla kontakt med sin närstående genom regelbundna besök.

Trygghet förutsätter kontinuitet i vården och omsorgen. Kontaktnätskap som bygger på en ömsesidig god relation mellan den enskilde och personalen är ett sätt att förverkliga kontinuitet. Vardagsarbetet i både hemtjänst och särskilda boendeformer innehåller många andra situationer som kan visa samma strävan, exempelvis att avtalade tider hålls, att medarbetarna i ett arbetslag som ger hjälp till en enskild har god kontakt med varandra för att hjälp och stöd skall kunna utformas på det sätt som den enskilde önskar och behöver. Av betydelse för att insatserna skall fungera som en helhet för den enskilde är kontinuiteten i samverkan med andra former av stöd vid kvarboende, t.ex. dagverksamhet och korttidsboende. Samverkan innebär utbyte av information. För den enskildes trygghet är det väsentligt att han/hon och ev. närstående är delaktiga i informationsutbytet och att det sker med respekt för den enskildes uppfattning om innehållet. Både enskilda och närstående har till mig påtalat vikten av att kunna lita på att det som sagts i förtroende till viss personal inte blir "allmängods" i flera verksamheter.

Det måste vara väl känt för den enskilde och/eller närstående vart de skall vända sig med klagomål och för t.ex. omprövning av hjälpinsatsernas omfattning. De måste kunna lita på att synpunkter på innehållet i stödet och hjälpen blir väl mottagna, undersökta och beaktade.

Den enskilde och anhöriga måste också kunna lita på att vård- och omsorgsinsatserna ges av lyhörd, kunnig och kompetent personal. En helhetssyn på den enskildes behov och situation förutsätter inlevelse samt kunskap och kompetens inom flera områden, något som också påpekas av bl.a. Svenska Kommunalarbetsförbundet. Förbundet menar att arbetsorganisationen med fördel kan bygga på vårdlag där olika kompetenser ingår. Tillsammans och med god handledning kan personalen utgöra ett vårdlag som äger kunskaper och kompetens för att tillgodose mycket olika individuella behov. Det skapar också möjlighet till kompetensutveckling inom vårdlaget både inom hemtjänst och i en särskild boendeform.

Många har under utredningstiden förmedlat att det behövs återkommande inventeringar av personalens kunskaper och behov av nya kunskaper om bemötande av bl.a. personer med olika funktionshinder. I bilaga 5 redovisar jag en del av dessa synpunkter.

Jag har instämt i att ett yrkeskunnande i frågor om personer med funktionshinder är betydelsefullt men på många håll ett förbisett område. Det gäller inte minst äldre med psykiska eller fysiska funktionshinder. Det är min uppfattning att ett individualiserat bemötande i dessa situationer också kräver gedigna kunskaper om insatser för att undanröja handikappande omständigheter med personligt stöd, hjälpmedel och en allmänt god tillgänglighet. Jag vill särskilt uppmärksamma nödvändigheten av att skapa möjligheter till god kommunikation med äldre döva, dövblinda, synskadade, hörselskadade m.fl. som har funktionsnedsättningar vilka kräver kunskap och anpassningsåtgärder i omgivningen. Jag vill också understryka vikten av kunskaper om bemötande och stöd vid s.k. osynliga funktionshinder. Ett exempel är behov av särskilda krav vid hemtjänst till äldre personer med astma och allergier.

Kunskaper behöver även utvecklas beträffande äldre med invandrabakgrund. En individualiserad vård och omsorg om personer med invandrabakgrund förutsätter att kommunerna genom uppsökande verksamhet tar reda på önskemål och behov som hänför sig till språklig, kulturell och religiös bakgrund. Som framgår av rapporten *Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:76) finns enskilda och grupper som ser fördelar med särlösningar, dvs. insatser som t.ex. bygger på språklig gemenskap. Detta är dock inte ett genomgående önskemål. Vidare framgår av rapporten att det finns behov av att utveckla möjligheter att bättre ta tillvara flerspråkig kompetens hos personal. (Lokala inventeringar har för detta syfte gjorts inom både kommuner och landsting.) Utbildningsinslag som syftar till att skapa ett individuellt bemötande och motverka schablonmässiga uppfattningar bör stärkas. Det kräver också ett nära kunskapsutbyte med forskningen, där etnicitet, åldrande och hälsa håller på att utvecklas till ett nytt viktigt forskningsfält. (Socialmedicinsk tidskrift, 7-8, 1996).

Utvecklingen av vård och omsorg om äldre

Personer med alltmer omfattande vård- och omsorgsbehov får sina behov tillgodosedda antingen i den ordinarie bostaden eller i särskilda boendeformer. Vårdtiderna på sjukhusen blir allt kortare. Utvecklingen mot mer öppna vårdformer ställer ökande krav på kvalificerade insatser och omvårdnad i kommunernas äldreomsorg (SOU 1996:163). Minskningen av antalet platser inom såväl akutsjukvården som geriatriken samt de förkortade vårdtiderna utgör de mera framträdande effekterna av Ädelreformen, vilket delvis var syftet.

Socialstyrelsen framhåller i sin slutredovisning av Ädelutvärderingen (SoS 1996:2) bl.a. att utvecklingen inom äldreomsorgen måste 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 Ädelreformen, blivit mer differentierat och komplext samt förändras snabbt över tid.

Jag finner anledning att erinra om utgångspunkterna för Ädelreformen och att den tidigare tillämpade uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte ansågs ändamålsenlig. Äldres behov av service, vård och omsorg är sammansatta och skiftar över tid. Den enskildes behov av stöd och hjälp låter sig inte enkelt delas in i medicinska och sociala insatser. I propositionen till Ädelreformen (1990/91:14), Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. framhäver departementschefen att den medicinska och sociala kompetensen bör integreras genom att yrkesrollerna och arbetsorganisationen inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnas. Som skäl anförs att "det just är gränzonen mellan sociala och medicinska insatser som har förorsakat olägenheter såväl i det dagliga arbetet som i ledning och utveckling av verksamheten".

Flera äldre som tidigare skulle ha vårdats inom t.ex. internmedicinen och geriatriken bor och får sin vård i särskilda boendeformer. Många av dessa personer behöver medicinskt, tekniskt och omvårdnadsmissigt avancerade insatser. Ökade krav ställs på primärvården och den kommunala vården och omsorgen. Landstingens förändring av sjukvårdsstrukturen förväntas fortsätta under kommande år och berör alla delar av hälso- och sjukvården. Förutom fortsatta minskningar av antalet vårdplatser vid akut-sjukhusen förändras fördelningen av uppgifter mellan sjukhusen

samt mellan sjukhusen, den öppna specialistvården utanför sjukhus, primärvården och de särskilda boendeformerna i kommunerna. I förändringsarbetet ingår också ett mer flödesorienterat synsätt utifrån patientens perspektiv med betoning på vårdkedjor och vårdprogram (SOU 1997:163).

Enligt socialutskottets betänkande, med anledning av den offentliga utfrågningen i maj 1996, har det påtalats brister i de medicinska insatserna i äldreomsorgen, i synnerhet i det särskilda boendet (1996/97 SoU7). Vad som åsyftas är att läkarens roll, ansvar och funktion blivit alltmer perifer, vilket innebär försämrad medicinsk kvalitet. Socialutskottet anför att brister i läkarinsatser medför att de sjukvårdsinsatser, som övrig vårdpersonal svarar för, inte kan erbjudas med den trygghet och säkerhet som ett kontinuerligt läkarstöd innebär.

Sveriges läkarförbund har påtalat till utredningen att läkaren måste integreras i kommunernas vårdplanering, utbildning och stöd till vård- och omsorgspersonal. I bl.a. Sigtuna kommun har inrättats en till primärvården knuten specialistläkartjänst som geriatriker för de särskilda boendeformerna. Huvudsyftet med att tillföra specialistkompetens till särskilda boendeformer är att redan vid inflyttningen kunna erbjuda alla boende en geriatriker som patientansvarig läkare. Dessa läkarinsatser tillhandahålls utan kostnad för den enskilde. Enligt de hittillsvarande erfarenheterna har specialistmedverkan i vårdplaneringen medfört en kvalitetsvinst såväl för enskilda som anhöriga. Läkaren medverkar även i personalutbildning och handledning.

I yttranden över delbetänkandet och rapporten (SOU 1997:51, 52) har flera remissinstanser kommenterat primärvårdens ställning i vården och omsorgen om äldre. Bland annat anför Socialstyrelsens Jönköpingsenhet att primärvårdsläkarna inte har blivit delaktiga i den äldreomsorg som Ädelreformen innebär.

Socialstyrelsen framhåller (Social service, vård och omsorg, SoS, 1996) att hemtjänsten, som tidigare hade karaktären av service, nu allt mer präglas av personlig omsorg och tillsyn. Den successiva förskjutningen mot allt större inslag av sjukvårdsinsatser i hemmet innebär ökade krav på sjukvårdskompetens. Det har blivit allt vanligare att kommunerna ger vårdbiträdespersonalen fortbildning som motsvarar undersköterskekompetens. Socialstyrelsen konstaterar att kommunernas äldreomsorg blivit alltmer sjukvårdspräglad.

Cirka hälften av landets kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvården efter Ädelreformen. Det förekommer stora skillnader mellan kommunerna beträffande samordning och integre-

ring av social och medicinsk kompetens. I somliga kommuner har den sociala och medicinska kompetensen integrerats i gemensamma arbetslag medan socialtjänst och den kommunala hemsjukvården i andra kommuner arbetar i parallella organisationer.

Socialstyrelsen har i Ädelutvärderingen låtit genomföra studier (SoS, Ädelutvärderingen 1993:11, 1995:7, 1996:2, stencil 1994) om för- och nackdelar med en kommunaliserad hemsjukvård. 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 enligt Socialstyrelsen, att ett delat huvudmannaskap tenderar att ge negativa konsekvenser för kommunerna i form av ökade kostnader och bristande möjlighet att påverka verksamheten. För den enskilde kan det delade huvudmannaskapet innebära bristande samplanering av sociala och medicinska insatser, oklara ansvarsförhållanden samt frånvaro av helhetssyn.

Av studien framkommer vissa problem som 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 problem gäller att utvecklingen av hemsjukvården är eftersatt avseende mål, kvalitetsutveckling, kvalitetssäkring och brukarstudier. Dessutom anförs att det föreligger bristande samverkan vid planering på en övergripande nivå.

Många äldre, bl.a. pensionärsorganisationerna, har påtalat behovet av läkare i såväl hemsjukvård som i särskilda boendeformer. Man har framfört att bristen behöver undanröjas snarast och anser att en fast läkarkontakt också inverkar positivt på möjligheter till kontakt med andra specialister.

I utvärderingen av Rehab 300 projekt i Stockholms län (Stiftelsen Äldrecentrum 1997:8) framkommer från projektarbeten i länet att problem med gränsdragnings- och gråzonsproblematik mellan kommunens respektive landstingets ansvar för rehabilitering i många fall lett till att äldre, framförallt i den ordinarie bostaden, inte fått de rehabiliterande insatser de varit i behov av. Ett annat problem har varit oklarhet om primärvården eller kommunerna har ansvar för att handleda hemtjänstpersonal i rehabiliteringsarbetet. Flera handikapporganisationer har också uppmärksammat mig på brister i rehabiliteringsmöjligheter som, utöver andra negativa konsekvenser för den enskilde, även leder till större behov av hjälp. Man har betonat behovet av att dess-

utom få tillgång till specialkunskaper, t.ex. beträffande rehabilitering vid reumatiska sjukdomar hos äldre.

Utvecklingen av hemsjukvården i kommuner och landsting är inte dokumenterad genom någon samlad nationell statistik eller genom beskrivningar om utvecklingen av innehåll och uppgifter. Detta är enligt min mening en allvarlig brist.

Genom den kunskap som vunnits sedan Ädelreformen trädde i kraft år 1992 och inför den fortsatta utvecklingen ter det sig än mer angeläget att påskynda initiativ för att skapa samverkan och integrering mellan sociala och medicinska kompetensområden t.ex. i hemsjukvården. Min uppfattning är att en sådan utveckling är till fördel för enskilda äldre men också för kunskapsuppbyggnad och metodutveckling i frågor som berör äldres sammansatta behov av vård och omsorg.

Dagverksamhet, korttidsvård, rehabilitering m.m.

Innehåll och inriktning

Kommunerna bör enligt 10 § SoL genom dagverksamheter underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra. Dagverksamheter innefattar (prop. 1990/91:14) dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering samt sådana verksamheter vilka bedriver somatisk dagsjukvård med ett lokalt upptagningsområde och är knutna till verksamheter som fördes över i samband med Ädelreformen (vanligen de lokala sjukhemmen).

Korttidsvård är ett tidsbegränsat boende förenat med rehabiliterings- och omvårdnadsinsatser och syftar även till att avlösa anhöriga i vården och omsorgen av närstående. Verksamheten är ofta förlagd till särskilda boendeformer. Korttidsvård kan utgöra egna enheter inom den särskilda boendeformen med egen avdelad personal och med ett målmedvetet och strukturerat innehåll. Den kan också bedrivas integrerad i enheter där övriga personer bor permanent. Korttidsvård är som regel en biståndsbedömd insats.

Jag har erfarit att också dagverksamheter för äldre har skiftande innehåll och inriktning. Verksamheterna kan vara allmänt inriktade med syfte att stimulera till gemenskap och sysselsättning. De riktar sig i dessa fall inte till någon speciell målgrupp utan är vanligtvis öppna för alla äldre. Den allmänt och socialt inriktade dagverksamheten är inte en individuellt bedömd biståndsinsats. Dagverksamhet bedrivs också med en mer individualiserad in-

riktning och med betydande rehabiliterings- och behandlingsinslag. I dessa fall har verksamheten som regel en uttalad målsättning att ge stöd, behandling och träning till vissa målgrupper, t.ex. personer med demens och personer med funktionsnedsättningar efter stroke m.m, varav flertalet kommer via remiss eller biståndsbeslut. Korttidsvård och dagverksamhet med ett individuellt anpassat stöd kan sålunda ha såväl social som medicinsk inriktning. Det innebär att bestämmelserna i både SoL och HSL kan vara tillämpliga.

Socialstyrelsen framhåller att det saknas statistiskt underlag för beskrivningar av utvecklingen av dagverksamheter, korttidsboende och andra verksamheter som är väsentliga inslag i stödet för ett tryggt kvarboende. Ett problem är svårigheten att särskilja olika typer av dagverksamheter. Enligt uppgift från Socialstyrelsen ingår från och med år 1998 information om dagverksamhet och korttidsvård i den nationella verksamhetsstatistiken. Socialstyrelsen begär från och med år 1998 i uppgiftsinsamlingen från kommunerna information om antal personer (fördelade på ålder och kön) som under året varit beviljade korttidsvård i särskilda boendeformer som bistånd enligt 6 § SoL. Kommunerna skall även redovisa antal beviljade boendedygn i korttidsvård. På motsvarande sätt tillfrågas kommunerna om antal personer som under året varit beviljade dagverksamhet för personer i särskilda boendeformer som bistånd enligt 6 § SoL. Information skall även lämnas om antalet närvarodagar i dagverksamhet.

Uppgiftsinsamlingen kommer att ge en bättre samlad kunskap om verksamheternas omfattning. Däremot kvarstår den redovisade bristen beträffande kunskap om utveckling, innehåll och uppgifter i dagverksamheter och korttidsvård. En samlad analys av utvecklingen av dagverksamhet och korttidsvård är angelägen, särskilt med tanke på verksamheternas stora betydelse för att stärka ett tryggt kvarboende. Jag anser därför att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att närmare kartlägga, analysera och rapportera om verksamheternas utveckling efter Ädelreformen. Väsentligt är då också att kunna beskriva korttidsvårdens och dagverksamhetens funktion för att ge avlösning när anhöriga svarar för vården och omsorgen om närstående.

Den enskildes behov av insatser i form av dagverksamhet och korttidsvistelse har hittills som regel bedömts som bistånd enligt 6 § SoL. Jag anser att detta är en naturlig följd av att verksamheten är ett viktigt led i utformningen av ett individuellt stöd. Verksamheten är också begränsad i omfattning. Den enskildes rätt till dagverksamhet och korttidsvård bör enligt min mening även fort-

sättningsvis preciseras i lagstiftningen. Jag föreslår därför att den enskilde ges rätt till bistånd enligt 6 § SoL i form av dagverksamhet och korttidsvård.

De allt kortare vårdtiderna inom akutsjukvården och den geriatriska vården har alltmer aktualiserat behov av särskilda utredningsenheter i kommunerna för rehabilitering, bedömning och planering av vård- och omsorgsinsatser. Tillgång till kvalificerad träning (också i att använda hjälpmedel) och behandling är självfallet väsentlig för den enskilde men ger även bättre underlag för bedömning av fortsatta insatser. Även i detta avseende saknas samlad kunskap om bl.a. omfattning, innehåll, finansiering. Jag anser därför att ett uppdrag till Socialstyrelsen även bör omfatta en närmare kartläggning och analys av sådana särskilda utredningsenheter.

Avgifter för dagverksamheter och korttidsvård

Enligt Svenska Kommunförbundets kartläggning av avgifter för vård och omsorg 1997 har majoriteten av kommunerna fastställt en avgift för dagverksamhet per dag. Vanligen inkluderas ett huvudmål och kaffe. För korttidsvård tar de flesta kommunerna ut en fastställd dygnsavgift som förutom boende, vård och omsorg vanligen också omfattar måltider. För den enskilde tillkommer kostnader för resor till dagverksamhet och korttidsboende. Det råder stora variationer i avgifterna. Avgifter för dagverksamhet varierar från att ingen avgift alls tas ut eller ingår i ordinarie taxa till en avgift på 103 kronor/dag. Avgifter för korttidsvård varierar mellan ingen avgift till att den enskilde betalar 200 kronor/dygn.

Jag anser, som tidigare framhållits, att stödet till kvarboende utgörs av stöd- och hjälpinsatser i den ordinarie bostaden tillsammans med stöd i form av dagverksamhet och korttidsvård. Avgifter för stöd till kvarboende i form av dagverksamhet och korttidsboende bör enligt min mening ingå i avgiften för insatser i den ordinarie bostaden, dvs. det bör inte vara särskilda avgifter för dagverksamhet och korttidsvård.

En särskild utredare har tillkallats (dir 1997:111) med uppgift att analysera olika aspekter av socialtjänstlagens begrepp "särskild boendeform" och föreslå förändringar som leder fram till en bättre samordning mellan författningar som inom olika samhällsorgan reglerar förhållanden i det särskilda boendet. Även vissa frågor om avgifter inom vård- och omsorgsområdet skall behandlas. Mitt utredningsuppdrag omfattar inte frågor om av-

gifter. Jag avser därför att ge tillkänna min ståndpunkt i frågan om avgifter till den särskilda utredaren med uppdrag enligt dir. 1997:111.

Vikten av förebyggande insatser

Genom att begreppet hälsa gradvis kommit att få en innebörd som omfattar mycket mera än strikt medicinska-biologiska förhållanden så måste också insatser som förebygger ohälsa beröra många flera områden. Psykologiska, sociala, ekonomiska och kulturella förhållanden beaktas i allt större utsträckning. (Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention, SBU-rapport nr 132/1997 samt SOU 1997:119, delbetänkande av HSU 2000). Detta gäller naturligtvis även äldre och oavsett boendeform.

Med en helhetssyn på enskilda och deras individuella behov är de förebyggande inslag jag nämner mycket självklara. Det är större anledning till förvåning att så många personer redovisat till mig att de själva eller deras närstående äldre inte kunnat få sina behov tillgodosedda eller ens beaktade på ett individuellt sätt. Jag har samlat några av dessa bemötandefrågor under ett antal rubriker som vid en första anblick kan te sig mycket avlägsna från varandra men som speglar begreppet helhetssyn:

- En personligt meningsfull dag

Ingen kan "utifrån" bestämma vad som av den enskilde betraktas som meningsfullt. Det visar bl.a. studier som gjorts för att undersöka upplevelser av ensamhet. Uppfattningarna om positiva och negativa valörer i ensamheten är högst skiftande. Flera - bl.a. den tidigare nämnda undersökningen av Äldres livsfrågor - uppmärksammar många äldres behov av eftertanke och tid för att reflektera över andliga och existentiella frågor. Man vill ha tid att summera sitt liv. Andra har helt annorlunda önskemål. De hänger också samman med den enskildes tidigare livsföring; det speglas bl.a. i forskning om livsberättelser (t.ex. i *Livet som berättelse*, Peter Öberg, avh. Sociologiska institutionen, Uppsala universitet, 1997).

Att se dessa olikheter och skapa förutsättningar för valfrihet är en väsentlig del i ett förebyggande arbete. Jag vill särskilt uppmärksamma vikten av tillgång till kultur. Utan att försöka definiera begreppet vill jag betona värdet av äldres möjligheter att efter

egna önskemål och förutsättningar kunna vara aktiva som publik eller utövare i olika skapande verksamheter, teater, idrott, musik, m.m. men också i t.ex. politiskt arbete. Intresseorganisationer och frivilliga organisationer utvecklar utifrån sina respektive värderingar i mycket stor omfattning verksamhet i denna riktning. Jag ser ändå behovet av att förutsättningar för egna val ökas bl.a. genom att attityder och tillgänglighet förbättras i samhället. Vidare anser jag att det finns behov av att hitta samverkansformer som ger ett gemensamt engagemang för olika slags mötesplatser, projekt och öppna dagverksamheter. Exempel finns bl.a. genom projekt med s.k. Framtidsverkstäder i Eskilstuna (rapport maj 1997, Cecilia Henning m.fl., Institutionen för beteendevetenskap och socialt arbete, Hälsohögskolan, Jönköping) och i det nära samarbete som under flera år och i flera projekt utvecklats i Sollentuna kommun och omfattar kommunen, landstingsverksamhet, pensionärsorganisationer, frivilliga organisationer m.fl.

- Tillgång till förebyggande hälsovård.

Det finns i dag en stor kunskap om förebyggande hälsovård; på många håll är det dock så, att äldres behov inte får tillräcklig uppmärksamhet. Jag har erfarit att det finns tendenser att betrakta psykiska och fysiska symtom som utslag av åldrandet, även när det föreligger sjukdom som kunnat förebyggas. Det är också nödvändigt att ha detta perspektiv i minnet när det gäller enskilda äldre med sjukdomar/funktionsnedsättningar som genom olika insatser kan hindras från att bli mera omfattande. Behovet av grundliga undersökningar med särskild sakkunskap om äldre och äldres behov behöver tillgodoses bättre liksom äldres tillgång till specialistinsatser för förebyggande insatser med utgångspunkt i vissa sjukdomar och/eller tillstånd. Det finns bl.a. behov av att stärka möjligheten att få utredningar om demens och om psykiska komplikationer i åldrandet.

Det förebyggande arbetet handlar i mycket hög grad om ett tvärfackligt lagarbete med olika kompetenser, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykologer, läkare, dietister m.fl. i nära samverkan med den enskilde och hans/hennes närstående och den personal som ger vård och omsorg i hemtjänst och i särskilda boendeformer. I detta sammanhang ser jag också rehabiliterande insatser som väsentliga för att inte bara kompensera funktionsförluster och ta tillvara den enskildes aktuella möjligheter utan också för att i ett längre perspektiv verka för hans/hennes välbe-

finnande. Behovet har bl.a. påtalats av handikapporganisationer som företräder personer med olika slags rörelsehinder; organisationerna har erfarenhet av att äldres tillgång till rehabiliterande insatser på många håll är eftersatt.

Jag vill särskilt också uppmärksamma den förebyggande tandvården. Under hand har jag erfarit att ett pågående statligt utredningsarbete genom sina förslag vill påverka möjligheterna för äldre att få tillgång till god tandvård. Det är en viktig fråga om bemötande.

- Tillgång till personliga hjälpmedel

Jag har tidigare uppehållit mig vid äldres behov att få tillgång till ny teknik. Detta får inte skymma det stora behov som föreligger av "vardagliga" hjälpmedel som stöd för ett självständigt liv och välbefinnande. Äldre och anhöriga har påtalat svårigheter när det gäller att få information om hjälpmedel, träning i att använda hjälpmedel och att få dem reparerade. Man har också påtalat att hjälpmedelsfrågorna borde få större uppmärksamhet i personalutbildningar och vid individuell behovsbedömning/planering. Dessa frågor har förutsättningar att tillföras ytterligare kunskap genom undersökningar som utförs inom ramen för Handikappinstitutets äldreprojekt. Jag ser tillgång till hjälpmedel och bostadsanpassning som stora och betydelsefulla inslag i ett förebyggande arbete och en väsentlig del i stödet för ett tryggt kvarboende. (I senare avsnitt har jag påtalat att hjälpmedelsfrågorna också måste uppmärksammas inom särskilda boendeformer).

- Serviceinsatser

Utvecklingen i kommunerna går mot att serviceinsatser - dvs. hjälp med olika hushållsgöromål som städning, tvätt, inköp etc. - beviljas allt mer restriktivt (Svenska Kommunförbundet, 1997). Under den senaste tioårsperioden har antalet personer som får vård och omsorg i den ordinarie bostaden totalt minskat med ungefär en tredjedel. Personer med behov av renodlade serviceinsatser svarar för en betydande del av denna minskning.

Det har blivit allt vanligare att kommunerna inför taxor som särskiljer avgifter för serviceinsatser från omvårdnadsavgiften. Timpriset för serviceinsatser varierar från cirka 50 kronor/timme upp till kommunernas beräknade bruttokostnad för att utföra ar-

betet (150 - 180 kronor/timme). I särskilda boendeformer förekommer ibland en obligatorisk basserviceavgift. Denna avgift avser att täcka kostnader för städning, tvätt m.m. Cirka en femtedel av kommunerna gör åtskillnad mellan omvårdnad och service i taxan för insatser i den ordinarie bostaden och i serviceboende. 12 procent av kommunerna gör motsvarande uppdelning av taxan i de övriga särskilda boendeformerna.

Socialstyrelsen har i en rikstäckande studie (Äldreuppdraget 97:2) studerat kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen. En av slutsatserna i studien är att förhållningssättet till sociala inslag i den ursprungliga "sociala hemtjänsten" (prop. 1979/80:1) håller på att förändras. De praktiska hjälpinsatserna håller på att utarmas på sitt sociala innehåll, t.ex. hjälp vid måltider och promenader och möjligheter att delta i inköp av matvaror, osv. Studien påvisar också brister i information bl.a. om rätten till individuell biståndsprövning, om möjligheten att överklaga biståndsbeslut och att begära inhibition. Socialstyrelsen konstaterar vid granskning av rättsfall att ekonomisk behovsprövning blivit allt vanligare, framförallt beträffande städning. Den rikstäckande studien tyder dock på att ekonomisk prövning vid bedömning av rätten till bistånd fortfarande utgör undantag och inte huvudregel. Kommunernas policydokument visar att verksamheten i flera avseenden är kringgärdad av restriktioner och lokala bestämmelser.

De beskrivna insatserna har mycket stor betydelse för att underlätta kvarboende. Hjälp med vissa praktiska hushållsgöromål är det stöd som den enskilde vanligen behöver före andra och mera omfattande insatser. En alltför restriktiv fördelning av serviceinsatser medför risk för att hemtjänstens *förebyggande funktion* urholkas. Höga avgifter kan också verka i denna riktning. Jag anser det betydelsefullt att fastslå kommunernas ansvar att tillgodose behov av serviceinsatser. Verksamheten bör enligt min mening även fortsättningsvis utgöra en viktig del av hemtjänsten. Stöd och hjälp i form av hemtjänst finns även som en rättighet enligt 6 f § SoL. Jag vill här uppmärksamma att kommunala regler och riktlinjer inte tar över den enskildes rätt till individuell prövning av rätten till hemtjänst och den därmed möjliga rätten att anföra besvär.

- Trygghetsavdelning

Den s.k. trygghetsavdelningen i Baerums kommun (nära Oslo) är enligt min mening också ett exempel på *förebyggande verksamhet* och ett mycket intressant komplement till andra insatser. Kommunen har inrättat "trygghetsplatser" som äldre under avgränsade tidsperioder kan nyttja på eget initiativ utan särskilda bedömningar eller krav. Trygghetsplatserna är avsedda att fungera som säkerhetsventil. Detta är i linje med kommunens kvalitetskrav att "det skall vara tryggt att bli gammal i Baerum".

Den enskilde kommer till avdelningen på eget initiativ i situationer när han/hon har svårt att klara sitt dagliga liv. Ingen får avvisas, däremot kan personer som lider av t.ex. allvarlig sjukdom hänvisas vidare till bl.a. sjukhus. Avdelningen har ansvar för att förmedla kontakt med övriga instanser i kommunen. Orsakerna till att man söker sig till avdelningen är många. Framförallt anger den enskilde skäl som ångest, smärta och depression. Trygghetsavdelningen skall kunna ge omedelbar hjälp i förebyggande syfte så att den enskilde snabbt skall kunna återvända till sin ordinarie miljö. Vistelsetiden på avdelningen är max. 14 dagar och den enskilde erlägger en avgift på 100 Nkr/dygnet (1996). Avdelningen har 17 platser.

Bemanningen är densamma som vid övriga sjukhem i kommunen dock med något högre sjuksköterskekompetens. Den högre kompetensen motiveras av kraven på att i akuta situationer kunna bedöma enskildas situation per telefon.

Verksamheten har pågått sedan år 1993. En utvärdering har genomförts för åren fram till 1995. Resultatet av utvärderingen visar bl.a. att verksamheten har väsentlig betydelse för att förebygga ohälsa hos äldre. Det gäller speciellt bland de allra äldsta. Trygghetsavdelningen är en katalysator i förhållande till övrig vård- och omsorgsverksamhet och har fungerat som säkerhetsventil för enskilda vid 581 tillfällen under de undersökta åren. Verksamheten ger social stimulans och har visat sig skapa nätverk bland brukarna.

Av intresse är uppgifter från utvärderingen som pekar på att trygghetsavdelningen används av äldre med mycket olika bakgrund. Det tycks emellertid vara så, även om det ännu inte är säkerställt, att bostadsmiljöns och omgivningens kvaliteter påverkar de skäl som enskilda anger då de söker sig till trygghetsav-

delningen. Man noterar (som i större svenska studier) att ensamhet upplevs på olika sätt.

Jag har erfarit att bl.a. Varbergs kommun har motsvarande försöksverksamhet. Jag anser att en verksamhet med denna inriktning kan utgöra ett mycket viktigt komplement till planerade insatser med ett långsiktigt syfte. Genom att ge stöd i akuta situationer på den enskildes egna villkor ökar förutsättningarna för honom/henne att bo kvar i sin ordinarie bostad. Enskilda känner trygghet i själva vetskapen om att det finns möjlighet till stöd och hjälp vid akuta behov.

4.3.3 Samverkan mellan huvudmännen stärker trygghet i vård och omsorg

För att trygga enskildas rätt att få en god och säker vård och omsorg krävs i många fall samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En grundläggande förutsättning för att denna samverkan skall fungera genom hela vårdkedjan är att den information som behövs för att planera den enskildes vård och omsorg finns tillgänglig och kan överföras mellan olika vårdgivare.

Socialstyrelsen har liksom huvudmännen uppmärksammat brister i informationsöverföring och i samordnad vårdplanering. I min kartläggning (SOU 1997:51) tydliggörs att synpunkter och klagomål i anmälningar till förtroendenämnder, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, tillsynsmyndigheterna m.fl. inte sällan avser brister i information, kommunikation och samordning av insatser mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. En generell uppfattning är att anmälningar som berör äldre personer är mer komplexa än andra anmälningar, delvis beroende på att flera olika vårdgivare är inblandade.

Socialutskottet konstaterar (1996/97 SoU7) att det inom främst hemsjukvården och på hjälpmedelsområdet men även beträffande rehabilitering fortfarande brister i samverkan, samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan huvudmännen

Socialstyrelsen utfärdade mot bakgrund av erfarenheterna föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32). Författningen trädde i kraft den 1 januari 1997.

Föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering

Föreskrifterna och de allmänna råden syftar till att skapa en struktur för informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdgivare i de fall kommunen kan få ett betalningsansvar enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, betalningsansvarslagen. De kan även tjäna som vägledning i andra fall där det är fråga om informationsöverföring mellan olika vårdgivare eller vårdnivåer. Det kan t.ex. gälla patienter som utan att ha behov av sociala insatser behöver ytterligare sjukvårds- och/eller rehabiliteringsinsatser eller annat stöd genom den öppna hälso- och sjukvården samt samordning av insatser för patienter med så korta vårdtider att något betalningsansvar aldrig blir aktuellt. Avsikten är att skapa förutsättningar för att det kommande överförandet till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården skall kunna ske på ett så smidigt sätt som möjligt och så att den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

Samordningen av insatser bör enligt författningen bestämmas i lokala handlingsprogram för den slutna vården och socialtjänsten/den öppna hälso- och sjukvården. På samma sätt bör initiativ tas för att få till stånd samordnad vårdplanering mellan socialtjänst och öppen hälso- och sjukvård. I de allmänna råden och föreskrifterna framhålls att socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården behöver förse den slutna vården med information om aktuella vård- och omsorgsinsatser i samband med att någon kommer in på sjukhus.

Författningen berör även vården i livets slutskede och betydelsen av att insatserna samordnas på bästa sätt för att tillförsäkra den enskilde ett tryggt och värdigt omhändertagande. Planering och samverkan av medicinska, psykologiska och sociala insatser bör ske utifrån en noggrant utarbetad, individuell vårdplan, i vilken den enskildes önskemål om vården utgör utgångspunkten. I de allmänna råden och föreskrifterna framhålls betydelsen av att huvudmännen utvecklar lokala vårdprogram för att vården i livets slutskede fortlöpande skall hålla en god kvalitet.

Författningen har varit i kraft mindre än ett år. Några systematiska och samlade utvärderingar finns ännu inte. Jag har därför låtit tillfråga Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter om vilka informationsinsatser som genomförts med anledning av före-

skrifterna och de allmänna råden samt om tillsynsenheternas erfarenheter av det arbete som pågår i kommuner och landsting. I korthet redovisas dessa erfarenheter.

De regionala tillsynsenheternas hittillsvarande erfarenheter

Förutom föreskrifterna och de allmänna råden om informationsöverföring och samordnad vårdplanering trädde även den nya tillsynslagen (1996:786/tillsynslagen) med tillhörande föreskrifter och allmänna råd i kraft den 1 januari 1997. Det föranledde de regionala tillsynsenheterna att genomföra samlade informationsinsatser riktade till kommuner, landsting och enskild verksamhet. Samtliga regionala tillsynsenheter konstaterar att föreskrifterna och de allmänna råden tagits emot med stort och positivt intresse av kommuner och landsting.

Den allmänna uppfattningen bland tillsynsenheterna är att kommuner och landsting håller på att ta fram rutiner för samordning av insatser, dock i varierande omfattning. På vissa håll arbetar kommuner och landsting gemensamt för att utforma samarbetet men det förekommer också att de arbetar med frågorna var för sig. Vanligast förekommande är att rutiner utvecklas för samordning mellan den slutna vården och socialtjänsten medan den öppna hälso- och sjukvården inte alltid finns med. Mindre vanliga är aktiviteter som syftar till samordning mellan socialtjänst och den öppna hälso- och sjukvården. Föreskrifterna och de allmänna råden har dock lyft fram primärvårdens roll och funktion vilket flera av tillsynsenheterna framhåller som mycket betydelsefullt.

De handlingsprogram som tas fram är inte alltid landstingstäckande. På många håll utarbetar landstinget tillsammans med en eller fler kommuner och/eller områden rutiner som sedan fungerar som modell för övriga områden i landstinget. Någon tillsynsenhet framhåller vikten av rutiner för informationsöverföring i samband med inskrivning i slutenvård. Om sådana rutiner fungerar, löper oftast informationsöverföringen väl vid hemskrivning från sjukhuset. De största bristerna finns, enligt en av enheterna, fortfarande vid utskrivning från akutsjukvården och i samordningen av vårdplaneringen i sådana situationer. Rutinerna vid utskrivning från geriatrisk vård fungerar mycket bättre.

På sina håll arbetar gemensamma arbetsgrupper både med rutiner för samverkan och med vårdprogram för vård i livets slutskede. De regionala tillsynsenheterna har dock vid mitt undersökningstillfälle (september 1997) ännu inte tagit del av några färdiga

program. För närvarande pågår inom Socialstyrelsen en uppföljning av vårdkedjor vid vård i livets slutskede.

Uppföljningen genomförs inom regeringsuppdraget att följa utvecklingen inom vården och omsorgen av äldre. I studien granskas informationsöverföringen mellan vårdnivåer avseende personer som avlidit i särskilt boende efter utskrivning från den slutna vården. Resultatet av studien redovisas i Socialstyrelsens delrapportering av regeringsuppdraget i november 1997.

Samtliga enheter anser att det är för tidigt att uttala sig om förändringar som kan relateras till de allmänna råden och föreskrifterna. Det finns vissa frågor som också behöver en mera ingående diskussion. Föreskriften om att "utskrivande läkare innan beslut om att en patient är medicinskt färdigbehandlad, skall ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget skall svara för inom den öppna hälso- och sjukvården är tillräcklig för patientens behov" väcker sådana diskussioner. Man menar att den slutna vården inte helt uppmärksammar primärvårdsläkarens ansvar för att göra en bedömning om den öppna vårdens möjligheter att kunna tillgodose enskildas behov. Den slutna vården förbiser enligt vissa tillsynsenheter att kontakta primärvården och tar direktkontakt med kommunens företrädare. Tillsynsenheterna anser att det mest positiva med föreskrifterna och de allmänna råden är att det medicinska ansvaret tydliggjorts. Kommunerna behöver dock bli än tydligare i vad som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. En av tillsynsenheterna har uppmärksammat riskerna med att föreskrifterna och de allmänna råden enbart behandlar informationsöverföringen för gruppen medicinskt färdigbehandlade. Uppfattningen är att det oftare uppstår brister i informationsöverföring avseende de personer som inte har så omfattande vård- och omsorgsbehov och som ännu inte har insatser från hemtjänsten.

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har som prioriterat område för sin verksamhetstillsyn år 1997 att granska informationsöverföringen mellan kommun, primärvård och slutna vård. Granskningen omfattar genomgång av patientjournaler och lokala styrdokument samt intervjuer med verksamhetsföreträdare. Syftet är (förutom att stödja en fortsatt kvalitetsutveckling) att bedöma om "rätt information når rätt person i rätt tid" så att den enskilde kan ges en trygg och säker vård vid byte av vårdnivå.

4.3.4 Åtgärder för att förhindra övergrepp mot äldre

Ytterligare en väsentlig trygghetsfråga gäller möjligheterna att förhindra och vidta åtgärder mot olika slags övergrepp mot äldre i deras ordinarie bostäder eller i särskilda boendeformer. Frågan har tidigare uppmärksammats genom studier av bl.a. Socialstyrelsen. Nyligen har även redovisats ett EU-projekt i samverkan mellan Spanien, Storbritannien och Sverige (Kalmar) för att belysa förekomst av övergrepp och insatser som motverkar dem. (Rapport, Abuse of older people in residential care, London 1997).

I svensk lagstiftning finns i princip ingen skyldighet att anmäla övergrepp mot vuxna människor till socialnämnden eller motsvarande social nämnd. Detta gäller också övergrepp som begås mot personer som får vård eller annat stöd från socialtjänsten eller anhöriga för att klara sitt dagliga liv.

Socialstyrelsen beslutade i april 1996 om allmänna råd om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:11(S)).

Socialstyrelsens rekommendationer

Socialstyrelsen rekommenderar kommunerna att införa sådana rutiner att var och en som arbetar inom vård och omsorg och som i sin yrkesverksamhet får kännedom om att personer, som får insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), utsätts för våld eller andra övergrepp av personal, anhöriga eller andra närstående, skall anmäla detta till den person eller enhet som utses att ta emot anmälningarna. Personen/enheten ansvarar för att frågan förs vidare till nämnden.

De allmänna råden gäller inte för händelser som inom den kommunala hälso- och sjukvården faller under bestämmelserna om Lex Maria i tillsynslagen.

Övergrepp förklaras i de allmänna råden som fysiskt våld, psykiska övergrepp som t.ex. hot, trakasserier och kränkningar, försummelse, t.ex. genom felaktig medicinering och bristande hygien, ekonomiska oegentligheter samt sexuella övergrepp.

Kommunerna bör enligt råden årligen lämna en redovisning till vederbörande länsstyrelse över de anmälningar om övergrepp

som begåtts av personal och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningarna. En sådan första redovisning kommer att äga rum vid årsskiftet 1997/98

Länsstyrelsernas erfarenheter

I september 1997 lät jag tillfråga samtliga länsstyrelser om deras hittillsvarande erfarenheter av de allmänna råden. Flertalet länsstyrelser har genom bl.a. skrivelser, cirkulär och vid konferenser informerat och gjort kommunerna uppmärksamma på innehållet i de allmänna råden och de krav som ställs.

För att förebygga, förhindra och uppmärksamma övergrepp är det viktigt att samtlig personal som arbetar inom vård och omsorg om äldre är informerad om de allmänna råden och de lokala rutiner som gäller för anmälningar om inträffade händelser. Av de uppgifter som utredningen inhämtat är det ännu inte möjligt att göra en samlad bedömning av informationsinsatserna riktade till anställda i vård och omsorg.

Några länsstyrelser arrangerade hösten 1996 seminarier med representanter för länets kommuner för information och diskussion om de allmänna råden och om handläggning av anmälningar om övergrepp. Vid dessa tillfällen utarbetades i flera län, gemensamt av länsstyrelserna och kommunerna, en mall för den årliga rapporteringen av övergrepp.

Länsstyrelsen i Örebro genomförde hösten 1996 en första uppföljning för att få en uppfattning om alla kommuner uppmärksammat råden och om kommunerna med anledning av råden tagit initiativ till åtgärder. Resultatet av denna uppföljning visade att vissa kommuner inte alls observerat råden. Uppföljningen upprepades ett halvår senare. Kommunerna hade då tagit till sig innehållet och flertalet kommuner hade utarbetat rutiner enligt den allmänna råden.

Länsstyrelsen på Gotland bildade hösten 1996 tillsammans med företrädare för vård och omsorg i kommunal och enskild verksamhet en arbetsgrupp för att gemensamt utarbeta övergripande rutiner för handläggning. Länsstyrelsen informerade bl.a. fackliga organisationer, kommunjurist, överförmyndare, polis, åklagare samt pensionärs- och handikappråd om de allmänna råden. Man utformade också ett material med vägledning om åtgärder bredvid de rutiner som bör gälla vid anmälan, bl.a. upplysningar om hur personal bör förfara vid misstanke om övergrepp, om arbetsrättsliga åtgärder, sekretessfrågor, förvaring av

handlingar, krisbearbetning samt uppgifter om hur övergrepp kan definieras och förebyggas. En checklista för utredning, blanketter för anmälan samt litteraturtips och gällande föreskrifter och allmänna råd kompletterar föredömligt materialet.

Flera länsstyrelser har i enkäter ställt frågor till kommunerna om vilka åtgärder som vidtagits/planeras med anledning av de allmänna råden. Drygt tvåtredjedelar av länsstyrelserna uppger att de undersökt hur kommunerna i länet utarbetat/håller på att utarbeta rutiner enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

I Blekinge län har kommunerna tillsammans med Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet och länsstyrelsen utarbetat ett formulär för rapportering av tillbud och skador. I detta ingår uppgifter om brister i bemötande och övergrepp. Det gemensamma formuläret används för rapportering av händelser och incidenter från såväl den kommunala hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Kommuner i länet har delegerat anmälningskyldigheten till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Rapportering sker såväl till länsstyrelsen som till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet eftersom gränsdragningen mellan de båda myndigheternas tillsyn anses vara "hårfin". Kommunerna i länet har aktivt informerat samtlig personal om gällande rutiner och riktlinjer. Även i andra län förekommer exempel på att ansvaret för anmälningskyldigheten delegerats till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Därigenom samordnas handläggning av anmälningar som avser incidenter och händelser inom såväl det medicinska som sociala området.

Tillsynsmyndigheternas hittillsvarande erfarenheter genom uppföljningar och andra kontakter med kommuner och landsting tyder på att det på många håll pågår ett betydelsefullt utvecklingsarbete. Informationsspridning och olika andra initiativ från tillsynsmyndigheterna har betydelse för uppmärksamheten lokalt. I nationellt perspektiv är det naturligtvis av stort intresse med rikstäckande uppföljningar av hur nya författningar tagits emot och integrerats i kommunernas och landstingens verksamhet. En sådan uppföljning har främst betydelse för bedömningar om åtgärderna varit tillräckliga för att åstadkomma en utveckling som innebär bättre kvalitet för den enskilde i vården och omsorgen.

4.4 Bemötandet i olika miljöer och i annan offentlig verksamhet

4.4.1 Bemötandet i särskilda boendeformer för äldre

Enligt mitt uppdrag (bil. 1) skall jag analysera i vad mån skillnader i utformningen av särskilda boendeformer har betydelse för bemötandet. Denna del av mitt uppdrag ger upphov till frågor om bemötande i ett vidare perspektiv, nämligen tillgängligheten i samhället.

Inledningsvis redovisar jag erfarenheter från en studie utförd på mitt uppdrag av docent Owe Åhlund, Lund, (1997).

Han beskriver i en rapport (1997) ett historiskt perspektiv på utvecklingen av särskilda boendeformer och konstaterar att fram till mitten av 1950-talet utgjorde institutionsliknande boendeformer samhällets huvudsakliga stöd till äldre. Det har funnits en slentrianmässig uppfattning om äldres behov vilket har resulterat i likformiga typlösningar av bostäder för äldre. Det behövs enligt studien bättre kunskapsunderlag om olika behov och förnyade planeringsprocesser för att bryta denna likriktning. Äldres egna uppfattningar och skiftande behov måste beaktas vid planering och utformning.

Intervjuer har genomförts i två kommuner med boende, anhöriga, personal och förtroendevalda. Resultaten är inte generaliseringsbara på grund av studiens begränsade omfattning. De kan dock leda vidare till ytterligare viktig forskning. Jag återger här några synpunkter som framkommit av studien.

De aspekter på bemötande som särskilt lyfts fram i intervjuerna är:

- enskildas möjligheter till självbestämmande
- enskildas rätt att bibehålla sin individualitet
- enskildas upplevelser av trygghet, säkerhet och kontinuitet.

Möjligheter till självbestämmande och inflytande har nära samband med flera olika omständigheter, bl.a. hälsa, upplevelse av den egna situationen och bemötandet från omgivningen. Den enskildes relation till personalen styr hur självbestämmandet och inflytandet utvecklas och är avgörande för hans/hennes upp-

levelse av trygghet, säkerhet och kontinuitet i boendet. Omfattningen av vård- och omsorgsbehoven tillsammans med den enskildes förmåga att uttrycka sig och göra sig hörd påverkar graden av självbestämmande.

Den enskildes rätt att behålla sin individualitet vid en flyttning till en särskild boendeform framhålls som särskilt betydelsefull. Rutiner som styr arbetet riskerar dock att begränsa möjligheterna till individualisering av vården och omsorgen. Uppfattningen att alla skall behandlas på samma sätt oavsett sina behov av stöd och sina önskemål är också ett hinder.

Anhöriga till de personer med demens som bor i gruppboendestäder har enligt denna studie genomgående en mycket positiv inställning till personalens bemötande av deras närstående. Det goda bemötandet i dessa gruppboendestäder anses ha samband med personalens specialkunskaper om bl.a. demenssjukdomar och ett målmedvetet arbetssätt.

Det har inte av studien framkommit några tydliga skillnader i bemötandet mellan de olika boendeformerna. Det är i stället innehållet i verksamheten tillsammans med den enskildes behov av vård och omsorg samt personalens arbetssituation som har betydelse. De synpunkter som pekar på vissa skillnader har främst samband med olikheter i vårdkultur. Sjukhusliknande miljöer och rutiner som observerats på t.ex. vissa sjukhem kan vara bidragande orsak till opersonligt bemötande.

Få undersökningar om bemötande

I samband med denna studie skedde en genomgång av internationell och nationell forskning om organiserade bostadsformer för äldre, utformning och bemötande. Huvudintresset var att se vilka ansatser som gjorts för att relatera utformningen till personalens bemötande av äldre och hur äldre låter sig bemötas. Ytterst få studier fanns redovisade även om flera undersökningar med andra utgångspunkter närmade sig ämnet. Dit hör bl.a. studier av bostadsformer för personer med demens, också utförda av Owe Åhlund med medarbetare. Kunskaper om bemötande av personer med demens och deras varierande stödbehov omsätts i krav på bostadens planering exempelvis i en studie av Lena Walberg-Ljungbeck (Institutionen för Byggnadsfunktionslära, Lund 1996). Där beskrivs särskilda krav som ökar livskvaliteten för enskilda och kan fördröja sjukdomsförloppet. Även personalens arbetssätt påverkas i gruppboendestäder med olika utformning. Vikten av över-

blickbara gemensamhetsutrymmen, möjligheter till avskildhet genom den egna lägenheten/rummet och en planlösning som stärker orienteringsförmågan uppmärksammas. Hygienutrymmen bör vara utformade så att ett ökande hjälpbehov skall kunna tillgodoses. Det gemensamma kökets sociala värde understryks. Närmiljön bör också vara lättillgänglig och "lättorienterad". Den skall kunna erbjuda stimulans och samtidigt säkerhet för personer som är i olika stadier av sin sjukdom. Sammantaget ger kraven en god bild av hur bostadsmiljön kan underlätta samspelet mellan enskilda, deras personal och anhöriga.

Närmiljöns betydelse

Närmiljöns betydelse för äldres vardagsliv och kontakter med andra har blivit belyst bl.a. i en rapport från Movium, sekretariatet för den yttre miljön, Sveriges lantbruksuniversitet, Alnarp. (Äldres liv och nära omgivning, M. Nordström - M. Gora, Stad & Land, nr 133:1995). Exempelen spänner från moderna former av kollektivhus för aktiva äldre till särskilda boendeformer för mycket gamla personer. Rapporten har som utgångspunkt de olika behoven hos äldre och möjligheterna att skapa förutsättningar i den fysiska miljön för ett personligt meningsfullt vardagsliv i närmiljön.

Jag delar rapportens uppfattning att äldres egen medverkan i planeringen av den fysiska miljön måste öka och finna praktiska former, något som också kan medverka till engagemang och samhörighet i en gemensam boendemiljö. (Prov på detta har jag i utredningsarbetet bl.a. fått från en särskild boendeform i Hjorted, Västervik.) Den aktuella rapporten relaterar bl.a. ett exempel från Alingsås: Parkförvaltningen organiserade där tillsammans med äldreomsorgen besök tillsammans med äldre i parker och i de äldres bostadsområden för att på plats höra vad som uppskattades och vilka förbättringar som borde göras. Diskussionerna gällde fysisk lättillgänglighet, bekväma platser för social samvaro, väntan och utsikt, säkerhet m.m. Rapporten pekar på att närmiljöns bekvämlighet och andra kvaliteter - också estetiska - inte uppmärksammats tillräckligt som ett sätt att skapa ett gott bemötande och gemenskap mellan boende i olika åldrar. En välplanerad närmiljö kan även ha mycket stor betydelse för att berika personalens samspel med äldre.

Institutioner?

Vid rådslagen under utredningsarbetet ifrågasatte deltagare bruket av bostadsbegreppet, exempelvis på äldre sjukhem och på sjukhem där äldre delar rum med flera. I remissvaren fanns reflexioner över anledningen till att äldre fortfarande och i så stor omfattning erbjuds särskilt boende i institutionsliknande former när betydande förändringar till småskaliga boendeformer ägt rum för andra, exempelvis för personer med psykiska störningar och personer med utvecklingsstörning. Trots tillkomsten av gruppbo-städer för personer med demens och trots ombyggnader av exempelvis sjukhem ansåg deltagare vid rådslagen att det föreligger behov av att inför framtiden och kommande generationers önskemål undersöka hur kollektiva bostadsformer påverkar äldre, anhöriga och personal. I första hand åsyftades sjukhemmen men också småskaliga kollektiva former som gruppbostäderna för personer med demens.

Beträffande gruppbostäderna uppmärksammades särskilt den problematik som ibland uppstår när enskildas sjukdomsförlopp går olika snabbt, dvs. när en eller flera befinner sig i livets slutskede samtidigt som någon som ännu inte är så präglad av sin sjukdom bor i samma gruppboende. Skall principen om kvarboende förverkligas till livets slut? Skall sjukhemmen i än högre grad än nu och under allt kortare tid för varje person ge vård i livets slutskede? Skall de därför vara sjukhusliknande? Tillsammans med frågor om köns- och klassammansättning bland dem som nu bor på sjukhem (noterade av G. Sundström, kap. 3) är detta vanliga frågor. De kopplas också till frågor om bemötande och principer om självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Jag kan konstatera att oavsett boendeform så är den djupaste kvaliteten att finna i förhållandet mellan den som ger hjälp och den som tar emot hjälpen. Boendeformens fysiska kvaliteter kan underlätta eller hindra utvecklingen av goda relationer mellan den äldre och personalen.

En omfattande forskning har visat väl belagda risker för liten eller ingen individualisering på institutioner när det gäller andra grupper t.ex. på vårdhem för personer med utvecklingsstörning. Personliga behov har inte blivit synliga, rutiner i den dagliga livsföringen har byggts på att alla skall behandlas enligt schema för måltider, hygien, dygnsvila osv. Detta har i sin tur, också hos personer med svår utvecklingsstörning, orsakat minskat välbefinnande och skapat "symtom" som felaktigt tolkats som ett inslag

i utvecklingsstörningen. Följder av ett torftigt dagsinnehåll, brådska från personalens sida och små möjligheter till samspel med personal och andra har medfört samma konsekvenser. I samband med flyttning till gruppboende, har man konstaterat bättre fysisk och psykisk hälsa, välbefinnande och större aktivitet. Personalen har plötsligt "upptäckt" personligheten bakom diagnosen.

På motsvarande sätt har studerats hur personalen känner sig mera synlig och får utrymme för egna idéer och egen erfarenhet när större vårdkollektiv förändras till mindre enheter. Samtidigt gäller också här att arbetsledning och personaldimensionering måste ge förutsättningar för eget ansvar och egna initiativ. I annat fall finns stor risk att den större institutionens regler och rutiner (t.ex. särskilda duschdagar) följer med till gruppboendet och att enskilda inte får något ökat inflytande över sin situation eller ett mera personligt bemötande.

Samtidigt med att enskilda och personalen blir mer synliga i mindre grupper, syns också svaga sidor i arbetssättet på ett tydligare sätt. De fanns också tidigare - vanligen i än större format - på vårdhemmet men kunde där försvinna i mängden av personer, rutiner och rymliga lokaler. Detta innebär att nya behov av handledning och andra tillskott av kunskaper måste beaktas för att åstadkomma en verklig förbättring. Andra ofta studerade resultat av flyttning till mindre enheter är ökad ömsesidig anhörigkontakt liksom kontakter med omgivande närmiljö med olika servicefunktioner.

En given slutsats i *dagsläget* är att försöka etablera arbetssätt, arbetsledarskap och personaldimensionering som på ett kunnigt sätt kan främja att äldre, oavsett sitt tillstånd och oavsett boendeform, kan bemötas individuellt med en medveten vård- och omsorgsfilosofi.

Jag har tagit del av flera goda exempel. Genom Demensförbundet har jag t.ex. fått kännedom om ett intressant internationellt projekt vid Stirling universitetet (Skottland). Det skall leda till att man från olika länder samlar kunskap om bl.a. bostads- och stödbehov som är gynnsamma för personer med olika slags demenssjukdomar. Jag har också fått erfara hur man inom vissa större verksamheter kan etablera en vårdfilosofi som i hög grad bygger på personalens delaktighet och fortlöpande intresse för att förbättra "i det lilla" inom den större verksamheten - i detta fall Stiftelsen Stora Sköndal/Stora Sköndals sjukhem.

För *framtiden* måste frågan om institutionerna och större kollektiva bostadsformer analyseras mera ingående och leda till vägval.

4.4.2 Bemötande "i annan offentlig verksamhet"

Inför den fortsatta utvecklingen av äldreomsorgen, en trygg vård och omsorg, anser jag det nödvändigt att också anlägga ett vidare perspektiv. Det handlar om en samhällsplanering som underlättar det dagliga livet och ökar livskvaliteten både för de äldre som vill och kan leva aktivt och utåtriktat och för dem som vill eller av hälsoskäl tvingas leva på annat sätt. En god tillgänglighet ökar möjligheterna till självbestämmande och delaktighet. En samhällsplanering som månar om tillgänglighetsskapande åtgärder vittnar om positiva attityder till äldre och deras rätt att efter sina intressen och förutsättningar leva ett självständigt liv. Det ställer krav på fysisk utformning av bostäder och bostadsanpassning samt hjälpmedel men också på t.ex. gatumiljöer, allmänna lokaler och kommunikationer. Andra viktiga områden rör tillgängligheten och tillgången till samhällsservice, kommersiell service (t.ex. affärslokaler), kultur samt information. Jag anser att frågorna hör samman med mitt uppdrag att också behandla bemötandet "i annan offentlig verksamhet". Att mera ingående studera tillgänglighetens förhållande till kvaliteter i bemötande är dock ett uppdrag till utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (kap. 1.4).

Tillgänglighet och livskvalitet

De allra flesta äldre bor i sina ordinarie bostäder, intill livets slut. I ökande omfattning ges också kvalificerad vård och omsorg i hemmet.

Bostadens liksom närmiljöns tillgänglighet och användbarhet är av mycket stor betydelse för enskilda, deras närstående och personal. Äldre använder ofta närmiljön mera än andra vuxna medborgare. Krav på god tillgänglighet gäller självfallet också särskilda boendeformer och deras närmiljöer.

Brister i tillgänglighet kan begränsa den enskildes initiativ, möjligheter till ett självständigt liv, och välbefinnande. De kan också innebära sådana praktiska olägenheter att anhöriga och personal upplever henne/honom som "ett besvärligt problem". Det kan ge upphov till dåligt bemötande, irritation, isolering och olycksfall - och även till en icke önskad flyttning från den egna bostaden till en särskild boendeform. När det gäller tillgänglighetsaspekter på äldre former av särskilt boende, i synnerhet sjukhemmen, har jag erfarit att den viktiga samverkan mellan en

generellt väl anpassad miljö och enskildas personliga hjälpmedel inte sällan är förbisedd. Detta utgör också en brist i personalens arbetsmiljö.

Tillgänglighet - för vem?

Den dagliga livsföringen skulle underlättas för många medborgare om krav på god tillgänglighet beaktades på ett bättre sätt: Personer med olika funktionshinder som de fått i tidig ålder och som kanske blir mera omfattande under åldrandet, personer som i sin ålderdom får funktionsnedsättningar som inte alltid är så omfattande men ändå hindrande, personer som får försämrad rörelseförmåga eller förmåga att orientera sig till följd av progredierande sjukdomar m.fl. - dessutom anhöriga och personal som är den äldres medhjälpare i den egna bostaden och i de särskilda boendeformerna. Det är en ansenlig mängd av befolkningen - och många flera i yngre åldrar kan räknas som intressenter.

Handikappolitiska Utredningsinstitutet (Handu) har undersökt levnadsvillkor för medlemmar inom De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) och Synskadades Riksförbund (SRF). Av en rapport (1996) framgår att behov av bostadsanpassning och hjälpmedel inte är tillräckligt tillgodosedda men också att en del äldre inte heller vet vart de skall vända sig för att få sådana insatser.

I en rapport från Handikappinstitutets framtidsgrupp (Leva och bo på äldre dagar, 1996) finns uppgifter om att var tredje person över 80 år använder käpp och att cirka 35-40 000 personer äldre behöver rullstol för att förflytta sig. En avhandling (Sonn, Göteborg, 1995) visade att drygt 20 procent av ett representativt urval av 76-åringar använde något förflyttningshjälpmedel utomhus. Av alla gravt synskadade/blinda är cirka 50 procent över 65 år. Tre av tio kvinnor och hälften av alla män cirka 80 år behöver något hörselhjälpmedel. Det konstateras också att antalet frakturer hos äldre kvinnor har ökat på grund av benskörhet, vilket utöver andra insatser kräver ett förebyggande arbete genom god miljö som stimulerar till fysisk rörlighet. Flera andra undersökningar ger ytterligare uppgifter om behov av anpassning av bostads- och närmiljö samt hjälpmedel.

Med de perspektiv som jag tidigare redovisat blir det alltmera betydelsefullt för enskilda, anhöriga och personal att förhållandet mellan en tillgänglig och bekväm miljö och välfungerande hjälp-

medel uppmärksammas. Behoven måste tillgodoses både som en del i individuell rehabilitering och i samhällsplanering.

Behov av åtgärder

I regeringens skrivelse 1996/97:120 om handikappolitik åberopas FN:s standardregler som Sverige initierat och ratificerat. Vidare, den resolution (97/C 12/01) som utfärdats av EU:s ministerråd (EGT nr C 12, 13.1 1997, s. 1) om delaktighet och jämlikhet för människor med funktionshinder (oavsett ålder) vilket fordrar god tillgänglighet i vid bemärkelse. Individuella service-, stöd- och vårdinsatser måste kombineras med åtgärder för att förbättra samhällsmiljön som helhet. Med tanke på den framtida utvecklingen av äldreomsorgen betraktar jag detta som en kärnfråga som måste få sin lösning genom väl genomtänkta strategier. Genom flera utredningar (Plan- och byggutredningen, (M 1992:03) Bostadspolitiska utredningen, (N 1995:01) Handikappombudsmannens uppföljningar m.fl.) finns en samlad kunskap inom området. Den finns i hög grad också inom intresseorganisationerna. Det senare avspeglas i många synpunkter som jag fått under utredningsarbetet bl.a. genom den särskilda referensgruppen med handikapporganisationerna. Man har bl.a. understrukit vikten av god tillgänglighet i ett folkhälsoperspektiv. Psykisk och fysisk hälsa vidmakthålls bättre om äldre efter sina önskemål och förutsättningar kan vara aktiva och behålla sociala kontakter och intressen.

Som del i min utredning av bemötandet av äldre "i annan offentlig verksamhet" har jag försökt att följa upp de intentioner för tillgänglighetsskapande åtgärder som omnämns i regeringens skrivelse (ovan). Jag har funnit att det finns behov av att på ett mera kraftfullt sätt uppmärksamma frågor om tillgänglighet i samhället både med tanke på äldre och andra grupper av medborgare. Samma uppfattning förs fram i remissvar till utredningen. Man påtalar bl.a. att tillgänglighetsfrågor måste belysas både i storstadens och glesbygdens perspektiv, att nya samverkansformer måste etableras med näringslivet och att möjligheter genom ny teknik måste uppmärksammas. Från kommunal nivå har jag fått del av vissa positiva exempel på tillgänglighetsskapande insatser. Jag anser dock att frågan borde få betydligt större nationell uppmärksamhet, t.ex. som ett inslag i äldreåret 1999 och som del i andra aktiva åtgärder som syftar till att främja ett gott bemötande av och positiva attityder till äldre i samhället. I ett sam-

hällsekoniskt perspektiv är det av intresse att skärskåda kostnader som på kort och lång sikt uppkommer när tillgängligheten inte uppmärksammas och blir föremål för genomtänkta satsningar. Det borde vara ett ökande intresse inför perspektivet att allt flera äldre ges omfattande vård och omsorg i hemmet. Ett annat väsentligt skäl är att allt flera äldre vill, kan och har rätt att delta aktivt i samhällslivet med sina kunskaper och erfarenheter, resurser som betydligt bättre borde tas tillvara i samhällsgemenskapen.

5 Personligt stöd

Inledning

Internationellt och nationellt pågår för närvarande många aktiviteter för att stärka enskildas ställning inom hälso- och sjukvården. Större projekt drivs bl.a. av WHO. I Sverige har Landstingsförbundet utfärdat en rekommendation om landstingens och medlemskommunernas arbete med att stärka patientens ställning (A 97:32). Där framgår bl.a. (genom en särskild studie av Institutet för hälsoekonomi i Lund) att varje landsting har minst ett pågående projekt med syfte att stärka patientens ställning. Nyligen har också HSU 2000 överlämnat ett delbetänkande, Patienten har rätt (SOU 1997:154) med åtgärder för att stärka patientens möjligheter att ställa krav på hälso- och sjukvårdens insatser. En viktig utgångspunkt är att patienten känner till sin rätt.

De försök med s.k. serviceavtal som avser kommunernas insatser och som påbörjats i ett antal kommuner har syftet att bl.a. stärka den enskildes möjligheter till inflytande vid kontakter med socialtjänsten (kap.7).

Intresseorganisationer som pensionärs- och handikapporganisationer bedriver ett fortlöpande arbete för att hävda enskilda medlemmars och respektive organisations intressen vid kontakter med bl.a. myndigheter. Organisationerna har en väl utvecklad informationsverksamhet för att upplysa sina medlemmar om rättigheter, insatser osv.

Trots dessa olika och viktiga åtgärder har jag funnit att enskilda äldre i många situationer kan behöva också andra former för stöd för att kunna göra sig hörda.

I valet av insatser som kan stödja den enskildes möjligheter till inflytande är det givetvis hans/hennes behov som skall vara styrande. För vissa äldre är det fullt tillräckligt att få råd och stöd genom egna initiativ i kontakt med anhöriga, andra närstående, intresseorganisationer och samhällsorgan. Med stigande ålder och avtagande krafter kan stödbehovet öka men för vissa fortfarande tillgodoses på ett informellt sätt som tidigare. Andra äldre har eller får gradvis funktionshinder och/eller sjukdomar som kraftigt

försvarar eller hindrar deras möjligheter att själva sköta vardagliga angelägenheter och bevaka sina rättigheter.

Vid utredningens hearings framfördes önskemål om att få uppmärksamheten riktad på de situationer - inte minst i särskilda boendeformer - då enskilda saknar närstående men kanske har en god man som sköter ekonomiska angelägenheter. Man framförde att enskilda kan behöva ytterligare hjälp för att bevaka sina intressen i vardagen. I detta kapitel beskriver jag olika möjligheter för att tillgodose behoven.

Inledningsvis görs en genomgång av den enskildes rättsliga ställning och olika möjligheter att kunna låta sig företrädas och biträdas av andra. Det finns naturligtvis en lång rad andra aspekter på enskildas ställning i vård och omsorg. Dit hör bl.a. frågor om information, kommunikation och samverkan mellan enskilda/anhöriga och vårdens och omsorgens företrädare. Tillsynsmyndigheterna har här en viktig roll för att bl.a. ge vägledning. Andra väsentliga insatser som kan öka enskildas möjligheter till inflytande är utbildningsinsatser för personal. Enligt min mening är det mycket betydelsefullt att inom olika utbildningar analysera begrepp som enskildas självbestämmande i förhållande till personalens roller och uppgifter.

5.1 Den enskildes rättsliga ställning

Grundläggande för den enskildes rättsliga ställning är principen att varje fysisk person, utan avseende på kön, ålder, ras eller religion, erkänns som ett rättssubjekt och har rättskapacitet.

Konsekvensen av att ha rättskapacitet är t.ex. att ett litet barn kan vara ägare till en fastighet. Men barnet kan naturligtvis inte själv sköta fastigheten. Från rättskapaciteten får man därför skilja den rättsliga handlingsförmågan, dvs. förmågan att själv sköta sina rättsliga angelägenheter.

Den som är underårig (som inte fyllt 18 år) har inte rättslig handlingsförmåga. Förr kunde man förklara den som uppnått myndig ålder för omyndig. Detta togs bort år 1989. Däremot finns möjligheter för myndiga personer som på grund av sitt hälsotillstånd har svårigheter att kunna sköta sina egna angelägenheter, att få en god man (eller en förvaltare) utsedd för sig.

En myndig person har alltså rättslig handlingsförmåga så länge han eller hon lever. Detta gäller oavsett hälsotillstånd eller var personen befinner sig. En person som t.ex. bor i en särskild boendeform har samma rättsliga handlingsförmåga som alla

andra. Vissa människor har dock svårigheter att kunna utöva den rättsliga handlingsförmågan. Den enskilde kan behöva någon som biträder honom/henne i olika ekonomiska och personliga angelägenheter.

Anhöriga har inte, oavsett hur nära de står personen, något i lag uttryckt ansvar för vård och omsorg om honom/henne. En anhörig har inte heller rätt att t.ex. "fatta beslut" på enskildas vägnar om flyttning till en särskild boendeform. Uppgifter från anhöriga kan dock naturligtvis spela stor roll vid en behovsbedömning i sådana fall som gäller t.ex. rätten till en bostad i en särskild boendeform eller rätten till andra insatser från socialtjänsten. Om den enskilde inte vill (något som kan framgå direkt eller indirekt) att uppgifter inhämtas från anhöriga måste detta respekteras.

Till skydd för en enskild med ett försvagat hälsotillstånd finns ett system som gör det möjligt att förklara en rättshandling som han/hon företagit som ogiltig (eller att rättshandlingen jämkas). Den reglering som här avses finns främst i lagen (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område (avtalslagen).

Som ett exempel på situationer där denna bestämmelse kan vara tillämplig kan nämnas en person med psykisk störning som går i borgen för någons skuld till annan person utan att förstå innebörden av handlingen. Ett annat exempel är då någon skaffar sig en fullmakt av en person att företräda honom/henne i ekonomiska angelägenheter och personen på grund av t.ex. ålderdomsvaghet inte har kunnat förstå innebörden av den fullmakt han gett. Handlingarna kan i sådana fall förklaras ogiltiga eller jämkas i något avseende.

Beträffande upprättande av testamente kan nämnas att ett testamente inte gäller om det har upprättats under påverkan av en psykisk störning (13 kap. 2 § ärvdabalken). Ett testamente är inte heller gällande om någon förmått den enskilde att upprätta det genom missbruk av hans oförstånd, viljesvaghet eller beroende ställning (3 § samma kapitel).

5.2 Personligt stöd genom ombud

Bestämmelser om möjlighet att anlita ombud finns på flera ställen i svensk lagstiftning. Det gäller t.ex. förvaltningslagen (1986:223), rättegångsbalken och den ovannämnda avtalslagen.

För socialtjänstområdet är förvaltningslagen av störst intresse. Det föreskrivs i 9 § (första stycket första meningen) att den som

för talan i ett ärende får anlita ombud eller biträde. Det finns inga särskilda bestämmelser om formen för den fullmakt som lämnas till ett ombud.

Verksamheten inom socialtjänsten är mångskiftande. Till stor del handlar det om att i enskilda ärenden pröva anspråk på stöd och hjälp. Här kan ombud anlitas med stöd av 9 § förvaltningslagen. En annan del av verksamheten handlar om att ge det stöd och den hjälp som den enskilde befunnits berättigad till. Här handlar det om att verkställa det beslut socialtjänsten kommit fram till och inte om ärendehandläggning. Rätten att anlita ombud enligt förvaltningslagen kan inte anses omfatta en sådan situation.

Det är inte ovanligt att man från socialtjänstens sida tillsammans med den enskilde går igenom vilket behov av stöd och hjälp som finns. Detta bör kunna ses som en ärendehandläggning och den enskilde bör ha rätt att anlita ombud eller biträde. Om däremot den enskilde genom fullmakt vill överlämna åt någon annan att svara för sig när det gäller utformning av vård och omsorg som han/hon får torde detta inte kunna anses giltigt. Däremot kan en fullmakt av detta slag, i den mån det nu förekommer sådana fullmakter, ha ett värde i sig genom att den enskilde ändå får anses ha uttalat ett förtroende för den som står som "ombud". En sådan fullmakt torde också ofta kunna tolkas så att den enskilde samtyckt till att socialtjänsten lämnar ut uppgifter till "ombudet". Fullmakten kan således vara av värde när det gäller att underlätta planeringen av omsorgen och vården av den enskilde.

Äldre personer som har svårigheter att kunna sköta sina ekonomiska angelägenheter kan lämna fullmakt för någon annan att hjälpa honom eller henne med dessa angelägenheter. Fullmakten kan utfärdas för att kvittera ut pensionsmedel och att sköta betalningar av räkningar el. dyl. via t.ex. bank- och postgiro. Det kan också handla om att för den enskildes räkning ta ut medel från bankkonto som tillhör honom/henne. Vanligtvis är fullmakten skriftlig.

5.3 God man och förvaltare

I 11 kap. föräldrabalken (FB) meddelas föreskrifter om god man och förvaltare. Nedan redogörs för föreskrifter som finns i detta kapitel. Det görs i framställningen endast paragrafhänvisningar och inte hänvisningar till kapitel (såvida inte det gäller andra kapitel) och föräldrabalk. De kommentarer som lämnas till be-

stämmelserna är hämtade ur kommentaren till föräldrabalken, Gösta Walin, 1996, s. 361-381.

5.3.1 God man

Förordnande av god man

En god man kan förordnas i många olika situationer. I flertalet fall som regleras gäller det av naturliga skäl en underårig person men det finns också föreskrifter om god man för myndiga personer.

I 4 § anförs inledningsvis att om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att *bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person*, skall tingsrätten, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne. Det framhålls i propositionen om god man och förvaltare (prop. 1987/88:124, s. 19) att om inte annat anges får uppdraget anses omfatta alla tre uppgifterna.

Departementschefen diskuterade i nämnda proposition, s. 19, frågan om förordnande av god man för att sörja för någons person. Han framhöll att om någon har fått en kontaktperson enligt socialtjänstlagen eller enligt omsorgslagen (denna lag har ersatts med lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller blivit intagen för vård på en institution e.d. blir behovet av personlig omvårdnad i stor utsträckning tillgodosett. Flera skäl talade ändå enligt departementschefen för att låta gode männen ha ett ansvar för huvudmannens person (huvudman är begreppet för den person som den gode mannen skall hjälpa). Det framhölls att det var svårt att dra en skarp gräns mellan sådant bistånd som gäller ekonomiska eller rättsliga angelägenheter och hjälp i mera personliga frågor. Även om den gode mannens huvudsakliga uppgift skulle vara att syssla med egendomsförvaltning, innebar det inte att han enbart skulle se till att egendomen behöll eller ökade sitt värde. Det var också en uppgift för honom att se till att huvudmannens medel används till dennes nytta. Bl.a. med hänsyn till detta måste den gode mannen ha god kännedom om huvudmannens personliga förhållanden. Vidare framhölls att det inte heller var avsikten med socialtjänst- och omsorgslagstiftningen att en kontaktperson skulle få sådana uppgifter att han helt kunde överta gode männens funktioner på det personliga området. Gode

män borde därför kunna förordnas för att sörja för huvudmannens person.

Det kan i detta sammanhang finnas anledning att återge vissa uttalanden om begreppet "sörja för person" i en handbok för god man eller förvaltare (Kerstin Fälldin, 1996). Det framhålls följande, (s. 29).

Sörja för person brukar också kallas för personlig omvårdnad, vilket i och för sig inte innebär att man som god man själv ska sköta om och vårda huvudmannen. Däremot innebär det att gode mannen ska se till att huvudmannen får en så bra vård och omsorg som möjligt. ... Det kan även innebära att kontakt knyts med Röda korsets besöksverksamhet, kyrkans diakonissor, att kontaktperson begärs etc. Gode mannen ska naturligtvis själv besöka sin huvudman och eventuell vårdpersonal för att hålla sig à jour med hur huvudmannen mår och har det i största allmänhet, vilket är en förutsättning för att kunna veta vilket det individuella behovet hos huvudmannen är.

Det framhålls vidare (s. 60) att gode mannen bör utöva den personliga omvårdnaden i nära samarbete med de anhöriga om sådana finns. Det är även nödvändigt att gode mannen samarbetar med kontaktperson utsedd enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Det anförs i kommentaren att rätten skall beakta möjligheten att den som behöver personlig omvårdnad kan få detta av anhöriga inom ramen för kommunens sociala verksamhet eller på sjukvårdsinrättning. Enligt kommentaren bör vidare prövas, om inte den enskildes rättsliga eller ekonomiska angelägenheter kan bli tillfredsställande skötta, t.ex. genom banks notariatsavdelning, advokat eller annan förtroendeman.

Enligt 4 § får god man som regel förordnas endast med den hjälpbehövandes samtycke. Denna regel har sin grund i att ett godmanskap formellt inte inverkar på huvudmannens rättsliga ställning. En god man bör således principiellt ses som ett biträde åt huvudmannen. Den gode mannen utgör en hjälp för den enskilda att kunna ta till vara de rättigheter han/ hon har.

Föreskrifterna innehåller även regler för det fallet att den enskildes tillstånd är sådant att han eller hon inte förmår ge uttryck för sin uppfattning om förordnande av god man. Första stycket i 4 § innehåller således också en regel om att godmanskap får förordnas utan den enskildes samtycke, om den enskildes tillstånd

hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. När den enskilde inte har lämnat sitt samtycke skall tingsrätten, innan den förordnar om godmanskap, inhämta läkarintyg eller annan likvärdig utredning om den enskildes hälsotillstånd (17 §).

Det finns även föreskrifter om vem som får ansöka om god man. Ansökan får göras inte bara av den enskilde själv utan även av dennes make, sambo och närmaste släktingar (15 §). I kommentaren till föräldrabalken anförs att med närstående avses främst bröstarvingar, föräldrar och syskon men även andra än släktingar kan komma i fråga.

Krav på god man

I 12 § föreskrivs att till god man skall utses en rättrådig, erfaren och i övrigt lämplig man eller kvinna.

I kommentaren anförs att vid val av god man gör sig olika synpunkter gällande beroende på det huvudsakliga syftet med förordnandet. Om den gode mannen främst skall sörja för huvudmannens person ligger det nära till hands att till uppdraget förordna en släkting till den hjälpbehövande eller en annan närstående person. Är det däremot fråga om mera krävande egendomsförvaltning eller bistånd i en rättslig angelägenhet av mera kvalificerat slag kan uppdraget behöva anförtros en ekonomiskt eller juridiskt kunnig person. Självfallet bör valet inte falla på en person som har intressen motsatta den hjälpbehövandes.

Den gode mannen skall inte bara så långt möjligt samråda med sin huvudman utan också i princip inhämta dennes samtycke till de rättshandlingar han vill företa för dennes räkning.

Vidare gäller att om den gode mannen inom ramen för förordnandet ingått en rättshandling som "sedvanligen företas för den dagliga hushållningen", skall samtycke från den som han företräder anses föreligga, om denne inte före rättshandlingen har gett uttryck för något annat (5 § andra stycket). I praktiken kan det innebära att mera löpande angelägenheter kan skötas av gode mannen utan att han behöver samråda med den enskilde.

En god man står under överförmyndarens tillsyn. Den gode mannen skall en gång om året avge en årsräkning om sin förvaltning. Det kan slutligen anges att det i 12 kap. 3 § FB föreskrivs att en god man omsorgsfullt skall fullgöra sina skyldigheter och alltid handla på det sätt som bäst gagnar den enskilde.

5.3.2 Förvaltare

En förvaltare kan sägas vara ett slags kvalificerad god man som har en mer eller mindre vidsträckt behörighet att företräda den som är över 18 år. En förvaltare bestämmer, till skillnad mot vad som gäller för god man, inom ramen för sitt uppdrag ensam över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget (9 § första stycket). En förvaltare handlar alltså på eget ansvar i huvudmannens intresse och för dennes räkning.

Som tidigare framhållits kan omständigheterna i vissa fall vara sådana att möjligheterna för en god man att få samtycke från sin huvudman är begränsade men gode mannen kan ändå inom ramen för uppdraget vidta åtgärder när det gäller mera vardagliga angelägenheter. Detta innebär att skillnaden mellan en förvaltares befogenheter och en god mans befogenheter inte alltid är tydlig.

I 7 § anges de grundläggande förutsättningarna för förordnande av förvaltare. Förvaltare kan utses om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande är ur stånd att vårda sig eller sin egendom och det inte är tillräckligt att god man förordnas eller att den enskilde får hjälp på något annat mindre ingripande sätt.

Förvaltaruppdraget skall anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde (7 § andra stycket).

5.4 Kontaktperson enligt socialtjänstlagen (1980:620)

Möjligheten att utse kontaktperson enligt socialtjänstlagen har nämnts under redogörelsen för förordnande av god man. Departementschefen förde vid 1988 års reform om godmanskap en diskussion om behovet av att god man förordnas för att sörja för någons person. Därvid hänvisades till möjligheterna att få en kontaktperson utsedd enligt socialtjänstlagen.

Reglerna om kontaktperson enligt socialtjänstlagen finns i 10 § tredje stycket. Där föreskrivs i första meningen att socialnämnden kan utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj med uppgift att hjälpa den enskilde och hans närmaste anhöriga i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till

det. Detta får anses som en del av den serviceskyldighet som socialtjänstlagen ger uttryck för.

Kontaktperson (enligt SoL) skall skiljas från "kontaktman/-kontaktmannaskap" i olika verksamheter. Det senare handlar om en arbetsmetod där en person i en personalgrupp får särskilda uppgifter/ansvar i förhållande till någon som t.ex. bor i särskilt boende. Kontaktmannaskapet skall ge förutsättningar för ett individualiserat bemötande.

5.5 Kontaktperson enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, är en rättighetslag till stöd för personer med omfattande funktionshinder. Personer som omfattas av lagen har rätt till olika former av insatser, oavsett sin ålder, med vissa undantag. En av stödinsatserna är kontaktperson. En sådan insats kan bl.a. ges till äldre personer som är svårt funktionshindrade och som omfattas av LSS.

Avsikten är att en kontaktperson enligt LSS skall vara ett icke professionellt stöd som ges av en människa med stort engagemang och intresse för andra människor. Något krav på yrkeskompetens finns inte. Kontaktpersonen kan också ge råd till eller vara förespråkare i olika situationer som inte är av så komplicerad natur att t.ex. god man eller juridisk expertis behöver anlitas.

5.6 Några andra former av personligt stöd

Psykiatriutredningen föreslog att de rättigheter som psykiskt störda skall ha enligt LSS kompletteras med en punkt som avser biträde av personligt ombud (SOU 1992:73). Ett personligt ombud skall enligt utredningen vara ett personligt stöd baserat på expertkunskap. Ett personligt ombud kan ge den enskilde en kvalificerad hjälp i form av samordning av de insatser som riktas till honom/henne. Stödet skall vara ett kommunalt ansvar.

Utredningen framhöll att samordning av insatser från olika samhällsorgan är ett av huvudsyftena med förslaget om personligt ombud. En viktig uppgift skulle därför bli att som ombud för den enskilde vara ett stöd i kontakter med olika organ och myndig-

heter. En annan huvuduppgift skulle bli att i samråd med exempelvis den psykiatriska öppenvården och försäkringskassan bedöma vilka insatser som är lämpliga vid varje tidpunkt. För att dessa uppgifter skall kunna genomföras krävs att stödet får en professionell prägel samtidigt som det måste vara baserat på personlig lämplighet.

Regeringen föreslog i propositionen 1993/94:218 om psykiskt stördas villkor att försöksverksamhet med personligt ombud för personer med långvarig och allvarlig psykisk störning skall bedrivas under en treårsperiod. För att stimulera metodutvecklingen, precisera innehållet i funktionen och främja utbildningen av personal skulle särskilda medel avsättas. Förslaget antogs av riksdagen. Försöksverksamheten, som bedrivs i nära samverkan med intresseorganisationer är ännu inte avslutad. Min bedömning är att resultatet av försöksverksamheten bör analyseras också i perspektivet av att det beskrivna stödet för samordning skulle kunna vara till fördel för vissa äldre.

Slutligen skall omnämnas ytterligare ett exempel på former för ett personligt stöd. I 30 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård anges att när en patient begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det. Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård. Stödpersonen utses av förtroendenämnd.

5.7 Socialtjänstkommitténs förslag om rätt till annat bistånd enligt 6 § socialtjänstlagen i form av personligt stöd

Socialtjänstkommittén föreslog i sitt delbetänkande Rätten till bistånd inom socialtjänsten (SOU 1993:30) bl.a. att rätten till annat bistånd skulle preciseras. Preciseringsen skulle göras i sju punkter. En av dessa punkter var rätt till annat bistånd i form av personligt stöd. Till denna kategori hänfördes enligt betänkandet bl.a. bistånd i form av kontaktperson/kontaktfamilj och stödfamilj (s. 255). Konsekvensen av förslaget var bl.a. att möjligheten att få en kontaktperson utsedd skulle göras till en tydlig rättighet.

Regeringen har i proposition 1996/97:124 lagt fram förslag till ändring i socialtjänstlagen. Propositionen grundar sig på de be

tänkanden, bl.a. det ovannämnda, som Socialtjänstkommittén lagt fram. Propositionen har antagits av riksdagen (bet. 1996/97:SoU18, rskr. 1996/97:264). Förslaget innebär en precisering av rätten till annat bistånd. I denna precisering finns personligt stöd inte med. Någon rätt till sådant stöd kommer således inte att finnas.

Detta kan vara en försämring gentemot tidigare. Den tidigare utformningen av rätten till annat bistånd var allmänt hållen och kunde ges den tolkningen att den omfattade rätt till bistånd i form av t.ex. kontaktperson.

Skillnaden mellan att få en kontaktperson enligt 10 § tredje stycket socialtjänstlagen eller att få rätt till kontaktperson enligt socialtjänstlagen är främst möjligheten att överklaga ett beslut om insatsen. I det förra fallet kan beslutet endast överklagas genom kommunalbesvär. Det innebär att endast lagligheten kan prövas. I det andra fallet kan domstolen ompröva beslutet i hela dess vidd och ev. sätta ett nytt beslut i det överklagades ställe.

5.8 Individuell plan

5.8.1 Inledning

Ytterligare en väg att stärka den enskildes ställning är genom en individuell plan över insatser som blivit beslutade eller planeras för att tillgodose hans/hennes behov.

Att tillsammans med den enskilde - och i förekommande fall någon som biträder honom/henne - upprätta en individuell plan är en process som dels förutsätter inflytande och delaktighet, dels skapar överblick över insatsernas form och innehåll. Den individuella planen blir som dokument en bekräftelse på en gemensam överenskommelse mellan den enskilde och de/dem som på socialtjänstens uppdrag svarar för att den begärda individuella planen upprättas.

Möjligheten att bli delaktig i en planering som rör den egna personen finns uttryckt i andra lagar. Föreskrifter om upprättande av sådana planer finns i 3 a § och 18 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen samt i 10 och 14 §§ lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

I följande avsnitt redogör jag för dessa regler och bakgrunden till dem. Jag redovisar också synpunkter på behov av individuell plan inom socialtjänstområdet. De har bl.a. framkommit vid ut-

redningens hearings och i yttranden över delbetänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51).

5.8.2 Individuell plan på hälso- och sjukvårdsområdet

Vad gäller landstingens hälso- och sjukvård föreskrivs i 3 a § tredje stycket HSL att rehabilitering eller rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel skall planeras i samverkan med den enskilde. Av planen skall planerade och beslutade insatser framgå. Motsvarande gäller för kommunernas hälso- och sjukvård. Detta framgår av 18 a § tredje stycket.

Bestämmelserna om individuell planering på landstingsnivå och kommunal nivå är också något annat än den skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att journalföra bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder som följer av 3 § andra stycket patientjournallagen (1985:562).

Syftet med bestämmelsen är att åstadkomma en samordning av de olika habiliterings-, rehabiliterings-, eller hjälpmedelsinsatser som den enskilde kan behöva. Ansvar är lagt på hälso- och sjukvårdshuvudmannen som sådan och inte på de enskilda yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården. Det anförts i förarbetena (prop. 1992/93:159, s. 200) att såväl rehabilitering som rehabilitering är målinriktade processer som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.

Den praktiska funktionen med planeringen är att skapa överblick över när och hur olika insatser samverkar samt vem som svarar för att de genomförs. Rehabilitering och rehabilitering innebär, liksom hjälpmedelsinsatser, att olika kompetensområden engageras. För att få avsedd kvalitet i insatserna är det av stort värde med en samordning med utgångspunkt i den enskildes behov.

5.8.3 Individuell plan enligt LSS

I 10 § föreskrivs att i samband med att insats enligt LSS beviljas kan den enskilde begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller lanstinget. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året

omprövas. Landstingen och kommunen skall underrätta varandra om upprättade planer.

Föredragande statsrådet anför i prop. 1992/93:159, s. 97, att den enskilde genom den individuella planen kan ges ett inflytande över de åtgärder som planeras och få en överblick över när olika insatser skall komma i fråga. Planen bör utgå från den enskildes egna mål, intressen och önskemål. Den bör omfatta olika behov som kan tillgodoses genom insatser från flera kompetensområden. Han anförde vidare att han anser att planen bör utformas så att den ger möjlighet till uppföljning och förändringar och att den skall omprövas fortlöpande.

Vidare framhåller föredragande statsrådet i propositionen (s. 97) att en viktig fråga i samband med planeringen av de särskilda insatserna är den samverkan som kan komma i fråga mellan olika instanser och verksamheter. Han framför att han anser att den enskildes uppfattning om samverkan mellan olika verksamheter med fördel bör redovisas i planen. Planen bör också på begäran av den enskilde eller t.ex. vårdnadshavare eller god man, kunna utväxlas mellan olika verksamheter som ger stöd för den enskilde.

5.8.4 Föreskrifter och allmänna råd om samordnad vårdplanering

Socialstyrelsen har i föreskrifter och allmänna råd behandlat frågan om informationsöverföring och vårdplanering. Detta har jag tidigare beskrivit i kap.4.

Det föreskrivs där bl.a. att när ansvarig läkare inom den slutna vården tagit ställning till att patienten kan behöva vård och omsorg efter sjukhusvistelsen skall - om patienten samtycker till det eller det kan antas att patienten inte har något att invända mot det - information om patienten översändas till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården.

Av de allmänna råden framgår att den samordnade vårdplaneringen syftar till en samordning av fortsatta insatser i den slutna vården och de insatser som kan vara aktuella inom socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården efter sjukhusvistelsen.

5.8.5 Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd angående omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17). De allmänna råden avser omvårdnad inom den verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och som bedrivs av landsting, kommuner och privata vårdgivare.

Omvårdnadsåtgärder kan enligt de allmänna råden beskrivas i bl.a. stöd i eller utförande av, sådana handlingar som patienten för sitt dagliga liv eller välbefinnande inte kan utföra själv.

Socialstyrelsen beskriver i de allmänna råden en problemlösningssmodell som kan användas. I den anges bl.a. upprättande av omvårdnadsplan.

I detta sammanhang vill jag anföra att det råder en osäkerhet om vissa begrepp och deras innebörd. Detta gäller bl.a. allmän omvårdnad och omsorg. Jag utvecklar detta närmare i kap. 8.

5.8.6 Synpunkter på behov av individuell plan

Vid den hearing som hölls med anhöriga och anhörigorganisationer framhölls att brister i individuell planering måste undanröjas. Man förespråkade individuella handlingsplaner och att dessa också skulle omfatta anhörigas situation i vissa avseenden. Vidare framhölls att handlingsplaner skall upprättas som en grund för uppföljning.

Vid den hearing som hölls med fackliga organisationer framhölls angående samverkansfrågorna bl.a. att det fortfarande på många håll finns 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 enligt de fackliga företrädarna ett angeläget och stort utvecklingsområde.

Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning framhöll att behovet av att utveckla individuella handlingsplaner och dokumentation är stort.

5.9 Stöd genom personlig assistans

5.9.1 Inledning

En av insatserna enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är enligt dess 9 § 2 biträde av personlig assistent.

Personlig assistans är ett individuellt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer. Stödet är knutet till personen och inte till någon viss verksamhet. Assistansen är förbehållen krävande situationer, dvs. när den enskilde har omfattande behov av hjälp i mycket privata situationer. Avgörande är att den enskilde behöver personlig hjälp för att klara sin hygien, för att klä sig och klä av sig, för att inta måltider eller för att kommunicera med andra. Syftet är (enligt prop. 1992/93:159) att den enskilde skall få ett reellt inflytande över sin egen livssituation och t.ex. kunna välja vem som skall ge hjälp till honom/henne. Kostnaderna för personlig assistans åvilar enligt särskilda föreskrifter (LSS och LASS) under olika omständigheter kommuner respektive socialförsäkring. Regelverket har sedan lagarnas ikraftträdande den 1 januari 1994 varit föremål för ett flertal ändringar.

Av statsfinansiella skäl ansågs det inte möjligt då lagen trädde i kraft att bygga upp ett system med en rätt till personlig assistans oberoende av den enskildes ålder. Rätten begränsades till personer som inte uppnått allmän pensionsålder, 65 år.

5.9.2 Socialstyrelsens utvärdering

Socialstyrelsen som haft regeringens uppföljnings- och utvärderingsuppdrag beträffande handikappreformen redovisar sina erfarenheter i en slutrapport. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:4).

Socialstyrelsen anser i slutrapporten (s. 8) ... "att 65-årsgränsen inneburit att de flesta personer med assistans och som fyllt 65 år har fått andra kommunala insatser med mindre omfattning och/eller försämrad kontinuitet". Socialstyrelsen anser att det bör övervägas om personer som har personlig assistans skall få behålla denna efter 65 år.

Bakgrunden är Socialstyrelsens erfarenheter och analyser (s. 78 - 79) av vad som hänt 152 personer med assistansersättning som fyllt 65 år sedan lagens ikraftträdande. Två tredjedelar av

dem hade före LSS och LASS hemtjänst. Genom assistansersättningen fick de bl.a. bättre kontinuitet i hjälpen. Med de olika möjligheter som finns enligt lagarna har 85 procent anlitat assistans utförd av kommunen. Övriga har själva anställt assistenter eller anlitat assistans genom brukarkooperativ eller företag.

Enligt Socialstyrelsens undersökning har cirka två tredjedelar fått hjälp av samma personer sedan assistansen förändrats till annan insats efter den enskildes 65-årsdag. Hälften har dock fått färre hjälptimmar. 65 personer (43 procent) fick fortsatt hjälp i samma form och med lika många eller fler timmar. Det är enligt Socialstyrelsen vanligare i de tre storstäderna att hjälpen fortsätter i samma form.

Nästan 60 procent har fått insatser med mindre omfattning eller i andra former sedan de fyllt 65 år. Socialstyrelsen har formulerat tre skäl till att hjälpen försämras:

- 1 LSS har högre ambition än SoL vilket framträder tydligt när någon får förändringar i sin personliga assistans. LSS anger att insatserna skall tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor, SoL talar om att biståndet skall ge den enskilde skäliga levnadsvillkor.
- 2 Av ekonomiska skäl har bedömningen gjorts enligt SoL när den personliga assistansen inte längre bekostas av statlig assistansersättning (enligt LASS).
- 3 Kommunala regler för anhörganställningar har inneburit att vissa kommuner inte anställer anhöriga som själva är pensionärer. Reglerna kan också innebära att anhöriga bara anställs på halvtid eller möjligen trekvartstid.

I likhet med Socialstyrelsen finner jag att 65-årsgränsen inneburit försämrade levnadsvillkor och mindre möjlighet till självbestämmande för flertalet av de berörda. Handikapporganisationerna har framfört motsvarande synpunkter till mig dels i den särskilda referensgruppen, dels i yttranden över delbetänkandet om brister i omsorgen.

Mot den bakgrunden lägger jag i avsnitt 9.2 fram förslag om att den som har personlig assistent med statlig assistansersättning när han eller hon fyller 65 år under vissa förutsättningar skall få behålla stödet.

6 Bemötande av anhöriga och närstående

6.1 Inledning

Kontakter med anhöriga och andra närstående till äldre har under utredningsarbetet varit täta.

Jag har mött anhöriga vid rådslag, i rundabordssamtal, genom enskilda kontakter, brev och telefonsamtal. Många anhöriga hörde av sig med yttranden över delbetänkandet om brister i omsorgen respektive rapporten om goda exempel (bil. 5).

I dessa situationer har anhöriga beskrivit sina behov av stöd, upplevda brister i vård och omsorg och förslag till förbättringar. På motsvarande sätt har anhörigorganisationer, pensionärs- och handikapporganisationer samt frivilliga organisationer belyst anhörigas roll och behov. Anhörigas synpunkter har också tydliggjorts genom anmälningar till olika myndigheter och instanser liksom vid bl.a. tillsyn av socialtjänsten (SOU 1997:51).

I flera av de goda exemplen på utvecklingsarbete inom kommuner och landsting var syftet att underlätta anhörigas situation - projekt var initierade av bl.a. pensionärsråd och anhöriggrupper.

Jag har konstaterat att anhörigas ställning behöver analyseras och stärkas på flera sätt. I vissa avseenden hör förbättringar för anhöriga nära samman med insatser som riktas till enskilda (kap. 4 och 5).

Det är väl beskrivet av många anhöriga att ett mycket viktigt psykologiskt-praktiskt stöd är att kunna lita på att insatser som riktas till den enskilde håller god kvalitet. Det kan gälla hemtjänst, innehållet i rehabiliteringsverksamhet, vardagslivet i det särskilda boendet etc. Det är emellertid angeläget att också kunna urskilja vilka behov som är knutna till den anhöriges upplevelser av sin egen situation.

I en fråga som även rör anhöriga har jag redan tidigare slutfört mitt utredningsarbete. Det gäller lagregleringen av rätten att flytta till en annan kommun för personer som till följd av bl.a. ålderdom

har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Riksdagen har i samband med behandlingen av prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen beslutat om en rättslig reglering som träder i kraft den 1 januari 1998. Jag behandlade frågan i delbetänkandet Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161) och beskrev där bl.a. hur enskildas begäran om att flytta kunde höra samman med önskemål om att bo nära anhöriga. Anhöriganknytning som *krav* för att flytta in i en annan kommun avvisade jag emellertid. Äldre och deras anhöriga skall bemötas på ett individuellt sätt. Det kan finnas många olika skäl till en önskan att flytta.

6.2 Begreppen anhöriga och närstående

I den tidigare nämnda prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen diskuterades begreppen anhöriga och närstående som bakgrund till förslaget om en föreskrift angående stöd och avlösning till "närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder".

Några definitioner formuleras, ... "Med *anhörig* avses här den person som inom familje- eller släktkretsen bistår en annan. Ibland förekommer också att grannar och vänner träder in i anhörigas ställe och antar "funktionen" som anhörig. Därför bör i lagtexten talas om närstående som är ett vidare begrepp. Med *anhörigomsorg* avses olika former av hjälpinsatser som ges av anhöriga till personer som på grund av sjukdom eller funktionshinder behöver sådana i sin dagliga livsföring. Med *anhörigstöd* (eller stöd till anhöriga) avses olika insatser som primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta den anhöriges situation." I det följande använder jag samma begrepp.

I sammanhanget vill jag också betona att anhöriga och närstående lika litet som äldre utgör en grupp personer med likartade förutsättningar, intressen och önskemål. Anhöriga måste bemötas individuellt. Det blir genast mycket tydligt när man betänker de olika situationerna för t.ex. en åldrig maka som ger hjälpen till sin jämngamle man i den ordinarie bostaden och för en medelålders dotter som besöker sin mor i ett särskilt boende. Samtidigt är hon ofta "barnvakt" åt flera barnbarn och försöker kombinera yrkesarbete med familjeliv tillsammans med man och ung vuxen son som bor kvar hemma ... Det finns också situationer när mycket yngre personer, t.ex. barnbarn, tar ansvar för stöd till äldre anhöriga. (Yngre anhörigas situation har bl.a. uppmärk-

sammats av Alzheimerföreningen.) Det gemensamma i dessa olika anhörigsituationer är behoven av stöd och uppskattning. Hur och med vilket innehåll dessa behov skall kunna tillgodoses varierar. I det följande kommer jag att beskriva några ytterligare dimensioner i relationer mellan äldre och anhöriga samt ge perspektiv på olika behov av stöd. (Jag hänvisar även till en kommande rapport från utredningen. Den färdigställs samtidigt med detta betänkande och innehåller intervjuer med anhöriga som speglar mycket olika förhållanden.)

6.3 Ett historiskt perspektiv på anhörigomsorgen om äldre

Kompletterar anhöriga samhället eller tvärtom? Frågan ställs år 1997 i yttranden till utredningen (bil. 5).

Temat och dess variationer genom seklerna har varit föremål för omfattande forskning, bl.a. av historikern Birgitta Odén (prof.em. Lund). Hon har belyst hur släktkretsens, och senare, kärnfamiljens vårdansvar har samband med tillgången till andra alternativa lösningar när det gäller äldres försörjning, boende osv. Under svensk medeltid var medlemmarna i större släktkretsar engagerade i olika slags skyldigheter mot varandra. Ekonomiska och juridiska förhållanden - t.ex. vittgående regler för arv - gjorde att inte bara kärnfamiljen utan många flera anhöriga ingick i ett system för ömsesidiga tjänster. Släktkretsen stod för omhändertagandet av sina gamla - alternativet var möjligen byalagets barmhärtighet för de fattiga. Under 1500-talet och framöver flyttades ansvaret alltmera från större släktkretsar till kärnfamiljen och barnen. Samtidigt började olika slags inrättningar byggas upp, t.ex. hospital och fattighus.

Under 1700-talet började den successiva förändring som leder till att de gamla som äger jord överlåter den (exempelvis till en giftasvuxen son) mot att få undantag, en egen bostad med underhåll till döddagar. Gamla som saknade släktingar blev bl.a. backstugusittare på byarnas allmänningar. Undantagen var en stor belastning för den yngre generationen och gav upphov till många konflikter och övergrepp samt därmed rättegångar. Det fanns också en stor oro hos de gamla bönderna att slutligen hamna i fattighuset, en skam för den som kom från bondesläkt (enligt underlag 1997 till utredningen från Lars Andersson, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm). I fattighuset/fattigstugan hystes alla

slags människor som inte kunde försörja sig. Äldre var den största gruppen.

Under andra delen av 1800-talet ökade andelen äldre (65 +) kraftigt i befolkningen. "Det innebar att fattigtugan blev ett reellt hot för ett ökande antal äldre som vuxit upp i en bondefamilj men sedan fått försörja sig på annat sätt än genom att överta gården." ... "ett ökande antal människor stod inför hotet att få drastiskt försämrade levnadsförhållanden när de inte kunde försörja sig längre, men samtidigt gjorde den begynnande industrialiseringen att de ekonomiska förutsättningarna för omhändertagande blev bättre" (Lars Andersson, 1997).

Så småningom fick kommunerna möjlighet att ta ut skatter för att hjälpa vårdbehövande. Privata företag inrättade kassor för hjälp till anställda vid sjukdom, ålderdom, begravning osv.

Alternativen till försörjning och hjälp utanför familjens stöd blev flera; folkpensionen blev lagfäst år 1913 men var då för liten för att täcka levnadsomkostnader.

Som framgått tidigare (kap. 3) fanns i 1918 års fattigvårdslag föreskrifter om barns skyldighet att svara för föräldrars försörjning. Skyldigheten försvann först vid revidering av Föräldrabalken år 1979. (Underhållsskyldighet makar emellan gäller ännu.) Förändringen, dvs. barnens minskade skyldigheter gentemot föräldrar, motiverades med att samhällets insatser byggts ut på olika sätt, bl.a. genom förbättrad folkpension. Det poängterades dock att barnens moraliska skyldighet att bistå föräldrarna fanns kvar.

Långt före revideringen av föräldrabalken hade en annan lag talat sitt tydliga språk. I 1956 års socialhjälpslag fanns inga uttryck för barnens ansvar mot åldrande föräldrar. Lagen trädde i kraft vid en tidpunkt när stora förhoppningar knöts till nya samhällsalternativ som servicehus, långvårdssjukhus och hem-samariter.

Birgitta Odén m.fl. har konstaterat att läget senare har förändrats och medfört att restriktioner inom äldreomsorgen leder till nya anspråk på släktkretsens solidaritet med de gamla. Studier visar också att anhöriginnsatser ökat under 1980-90-talet, kanske främst bland dem som inte använder den offentliga hjälpen eller gör det i mindre omfattning än för 10-15 år sedan (Ädelutvärderingen 1994:17, se vidare kap. 3).

Även om det formella ansvaret för bl.a. underhåll har ändrat karaktär med motiv som handlar om samhällsansvar så skall detta inte tolkas som att ökande samhällsinsatser i form av praktiskt,

socialt och ekonomiskt stöd givet leder till att informella insatser och engagemang från anhörigas sida minskar.

Det kan avslutningsvis konstateras att oavsett om alternativen till familjens/släktkretsens vårdansvar för äldre i olika tider saknats eller byggts ut så har den konkreta vården till största delen utförts av kvinnor, såväl i hemmen som på inrättningarna av olika slag. Så också nu med cirka 90 procent kvinnor bland personalen inom äldreomsorg och (som ett av flera möjliga mått) med cirka 75 procent av dem som beviljats s.k. närståendepenning (kap. 3).

6.4 Hur omfattande är anhörigomsorgen om äldre?

Rubrikens fråga är svår att besvara. Ett vanligt konstaterande är att den informella omsorgen vida överstiger omfattningen av samhällets insatser. Stora insatser från anhöriga/närstående kan vara helt okända för socialtjänstens företrädare. Innehållet i insatserna kan också vara mycket olika, bl.a. beroende på om den enskilde bor kvar i sin ordinarie bostad eller i särskilt boende. Även när enskilda äldre t.ex. har hemtjänst, utför anhöriga många uppgifter; vissa är av en karaktär som hellre anförtros närstående än utomstående har äldre förmedlat till utredningen.

Tidigare fanns en större benägenhet hos kommunerna att anställa anhörigvårdare. År 1970 fanns 18 500 anhörigvårdare medan antalet sjunkit till 4 000 personer år 1995. (Jfr även kap. 5 om personlig assistans).

Ett annat mått kan vara "hemsjukvårdsbidragens" räckvidd (Lennarth Johansson, i Äldrepolitik i förändring? Socialdepartementet, Välfärdsprojektet 1997). Kontantersättning av detta slag har mycket påtagligt minskat från att ha avsett drygt 21 000 personer (år 1982) till drygt 7 000 år 1995. Det kan förleda tanken till antaganden om att anhöriginsatser minskat, en slutsats som inte kan dras. Däremot har detta slags ekonomiska ersättning enligt vissa uppgifter blivit ett sparobjekt.

6.5 Valmöjligheter?

Många har konstaterat att man knappast gör ett medvetet val när man gradvis eller plötsligt befinner sig i en situation som anhörig/närstående till en äldre person som behöver stöd och hjälp i olika avseenden. Omfattningen av anhörigas insatser kan däremot handla om en eller flera valsituationer.

Som jag tidigare uppmärksammat är det väsentligt att se varje anhörigsituation som unik. För makar som levt tillsammans under ett långt äktenskap och känner trygghet i den gemensamma bostaden fortsätter vardagslivet ofta utan att ifrågasättas även när en av makarna blir mycket hjälpbehövande. Det är inte heller ovanligt att de åldrande makarna kan komplettera varandra - omfattningen av hjälpbehovet blir tydlig först om någon av dem kommer på sjukhus eller dör. Den kvarvarande har då behov av insatser som inte tidigare påkallat någon uppmärksamhet.

Andra situationer kan handla om "mellangenerationen" som kanske upplever sina föräldrars sista tid och allt tydligare stödbehov när de själva passerat pensionsåldern med förväntningar på egna livsprojekt eller med behov av att vårda sin egen hälsa. Det kan också gälla yngre anhöriga som bor tillsammans med eller flyttar till den åldrige föräldern och så småningom finner att rollen som vårdare både har längre varaktighet och blir mera påfrestande än vad som kunnat förväntas.

Det är min uppfattning att de flesta har ett genuint engagemang och vill hjälpa sina äldre närstående. Samtidigt är det också väsentligt att konstatera att det finns situationer där förutsättningarna för anhörigstöd inte föreligger. Det är viktigt att se att varje situation kan ge upphov till motstridiga känslor beroende på fysiska och psykiska påfrestningar, tidigare relationer till den som behöver hjälp, hans/hennes tillstånd, omgivningens "tyckande" osv.

I den valsituation som uppstår när den anhörige/närstående känner att det skulle vara underlättande om hans/hennes hjälp kunde kompletteras med insatser från samhällets sida, kan motstridiga känslor påverka och t.ex. innebära svårigheter att erkänna behovet av hjälp från någon annan. Det kan också leda till fel ställda förväntningar på formerna för och innehållet i insatserna "utifrån".

Att tillsammans med den anhörige/närstående och med den enskilde diskutera förutsättningarna för både den anhöriges och

andras insatser kräver professionalitet och inlevelseförmåga. Det är angeläget att dessa frågor kan väckas vid exempelvis biståndsbedömning eller då en individuell plan (kap. 5) aktualiseras. Jag har också kunnat redovisa hur "hjälp till självhjälp" kan fungera i grupper för anhöriga till personer med demens (SOU 1997:52). Genom andra anhörigas erfarenheter kan man få information och stärkas i att våga ta emot nödvändig hjälp.

I yttranden (bil. 5) har flera tagit upp denna problematik och menat att det inte är ovanligt att den anhörige behöver hjälp att sätta sina egna gränser för hjälpens omfattning och innehåll. Man har pekat på att det finns risker för att påfrestningar annars kan gå ut över relationen mellan den som tar emot hjälp och den anhörige som ger hjälp. Också andra har starkt betonat att anhöriginsatserna måste ges "frivilligt" och inte uppstå som krav på grund av minskade insatser från exempelvis hemtjänstens sida. Detta betonar enligt min mening behovet av informerande och uppsökande verksamhet liksom behovet av att kunna "skräddarsy" ett stöd till anhöriga. Stödet bör också följas och förändras så att akutlösningar blir undantagen och de förebyggande inslagen tydligare. Demensförbundet har i flera skrifter beskrivit denna problematik bl.a. i När glädjen vänds i nöd (Stockholm 1997). Det är en redovisning av anhörigas erfarenheter. Demensförbundet har även genom det s.k. LARS-projektet kartlagt anhörigstöd och hur det utformats i olika kommuner. Projektet gav bl.a. en bild av de sociala konsekvenserna för anhöriga när stödet är otillräckligt eller ges utan hänsyn till individuella behov. För många blir situationen en närmast total isolering från annan gemenskap utanför hemmet.

I ett remissvar från Röda Korset har framförts att anhöriga överutnyttjas när äldre bor i sin ordinarie bostad men underutnyttjas när den enskilde bor i särskilt boende. Det är en tanke som leder till ytterligare reflexioner om orsaker och möjligheter till förändring. Samtidigt vill jag uppmärksamma att det finns många som bor i särskilda boendeformer och inte har några närstående; det är bakgrunden till vissa av mina förslag (kap. 9).

Jag vill på temat valsituationer ge ytterligare två exempel, som visar vikten av en professionellt genomförd uppsökande verksamhet och planering av insatser tillsammans med berörda.

- En anhörig har under stor del av sitt vuxna liv varit till stöd och hjälp för en make/maka med tilltagande funktionshinder till följd av progredierande sjukdom. Detta har givit djupa kunskaper om hjälpens innehåll, behoven, sätt att

kommunicera, hjälpmedel osv. Den anhörigas egna krafter sviktat i takt med ökande hjälpbehov hos maken/makan. Hur kan man bereda möjligheter för den anhörige att fortsättningsvis bidra med alla sina kunskaper och erfarenheter och samtidigt få tillräcklig hjälp?

- Enligt en rapport till utredningen om invandrare i vård och omsorg (SOU 1997:76) finns det en tendens att generalisera "äldre invandrares" behov av hjälp. Vissa bor i flergenerationshushåll vilket inte alltid är konfliktfritt. Hur kan man på ett kunnigt sätt närma sig sådana situationer och t.ex. ge god avlösning till kvinnor som i hushållet av tradition från hemlandet kanske hjälper både en och flera äldre?

6.6 Anhörigas stödbehov

Med respekt för att varje anhörigsituation är unik kan jag konstatera att önskemålen om stöd och erkännande har likheter oavsett den anhöriges personliga relation till den som får hans/hennes hjälp, utformningen av hjälpen osv.

I det följande vill jag relatera behov som formulerats vid rådslag och i rundabordssamtal samt i yttranden till utredningen. Jag har också tagit del av forsknings- och utvecklingsarbeten inom området och kunnat se att dessa bekräftas av synpunkter och erfarenheter från de anhöriga jag mött under utredningsarbetet.

- Anhöriga/närstående vill bli respekterade för sina insatser och sina erfarenheter och på ett självklart sätt få information om insatser från socialtjänsten, om handläggningsgång och olika möjligheter till stöd.
- Anhöriga vill med respekt för den äldres inflytande och önskemål vara delaktiga vid planering, genomförande och utvärdering av olika insatser.
- Anhöriga vill få erbjudanden om praktiskt och psykologiskt stöd - och sedan kunna välja - samt lätt nå fram till rådgivning i olika frågor "som uppstår under vägen".
- Anhöriga vill möta andra i motsvarande situation och få nya kunskaper, gärna tillsammans med personal.
- Anhöriga vill möta engagerad och professionell personal - gärna genom kontaktmannaskap och överblickbara arbetsätt som understryker individualisering.

- Anhöriga vill ha avlösning på ett individuellt och tryggt sätt; det skall vara avlösning som tillgodoser båda parter intressen - annars avstår många från insatsen.
- Anhöriga vill veta var de kan förmedla både sina förslag till förbättringar och sina klagomål.
- Anhöriga vill bli tillfrågade om sin egen situation (t.ex. ekonomi, hälsa o.dyl.) och få hjälp vid behov med hänvisning till någon som kan biträda i lösningen av ev. problem.
- Anhöriga vill att samverkan mellan dem och personal skall belysas i olika utbildningar.
- Anhöriga vill få erkännande genom ekonomisk ersättning för sina tjänster.

Denna lista skall självfallet inte tolkas så att alla anhöriga har alla dessa önskemål. Behovet av stöd skiftar också över tid. Det gäller både psykologiskt-socialt och praktiskt stöd. Den situation när någon i familjen nyss drabbats t.ex. av stroke eller tidiga tecken på demens är annorlunda än situationer när sjukdomen eller åldrandets följder varit märkbara mycket länge eller när någon vårdas i livets slutskede.

I Anhörigboken (Demensförbundet 1997) finns "Demensförbundets tio punkter för stöd till anhöriga" (s. 40):

- 1 Information, utredning och diagnos.
- 2 Trygghet för demenshandikappade och deras anhöriga.
- 3 Bättre stöd för anhängvårdare.
- 4 Bättre stöd till ensamboende demenshandikappade.
- 5 Dagcenter med dagvård, kvällsvård och tillfällig nattvård samt kontaktpersoner.
- 6 Avlösning och semester för anhöriga.
- 7 Gruppboende för demenshandikappade.
- 8 Stödpersoner och rådgivning i demensföreningarna
- 9 God omvårdnad genom kompetent, utbildad och tillräcklig personal.
- 10 Ekonomiskt stöd.

Hur tillgodoses önskemålen?

De flesta klagomålen som nått mig gäller bristande respekt för anhörigas erfarenheter, behov av information och delaktighet. De gäller också bristen på trygga former för avlösning, "skräddarsydda lösningar", där dagverksamheter med ett innehåll av god kvalitet utgör en särskilt uppmärksammas brist. Många har förmedlat att olika slags dagverksamheter borde utvecklas som centrum för stöd både för enskilda som bor i sin ordinarie bostad och för anhöriga. Man har föreslagit olika möjligheter till samverkan mellan kommuners och landstings åtaganden och intresseorganisationer respektive frivilligorganisationer samt olika andra föreningar. Informella "mötesplatser" skulle kunna inrymmas bredvid exempelvis olika former av rehabiliterande verksamhet med expertmedverkan. Anhörigrupper skulle också kunna ha sin bas i verksamheten.

Det framstår också tydligt att rollfördelningen mellan anhöriga och personal måste kunna diskuteras i varje enskild situation. När jag i olika sammanhang diskuterat behovet av individualisering inom äldreomsorgen har jag också avsett anhörigas situation. Jag har sett fördelar med kontaktmannaskap både inom hemtjänst och i särskilda boendeformer. Samtidigt har jag påtalat att personal behöver stöd i rollen, bl.a. genom god handledning. Andra vägar att stärka relationer mellan anhöriga och personal kan vara genom brukarråd, samrådsgrupper osv. i anslutning till någon enhet eller något hemtjänstområde. Det kan vara ett forum för att ta upp frågor om samverkan m.m. Anhöriga ställer krav på fördjupad utbildning för personal - inte minst arbetsledare - och förutsätter att frågor om bemötande får ett mera självklart utrymme vid grundutbildningar och fortbildningar. I sammanhanget är frågor om sekretess viktiga, vilket också påtalats till mig vid olika rådslag (SOU 1997:51). Jag gör därför en kort redovisning av bl.a. sekretessfrågor i förhållande till anhöriga/närstående (kap. 8).

Slutligen ser anhöriga på många håll generella brister i dimensioneringen av personal, tillgång till hjälpmedel, bostadsanpassning och serviceinsatser. Detta kan "tvinga in" anhöriga i uppgifter som går utöver vad de orkar eller skulle vilja göra för sina äldre närstående.

Intresseorganisationer som anhörigorganisationerna och pensionärs- och handikapporganisationerna liksom frivilliga organisationer tillgodoser ett omfattande stödbehov hos anhöriga. De

insatser som görs är av mycket skiftande karaktär. De handlar bl.a. om att organisationerna erbjuder information och kunskaper samt social gemenskap. I vissa fall rör det sig även om praktiska insatser som avlösningshjälp m.m.

6.7 Ohållbara situationer

Nationella och internationella studier visar att övergrepp av olika slag förekommer mot äldre både inom familjen och i särskilda boendeformer (se kap. 4). Övergreppen inom familjen kan av skilda skäl vara svåra att upptäcka. Om personal misstänker att anhöriga begår övergrepp kan det vara en "skyddsmekanism" att betrakta det hela som en familjeangelägenhet. Personalen blir osäker på vad som skall göras eftersom det inte finns någon föreskriven anmälningsskyldighet. Förhoppningsvis leder informationssatsningar och fortlöpande uppmärksamhet på frågorna med anledning av Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan om övergrepp m.m. (SOSFS 1996:11 (S) till ett annat förhållnings-sätt. Socialstyrelsen har i tidigare studier uppmärksammat att övergrepp inom familjen kan vara särskilt svåra att upptäcka i de fall där de pågått som del i ett negativt mönster under mycket lång tid. Frågor om övergrepp av äldre är i behov av ytterligare forskning som stöd för att utveckla förebyggande insatser. Redan nu är det emellertid väl känt att det finns riskfaktorer i situationer när anhöriga får ta större ansvar för vård och omsorg än de förmår och vill.

6.8 Anhörigstöd - fortsatt utveckling

Det har påtalats för mig att den föreskrift om stöd till anhöriga som nu införs i en ändrad socialtjänstlag inger vissa betänkligheter:

- Den kan uppfattas som ett omvänt uttryck för att "anhöriga skall göra mera".
- Den kan, om syftet är att förmedla reellt stöd till anhöriga, uppfattas som alltför vagt formulerad.

Min uppfattning är att samhällets insatser måste utvecklas och garanteras när det gäller omfattning och kvalitet i vården och om

sorgen om äldre. Med tanke på kunskaper om demografiska förhållanden, olikheter över landet och den anhängomsorg som redan nu bedrivs, så anser jag inte att vi kan knyta förhoppningar till ökande vård- och omsorgsuppgifter för anhänga. Däremot menar jag att vi på ett annat sätt än nu bör kunna utveckla olika praktiska och psykosociala stöd till anhänga vilket, efter de berörda önskemål, skulle kunna leda till att den äldre under trygga omständigheter kan bo kvar hemma. Anhänga måste kunna få tillfälle att vara de närstående som har tid och erfarenheter av att ge social och känslomässig kontakt och inte enbart vara hårt ansträngda av vårduppgifter. De har unika möjligheter att bidra till den äldres välbefinnande genom att känna till hans/hennes livssituation. Det är också viktigt att utveckla stödet så att anhänga får bidra till omsorgen efter sina förutsättningar - det påtvingade ansvaret är en risk för alla berörda.

I mina överväganden, bedömningar och förslag, återkommer jag i frågor som rör behovet av avlösningssatser och behovet av anhängas delaktighet vid planering, genomförande och utvärdering av individuella insatser.

7 Om personal i vård och omsorg

7.1 Inledning

I delbetänkandet om brister i vård och omsorg om äldre (SOU 1997:51) beskrev jag min avsikt att återkomma till ett antal frågor om bl.a. arbetsledarskap samt om personalens utbildning, arbets-situation och samverkan med äldre och deras närstående. Frågor-na är avgörande för den fortsatta utvecklingen av vårdens och omsorgens innehåll.

En diskussion om dessa frågor kräver en samtidig uppmärksamhet på flera faktorer - resurser måste beskrivas på mer än ett sätt. De handlar om personaldimensionering, arbetsorganisation, ledarskap, yrkeskunnande och attityder m.m. Jag är angelägen att betona detta mot bakgrund av en aktuell allmän debatt som delvis förbisett sambanden. Det behövs förvisso tillräckligt med "händer och fötter" för att bereda gamla människor en god omvårdnad. Men det är nedvärderande mot både äldre och personal att tro att den goda omvårdnaden kan bedrivas utan stöd av kunskap, erfarenhet och ett arbetssätt som medger ett individualiserat bemötande. Även om kunskapen, erfarenheten och förtroendet finns är det angeläget att inför ökande krav få tillfälle att både systematisera sin egen kunskap och få tillgång till nya rön, bl.a. från forskning och utvecklingsarbete.

Med sådana förutsättningar kan man utveckla arbetssituationen och ställa väl underbyggda krav på den politiska ledning som har att uppställa mål och fördela medel. Att arbeta för och tillsammans med äldre är ett kvalificerat arbete; det måste understrykas genom diskussioner och åtgärder som beskriver flera dimensioner. Jag har uppmärksammat att personalens insatser ibland får en beskrivning som reducerar kraven på och innehållet i arbetsuppgifterna, vilket enligt min mening är högst otillfredsställande om flera unga människor skall inspireras till att välja utbildningar och yrken inom vården och omsorgen om äldre. Ibland har diskussionen i dessa avseenden förefallit vara utslag av negativa förhållningssätt till äldre - som om de med sina olika behov skulle kunna tillgodoses med insatser som svarar mot någon allmän

minimistandard. Det nedvärderar också den engagerade personalen - som till nästan 90 procent är kvinnor.

Innan jag beskriver personalens situation vill jag uppehålla mig vid verksamhetens kärna, den nödvändiga dialogen och relationer inom vården och omsorgen.

7.2 Den viktiga dialogen

Svenska Kommunalarbetareförbundet skrev i sitt yttrande över delbetänkandet och rapporten (bil. 5) att bemötandet är kärnan i vårdarbetet. Dialogen och mötet mellan den enskilde och personalen är den grund som behövs för att utveckla innehåll och organisation.

Det är en viktig utgångspunkt för några reflexioner om dialogens betydelse.

Äldreomsorg är en tjänst. Men det är en tjänst som skiljer sig väsentligt från tjänster på tjänstemarknaden. Att bo i en särskild boendeform är inte som att bo på hotell. På t.ex. ett servicehus förs personal och boende nära varandra, så nära att relationen i vissa avseenden måste bli "familjeliknande". Utvecklingen av denna relation är avgörande för kvalitet och effektivitet. Det är fråga om ett bemötande med särskilda villkor som också omfattar den äldres privata nätverk.

Denna utgångspunkt leder till slutsatsen att arbetsorganisationen i t.ex. hemtjänsten måste påverkas systematiskt och medvetet med kunskap om att det är i mötet mellan vårdbiträdet och den äldre som omsorgen blir till. Men vårdbiträdet ingår i ett arbetslag som ingår i större helheter. Vårdbiträdets förmåga att möta den äldre är i sin tur beroende på hur han eller hon själv vill bli bemött och blir bemött av övriga delar av arbetsorganisationen. Det är fråga om en ömsesidig påverkan. Relationer uppstår när människor kommunicerar med varandra. Därför har kvaliteten på kommunikationen inom arbetsorganisationen avgörande betydelse. Det påtalades i flera yttranden till utredningen (bil. 5). Man anser att den goda kommunikationen är en förutsättning för att få till stånd en lärande organisation och att flödet av ord och handlingar inom en organisation visar verksamhetens värderingar, goda eller dåliga förebilder.

Under utredningsarbetet har jag mött en bred uppslutning kring några grundläggande värden. Äldreomsorgen skall präglas av respekt för den äldres självbestämmande, integritet och personliga historia. Åtgärder kan inte grundas på generaliseringar av äldres

"typiska" behov. Även vid de mest omfattande vård- och omsorgsbehov finns det goda möjligheter att lägga till något som är mycket personligt, "att bry sig om". När kritik framförs, grundar den sig alltför ofta på att sådana värden inte har kommit till uttryck i praktiken. Ibland nämns också bristande kommunikation som orsak till problemen.

När kommunikation sker på jämställd nivå, när den anpassas till båda parternas behov, när båda kommer till tals, när kontakt uppstår, vare sig det sker med eller utan ord, har den formen av en dialog. Dialog är en form av kommunikation som följer ett bestämt mönster.

Kommunikation bör ses som en yrkesfärdighet inom vården och omsorgen. Det behövs en metod, dvs. tillvägagångssätt som med viss säkerhet leder till önskat resultat.

Vi är inte antingen goda eller dåliga deltagare i samtal. Vår kommunikation påverkas hela tiden av vem vi kommunicerar med, i vilken situation kommunikationen äger rum och våra tankar om situationen. Under gynnsamma omständigheter fungerar samspelet och relationen utvecklas positivt. Men när vi har som yrke att skapa positiva relationer måste vi kunna starta och upprätthålla dialoger även under ogynnsamma omständigheter. Jag har tidigare tagit upp denna fråga när det gäller att ta emot kritik och klagomål. Jag har efterlyst ett yrkeskunnande som gör att enskilda äldre, anhöriga, personal och andra verksamhetsföreträdare skall kunna ha öppna samtal även om komplicerade förhållanden. Det är enligt min mening ytterst negativt om t.ex. anhöriga inte vågar framföra synpunkter på grund av rädsla för repressalier. Det betyder att de professionella, yrkesutövarna, medvetet skall kunna skapa kontakt även med personer som inte berör dem personligen och som de kanske till och med ogillar. Det skall också kunna ske i situationer som innebär stress.

Att acceptera att det finns fler verkligheter

Utgångspunkten i en dialog är att intresserat lyssna till den andres beskrivning av verkligheten utan att uttrycka värderingar om sant eller falskt. Var och en av oss "konstruerar" världen utifrån sina personliga erfarenheter. Vi får information genom våra sinnen men sinnesförmimmelserna silas. Vi tar främst in det som har betydelse för oss i den givna situationen. Ett ordspråk säger att "vi hör med våra öron, men lyssnar till vår historia". Vi måste acceptera att det finns flera upplevda "verkligheter". Den professionella

lyhördheten innebär en förmåga att snabbt och respektfullt skaffa sig en bild av den verklighet som t.ex. den äldre vill förmedla.

Om vi skall få till stånd en dialog, som kan bli meningsfull för den andre, måste vi se var denne har sin uppmärksamhet och visa intresse för det. Detta intresse, som vi visar både med ord och utan ord, utgör starten på varje dialog.

Nästa steg handlar om dialogens kärna. Det gäller att vara/handla så att den andre kan komma in i samtalet. Annars blir det en monolog. Man måste bekräfta den andra personen och lämna utrymme.

Det går att medvetet utveckla kommunikationsfärdighet som en viktig del i den professionella kompetensen. Erfarenheter från andra områden, där yrken utövas genom kommunikation, visar att systematisk användning av dialogmodellen kan ge dramatiska effekter. Det beror på att alla människor bär den med sig, mer eller mindre nära tillgänglig. Vi har den från vår första kontakt med omvärlden som nyfödda. Denna "urdialog" fungerar möjligen som modell för alla senare dialoger och representerar livet igenom en kommunikationsresurs som kan väckas.

Även den svårtillgänglige, den tysta, den klagande, den som har demenssjukdom - eller hur personen uppfattas av omvärlden - har kommunikationsresurser. Dessa resurser kan frigöras om vårdbiträdet söker medvetet efter minsta signal som kan antyda vad den äldre är inriktad på och bekräftar att han eller hon har uppfattat det. Den äldre svarar tillbaka och utlöser därmed motsvarande kommunikationsresurser hos vårdbiträdet.

Det finns stor värdegemenskap inom äldreomsorgen. Det finns knappast någon som hävdar att omsorgen skall vara kollektiv, att äldre skall ses som objekt, att personlig integritet är oviktig eller att stress kan tas som motiv för dåligt bemötande. Men det räcker inte med att bekänna sig till grundläggande värderingar. Det är bara genom dialog med den enskilde som dessa värden kan komma till uttryck i praktiken. Förutsättningen är att personalen får träning och aktivt stöd av arbetsledningen, som själv måste använda samma princip i sin vägledning.Handledning är ett mycket viktigt medel för att fortlöpande utveckla kommunikation och dialog.

7.3 Några uppgifter om personal i vård och omsorg om äldre

7.3.1 Inledning

I det följande beskriver jag kommunernas personal inom vården och omsorgen om äldre. Landstingens anställda utför också betydelsefulla uppgifter inom vården av äldre men är färre. Det är anledningen till att jag här valt att uppehålla mig vid kommunerna. Det är också svårt att av statistiken kunna utläsa vilka bland den landstingsanställda personalen som arbetar med äldre.

Cirka 300 000 äldre (cirka 160 000 i hemtjänsten och 135 000 i särskilt boende) möter varje dag/vecka personal i kommunernas vård och omsorg. Det direkta mötet sker i praktiken mest med vårdbiträden och undersköterskor. Kontakten med arbetsledare/biståndsbedömare är glesare.

Ett värdefullt inslag för att kunna beskriva förutsättningar för ett gott bemötande vore en mera detaljerad rikstäckande statistik om personalen i vård och omsorg. Svenska Kommunförbundets statistik över personal i vård och omsorg särskiljer dock inte längre uppgifter om personal i t.ex. hemtjänst respektive särskilt boende eller verksamhet för äldre respektive funktionshindrade. Det är därför inte möjligt att redovisa personalstatistik för de olika verksamheterna bl.a. med avseende på personalsammansättning, personaltäthet, utbildningsnivåer m.m. En anledning till att det inte längre är möjligt att göra denna uppdelning är att personalen i en del kommuner arbetar såväl inom särskilt boende som i öppen hemtjänst i det närliggande geografiska området, något som av andra skäl kan vara positivt.

7.3.2 Personalens sammansättning m.m.

År 1996 fanns totalt 260 172 personer anställda i den kommunala verksamheten för äldre och funktionshindrade. Det motsvarar 180 725 årsarbetare. Drygt 172 000 personer (66 procent) är anställda som vårdbiträden, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Antalet biståndsbedömare och arbetsledare var drygt 5 300. Till detta kom 11 500 sjuksköterskor, nästan 700 sjukgymnaster, 1 800 arbetsterapeuter och över 2 000 arbetsterapibiträden.

Dessutom fanns omkring 35 000 vårdare och skötare samt ytter-

ligare 35 000 anställda fördelade på personliga assistenter, ekonomipersonal m.fl. kategorier.

Personal i privat verksamhet är inte redovisad i Svenska Kommunförbundets personalstatistik. Det saknas överhuvudtaget samlade uppgifter om personal hos privata vårdgivare. Cirka 5 procent av den offentligt finansierade verksamheten för äldre beräknades år 1996 vara utlagd på privata vårdgivare.

Antalet anställda i verksamhet för äldre och funktionshindrade har ökat med närmare 30 000 personer sedan år 1993 vilket motsvarar 12 625 årsarbetare. Till stor del beror ökningen på överföringar från landstingen i samband med huvudmannaskapsförändringar (Ädelreformen, år 1992 och Handikappreformen, år 1994). Antalet undersköterskor och sjuksköterskor har ökat efter Ädelreformen, medan antalet vårdbiträden minskat. Även antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster har ökat.

Under perioden 1991-1995 har arbetstillfällena försvunnit från kommunerna, samtidigt som det skett en ökning av antalet anställda. Detta beror till en del på bolagiseringar och entreprenader framförallt inom det tekniska området, men också till en del inom barnomsorg och äldreomsorg. Svenska Kommunförbundet bedömer att antalet arbetstillfällen i kommunerna i själva verket minskat med omkring 40 000 mellan åren 1991 till 1995 (med hänsyn tagen till huvudmannaskapsförändringarna enligt ovan).

Majoriteten (80 procent) av personalen i den kommunala verksamheten är kvinnor. Inom äldre- och handikappomsorgen är andelen kvinnor ännu högre (90 procent). Mer än hälften är över 40 år och en fjärdedel är 50 år eller äldre. Personal i arbetsledande ställning, biståndsbedömare m.fl. med högre utbildning är i genomsnitt något äldre än övrig personal. År 1996 var medelåldern 41 år hos vårdbiträden, undersköterskor och sjukvårdsbiträden. Bland arbetsledare, biståndsbedömare m.fl. var medelåldern 46 år.

7.3.3 Sysselsättning, rörlighet m.m.

Det är en relativt stor andel av anställda i vård och omsorg som arbetar deltid eller är timanställda. Andelen heltidsanställda varierar något mellan de olika yrkesgrupperna. Personal med högre utbildning (arbetsledare, biståndsbedömare m.fl.) arbetar oftare heltid jämfört med dem som har lägre utbildning. Bland vårdpersonalen (vårdbiträden, undersköterskor och sjukvårds

biträden) var år 1996 enbart en femtedel heltidsanställda medan drygt hälften var deltidanställda. Övriga var timanställda (22 procent). Tre fjärdedelar av arbetsledarna och biståndsbedömarna arbetade däremot heltid. I sjuksköterskegruppen var motsvarande andel 29 procent.

Ett av skälen till att en så stor andel bland vårdbiträden/undersköterskor/sjukvårdsbiträden arbetar deltid är att arbetet anses fysiskt och psykiskt krävande. Andra skäl kan höra ihop med anställdas familjesituation och kvinnodominansen i yrket samt schematekniska förhållanden. I flera kommuner pågår försöksverksamhet med förkortad arbetstid (6 timmars arbetsdag). Jag har erfarit att det finns delade meningar om effekterna av denna försöksverksamhet. Det positiva som framkommer är att arbetsvillkoren för personalen förbättrats. Andra anser att kontinuiteten i verksamheten, bl.a. genom kontaktmannaskap, fordrar att personalen arbetar heltid. Uppfattningar som framfördes vid ett rådslag med förvaltningschefer var bl.a. att minskad arbetstid ger minskat utrymme för gemensam reflexion i arbetet. Inrättande av deltidstjänster ger enligt vissa deltagare vid rådslaget fel signaler och felaktig syn på vård- och omsorgsarbetet. Andra och mer flexibla sätt att förlägga arbetstiden kan vara alternativ till förkortad arbetstid. Det pågår t.ex. i många kommuner försök med förändrade scheman, bl.a. individuella scheman.

Jag finner det anmärkningsvärt att andelen timanställda bland personalen i vård och omsorg är lika stor som andelen heltidsanställda. Jag anser det betydelsefullt bl.a. för arbetets innehåll och status att personalen så långt som möjligt ges tillsvidareanställningar. Företrädare för Svenska Kommunalarbetsförbundet har framfört att den stora andelen timanställda främst beror på att det inte finns tjänster inrättade.

Av de 40 000 personer som slutade åren 1994-1995 var 12 procent 50 år eller äldre medan 35 procent var i åldersgruppen 20 - 29 år. Den högre avgången bland den yngre personalen beror på att yngre kvinnor i låglöneyrken generellt har stor rörlighet på grund av att de söker sig till utbildningar, bildar familj m.m.

Pensionsavgångarna ökar i kommunerna. Bland den personal som var tillsvidareanställd år 1995 beräknas cirka 17 procent ha fyllt 65 år om tio år. Vart fjärde vårdbiträde som år 1995 var i tjänst beräknas tio år senare vara pensionerad.

7.3.4 Förändring av yrkesstruktur i vård och omsorg

Vårdbiträden, särskilt de yngsta, har låga löner. Skillnader i löner mellan äldre och yngre vårdbiträden är dock mycket små. Där-
emot tenderar lönerna att stiga med åldern i yrkesgrupper som
sjuksköterskor, biståndsbedömare och arbetsledare. De har
genomgående högre lönenivåer.

Ett tydligt tecken under senare år är att yrkesstrukturen inom
olika verksamheter förändrats. Personal med högre utbildning er-
sätter personal med kortare utbildning. Detta har bl.a. skett bland
vårdpersonalen, där antalet undersköterskor ökar medan antalet
vårdbiträden minskar. År 1995 fanns cirka 45 000 under-
sköterskor i kommunerna. Av undersköterskorna har cirka
18 procent tillkommit sedan år 1992 antingen i samband med
Ädelreformen eller genom nyrekryteringar. Cirka en femtedel av
undersköterskorna som år 1995 arbetade i kommunerna har dock
sedan år 1992 (då de arbetade som vårdbiträden) utbildat sig till
undersköterskor. Denna förändring ger en antydning om hur snabbt
den formella kompetensen i en yrkesgrupp kan förändras. Fort-
farande har dock en fjärdedel av vårdbiträdena enbart folk-
skola/grundskola och saknar grundläggande utbildning med in-
riktning på sina arbetsuppgifter inom äldreomsorgen.

7.3.5 Förändringar i den kommunala verksamheten fram till år 2005

En ökning av behoven och minskande resurser

Enligt Svenska Kommunförbundets analyser beräknas de demo-
grafiskt härledda behoven i vård och omsorg om äldre öka med
nästan 13 procent fram till år 2005. Antalet årsarbetare beräknas
öka med nästan 20 000 personer under samma tidsperiod.

Behovet av nyrekryteringar inom verksamhet för äldre och
funktionshindrade förväntas öka kraftigt under perioden fram till
år 2005. Cirka 60 procent av årsarbetskraften (170 000 års-
arbetare år 2005) kommer, enligt Svenska Kommunförbundet, att
behöva nyrekryteras under perioden. Förutom att behoven för-
väntas öka och möjligheterna till rationaliseringar är relativt små,
slutar personal i verksamhet för äldre och funktionshindrade
oftare än personal i t.ex. skola och barnomsorg.

Kommittén för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) konstaterade i delbetänkandet Behov och resurser i vården - en analys (SOU 1996:163) att gapet mellan behov och resurser inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg kommer att öka. Kommitténs bedömning var att vård- och omsorgsbehoven framöver kommer att vara större än tillgängliga resurser. Beträffande insatser för äldre gäller detta mest i kommunal verksamhet. Enligt kommittén innebär en demografisk framskrivning att kraven på resurser för kommunernas äldreomsorg ökar med drygt 19 procent till år 2010.

I syfte att främja sysselsättningen och öka kvaliteten i vården, omsorgen och skolan har regeringen i tilläggsbudgeten för år 1997 föreslagit en ökning av det generella statsbidraget med fyra miljarder kronor år 1997 och med ytterligare fyra miljarder kronor år 1998. När det gäller vård och omsorg bör, enligt regeringen, inriktningen vara att resurstillskottet bl.a. leder till att kommuner och landsting vidtar åtgärder för att höja kvaliteten i äldreomsorgen samt förbättra vården i livets slutskede.

Tydlig politisk inriktning och allas delaktighet

Svenska Kommunalarbetsförbundet (Kommunal) framhåller i sin utvärdering av KomAn!-projekt att den kommunala sektorn inte klarar kommande utmaningar om inte all kompetens tas tillvara. KomAn!-projekten visar enligt förbundet, att viljan att lära sig nya saker, göra nya ansträngningar och förändra sitt arbete ökar när personalen känner att deras kunskaper betyder något.

Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) framhåller i sitt yttrande över delbetänkandet och rapporten (SOU 1997:51 och 52) att det måste finnas en tydlig politisk inriktning för vården och omsorgen om äldre. Personalen måste få förutsättningar att utföra sitt arbete, vilket bl.a. kan ske genom att den politiska ledningen "på ett tydligare sätt företräder verksamheten och dess personal".

Kompetens

Enligt Svenska Kommunförbundet innebär ytterst varje enskilt anställningsavtal att kommunerna försäkras sig om kompetens för sina olika åtaganden. Verksamhetens kvalitet är beroende av att medarbetarna är beredda att utveckla sin kompetens för att bättre

kunna tillgodose kommuninvånarnas varierande behov. Förbundet framhåller följande betydelsefulla innehåll i kompetensbegreppet:

- Yrkes- eller uppgiftsrelaterad kompetens, dvs. förmåga att klara nya, svårare och mer varierande uppgifter till följd av förändringar av innehåll, arbetssätt och yrkesroll.
- Social kompetens, dvs. en förmåga att vara lyhörd för människors uttalade eller outtalade behov och att föra en dialog om hur dessa behov kan tillgodoses.
- Utvecklingskompetens, dvs. en beredskap och vilja att själv initiera och bidra till förändring och utveckling av verksamheten.

Flexibel arbetsorganisation och personalens sammansättning

Det krävs en flexibel organisation för att medarbetarnas kompetens skall komma till sin fulla rätt. Detta är självfallet också av betydelse för att mycket skiftande behov, exempelvis inom äldreomsorgen, skall kunna tillgodoses. Det kräver tydliga mål, ett väl utvecklat ledar- och medarbetarskap samt överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter. Arbetstid, anställningsformer och regelsystem måste medge flexibilitet. Personalens sammansättning behöver, enligt Svenska Kommunförbundet, förändras och innebära en jämnare fördelning mellan könen och en jämnare ålderssammansättning med såväl yngre som äldre arbetskraft. Behovet av personal med invandrarbakgrund kommer att öka för att behoven hos äldre från andra länder skall kunna tillgodoses.

7.4 Utbildning för social omsorg

7.4.1 Inledning

Jag har vid rådslagen, rundabordssamtalen och i remissvaren kunnat se, att frågan om utbildning väcker ett starkt och allmänt intresse. Framförallt diskuteras utbildningens innehåll, samordningen mellan praktik och teori och möjligheter till handledning i vardagsarbetet. Man understryker behovet av kompetenshöjning, inte minst riktad till handläggare/arbetsledare och önskar på alla utbildningsnivåer ett större utrymme för reflexioner över bemötande och etiska frågor.

Utbildning i social omsorg ges dels inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram, dels som högskoleutbildning inom det sociala omsorgsprogrammet. Inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram ges eleverna möjlighet att uppnå en kompetens som motsvarar de grundläggande yrkeskraven för arbete inom social omsorg, hälso- och sjukvård eller tandvård. Högskoleutbildningen i social omsorg har två inriktningar, en mot äldre- och handikappomsorg och en mot socialpedagogiskt behandlingsarbete. Både gymnasieskole- och högskoleutbildningarna har för närvarande till största delen ett landstingskommunalt huvudmannaskap. Från den 1 januari 1998 tar primärkommunerna över ansvaret för gymnasieskolans omvårdnadsprogram men landstingen kan i vissa fall fortsätta att genomföra utbildningen. För vårdhögskolorna finns en rörelse i riktning mot samgående med den statliga högskolan.

Inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram utbildas eleverna för att kunna arbeta som vårdbiträden och undersköterskor. I det följande används benämningen vårdbiträde för denna grupp.

Högskolans utbildning i social omsorg med inriktning mot äldre- och handikappomsorg förbereder för arbete som biståndsbedömare/vårdbedömare eller som arbetsledare/föreståndare/hemvårdschef/hemvårdsassistent. Dessa yrkesbenämningar motsvaras i huvudsak av två olika funktioner, myndighetsutövning och arbetsledning, och kommer i det följande att benämnas biståndsbedömare och arbetsledare. Deras uppgifter har sammanfattats av Socialtjänstkommittén (SOU 1995:58) i fyra funktionsområden:

- Det sociala arbetet med utredning, behovsbedömning, beslut och uppföljning av bistånd enligt socialtjänstlagen
- Den personalledande funktionen omfattande rekrytering av personal, utbildning, handledning, utveckling samt frågor i anslutning till arbetsmiljö och arbetsrätt
- Verksamhetsansvaret, vilket omfattar ansvaret för att de politiska målen uppfylls, att beslut verkställs enligt gällande mål och riktlinjer inom ett givet budgetansvar samt ansvaret för verksamhetens långsiktiga planering och utveckling
- Ansvaret för samverkan med andra inom vård och socialtjänst, bostadsförmedling, försäkringskassa, pensionärs- och handikapporganisationer m.fl.

Många anställda inom äldre- och handikappomsorgen gick sin grundläggande utbildning för ganska länge sedan. Samtidigt har

personalens arbetsuppgifter avsevärt förändrats under senare tid bl.a. genom de omfördelningar av ansvarsområden som till stor del är ett resultat av Ädelreformen. Det finns behov av förändringar i grundutbildningarna liksom i fortbildningen och möjligheter till påbyggnadsutbildning. Ett särskilt problem är att det fortfarande finns en inte ringa andel, särskilt i vårdbiträdesgruppen, som saknar formell utbildning för sina uppgifter.

7.4.2 Gymnasieskolans omvårdnadsprogram

Från och med läsåret 1994/95 ges vid gymnasieskolan ett treårigt omvårdnadsprogram. Programmet har två nationella grenar, en mot omvårdnad och en mot tandvård. Utöver gemensamma mål för utbildningen vid gymnasieskolan i sin helhet har följande programmål formulerats för omvårdnadsprogrammet (Skolverket, GyVux 1994/95:15, s. 11):

Utbildningen inom Omvårdnadsprogrammet skall ge eleverna grundläggande yrkeskunskaper inom hälso- och sjukvård (somatisk vård och psykiatrisk vård), social omsorg eller tandvård. Genom fördjupning eller breddning skall eleverna få den kompetens som motsvarar de grundläggande yrkeskraven inom något av programmets yrkesområden.

Vidare skall skolan sträva efter "att eleverna efter fullföljd utbildning kan ge service, vård och omsorg utifrån en helhetssyn där förhållningssättet är att frigöra och utveckla de hjälpsökandes egna resurser med respekt för deras självbestämmande, integritet och bakgrund".

Alla som går omvårdnadsprogrammet läser samma kurser utom mot slutet då de har att välja mellan tre ämnen; fothälsövårdskunskap, omvårdnadskunskap eller social omsorgskunskap. Inom ämnet omvårdnadskunskap erbjuds valbara kurser med inriktning på akutsjukvård, primärvård, psykiatri eller omvårdnad av sjuka barn och ungdomar. Inom social omsorgskunskap kan man välja mellan två alternativ; omsorg om personer med utvecklingsstörning eller rehabilitering och habilitering. I omvårdnadsprogrammet ingår dessutom minst 15 veckors arbetsplatsförlagd utbildning (APU). Liksom de övriga nationella programmen genomför eleverna inom omvårdnadsprogrammet ett specialarbete om minst 20 timmar. Den valbara kursen som

eleven går mot slutet av utbildningen utgör endast 8 procent av hela programmet. Det innebär att alla får en utbildning som innehåller nästan lika stora delar omvårdnad och social omsorg.

Omvårdnadsprogrammet ger i likhet med övriga nationella program allmän behörighet för högskolestudier. De flesta högskoleutbildningar har dock dessutom uppställt krav på särskild behörighet, vilka inte uppfylls av omvårdnadsprogrammet.

Enligt Skolverket gavs omvårdnadsprogrammet under läsåret 1996/97 vid 125 gymnasieskolor inom 117 kommuner. Totalt fanns 12 385 elever i omvårdnadsprogrammet varav 3 907 i årskurs 3. Preliminära uppgifter om fördelningen av de elever som utexaminerats 1997 efter olika inriktningar utföll som följer (Kommunal granskar omvårdnadsprogrammet, 1997):

– Omvårdnad - akutsjukvård	40 %
– Omvårdnad - primärsjukvård	9 %
– Omvårdnad - psykiatri	19 %
– Omvårdnad - sjuka barn och ungdomar	12 %
– Omvårdnad - personer med utvecklingsstörning	13 %
– Rehabilitering och habilitering	7%

Gymnasieskolorna ger även omvårdnadsprogrammet som kommunal vuxenutbildning om tre terminer. Den omfattar enbart de vårdämnen som ingår i programmet. Dessutom anordnas påbyggnadsutbildningar inom olika områden för att personer som har examinerats från omvårdnadsprogrammet skall kunna bredda och fördjupa sina kunskaper.

7.4.3 En granskning av gymnasieskolans omvårdnadsprogram

Svenska Kommunalarbetareförbundet tillsatte våren 1996 en projektgrupp för att studera "anställningsbarheten" för elever från gymnasieskolans omvårdnadsprogram vilket resulterade i en rapport år 1997, Kommunal granskar omvårdnadsprogrammet. Studien inriktades särskilt på den arbetsplatsförlagda utbildningen (APU). En enkät sändes ut till 1 036 elever vid 38 skolor, 159 lärare, SYO-konsulenter och skolledare, 853 handledare för elever inom APU samt 215 verksamhetsansvariga (områdeschefer, driftschefer, arbetsledare, personalsekreterare m. fl.). En halvstrukturerad intervju genomfördes också med 21 po-

litiker och tjänstemän med beslutande ställning i principiella utbildnings- och personalfrågor på fem orter.

Eleverna var enligt enkäten väl motiverade att gå omvårdnadsprogrammet; för 84 procent hade detta varit deras förstahandsval. Nästan hälften ville fortsätta sina studier inom vårdsektorn, men flera var besvikna över att de inte fått högskolebehörighet. Två tredjedelar av eleverna uppgav att utbildningen hade motsvarat deras förväntningar, men de ansåg att den varit för mycket inriktad på äldreomsorg och att det var för litet av praktiska inslag i utbildningen.

Lärarenkäten visade stora variationer när det gäller längden av APU vid de olika skolorna, alltifrån 13 till 30 veckor. De flesta skolorna hade 4 till 5 veckors APU per termin. 71 procent av lärarna ansåg att det fanns tillräckligt med APU-platser inom äldreomsorgen men inte inom akutsjukvård, psykiatri, primärvård och rehabilitering/habilitering. En tredjedel av lärarna ansåg att undervisningen borde anpassas bättre till verksamhetens krav. Endast 45 procent hade ett fungerande programråd för samarbete mellan skolan och arbetslivet.

Av handledarna (vid APU) hade en fjärdedel själva valt att vara handledare under det att två tredjedelar hade tilldelats uppdraget. De flesta hade varit handledare mycket länge och var mycket motiverade för uppgiften. Mer än hälften ansåg dock att de inte hade fått tillräcklig utbildning för uppdraget från skolan och tre fjärdedelar att arbetsgivarna inte givit tillräcklig förberedelse för uppgiften.

Det finns tydliga skillnader i svarsmönstret mellan elever, lärare och handledare. Samtliga var dock positiva till inslaget av APU i utbildningen. Eleverna var nöjdare med skolans information inför APU-placeringen än vad handledarna var. En närmare analys visar att de allra flesta elever (93 procent) också hade "helt" eller "delvis" fått komma till de APU-placeringar som de önskat. Nästan alla elever ansåg att de hade tillräckliga kunskaper inför APU mot endast hälften av handledarna. Av lärarna ansåg tre fjärdedelar att elevernas förberedelse var god. Elever och lärare var mer positiva till utbildningens fördelning mellan APU och undervisningen på skolan än vad handledarna var. Trots det önskade hälften av eleverna mer APU i utbildningen mot ungefär var femte lärare och handledare. En annan studie som genomfördes av Kommunal år 1995 visade att den svenska utbildningens inslag av praktisk färdighetsträning är mindre än i motsvarande utbildningar inom EU-området.

En något större andel av lärarna än av handledarna ansåg att samarbetet mellan skola och handledare fungerade bra. Hälften av lärarna uppgav att de träffade handledarna inför elevernas placering i APU, men endast var femte handledare hade haft kontakt med en lärare. Närmare 50 procent av eleverna hade önskat mer information inför APU av handledaren och arbetsplatsen.

Hälften av lärarna uppgav att de nya kunskaper som eleverna fått under APU-tiden utgjorde en grund för den fortsatta utbildningen. Var femte elev ansåg däremot att de inte hade fått någon uppföljning efter sina APU-placeringar. Bland förslag till förbättringar av utbildningen nämndes mer APU med sjukvårdsinriktad utbildning och en närmare kontakt mellan skola och arbetsliv. Handledarna framhöll tidsbristen och indragning av vårdpersonal som hinder också för utbildningsinsatserna.

I undersökningen av de 215 verksamhetsansvariga framgick att 80 procent betraktade eleverna som "anställningsbara" efter avslutad utbildning. Det fanns dock också en andel som ansåg att eleverna fick för litet praktisk kunskap. Några ansåg att de också behövde mer teoretiska studier. 77 procent uppgav att nyanställda fick mindre än en månads arbetsplatsintroduktion/inskolning. Flera hade dock svårt att förstå att verksamheten skulle sköta "efterutbildningen". Nästan hälften ansåg att de inte kunde påverka utbildningarna, mestadels för att kontakten med skolan var dålig. Av de verksamhetsansvariga ansåg två tredjedelar att fördelningen mellan APU och skolförlagd utbildning var bra men ansåg att utbildningen skulle omfatta mer av psykiatri, psykologi, sjukvård och sjukdomslära. Andra synpunkter var att det behövdes mer APU, att lärarna måste vara mer på APU-platserna och att de yrken som Omvårdnadsprogrammet utbildade till behövde få en höjd status. De som inte ansåg eleverna "anställningsbara" framhöll främst utbildningens teoretiska brister och bristfälliga kontakter mellan skola och arbetsliv.

Beslutsfattarna, 21 politiker och tjänstemän, ansåg att utbildningen var bra och underströk betydelsen av samarbete mellan skola och arbetsliv. De förutsåg dock rekryteringsproblem i framtiden när många går i pension.

Sammanfattningsvis framhåller Kommunal i sin granskning

- att utbildningen på Omvårdnadsprogrammet är bra, men att den är relativt ny och behöver få tid att finna sin form
- att eleverna från programmet är anställningsbara, men inskolningen på arbetsplatsen måste fungera

- att det behövs mer APU i utbildningen
- att samarbetet mellan skolan och arbetslivet bör förbättras
- att handledarutbildningen bör förstärkas
- att arbetsgivaren måste planera för framtidens behov av ökad personalrekrytering.

7.5 Högskoleutbildning inom social omsorg

Högskoleutbildningen inom programmet för social omsorg har som tidigare nämnts två inriktningar, en mot äldre- och handikappomsorg och en med inriktning mot socialpedagogiskt behandlingsarbete. Båda omfattar sedan 1994/95 120 poäng. Den socialpedagogiska inriktningen ges vid åtta högskolor under det att inriktningen mot äldre- och handikappomsorg numera ges vid 18 högskolor.

Den sociala omsorgsutbildningen leder till yrkesexamen inom social omsorg. Högskoleförordningen har följande mål för utbildningen (utöver de allmänna målen i 1 kap. 9 § högskolelagen):

”För att erhålla social omsorgsexamen skall studenterna ha

- förvärvat de kunskaper och färdigheter, den personliga utveckling och den empatiska förmåga samt det kliniska tänkande som krävs för det sociala omsorgsarbetet,
- tillägnat sig kunskaper och färdigheter för att kunna bedriva, leda och utveckla social omsorgsverksamhet, grundad på en förståelse av samspelet mellan individers och gruppers sociala situation, fysiska och psykiska hälsa i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer.

Härutöver gäller de mål som respektive högskola bestämmer.”

Höstterminen 1997 var antalet behöriga sökande 3 544 till högskolornas program för social omsorg. Av dessa var 649 förstahandssökande. Totalt 419 antogs, vilket innebär att det endast gick 1,5 förstahandssökande på varje utbildningsplats. Motsvarande kvot var 2,1 inför höstterminen 1996. Det kan ha samband med den osäkerhet som länge har funnits om programmets framtida organisation och inriktning. Det kan nämnas att motsvarande kvot för inriktningen mot socialpedagogiskt behandlingsarbete var 3,9 höstterminen 1996.

År 1994/95 utexaminerades närmare 600 personer från programmet för social omsorg. Samma år fanns det totalt 7 500 personer i landet som hade genomgått sådan utbildning på högskola. Med oförändrad utbildningsvolym beräknas antalet fördubblas fram till år 2015, vilket pekar mot ett överskott (Högskoleverkets rapportserie 1997:2 R).

7.5.1 Den sociala omsorgsutbildningens historiska framväxt och utveckling

Av skäl som framgår av senare avsnitt har jag funnit det väsentligt att mera ingående beskriva den sociala omsorgsutbildningens historia. Den har sina äldsta rötter i en halvårskurs som startades år 1908 av Svenska fattigvårdsförbundet (senare Socialvårdsförbundet).

Från år 1915 blev utbildningen förbehållen kvinnor som skulle bli föreståndarinnor för ålderdomshem och barnhem. Nya ämnen introducerades efterhand och krav på för praktik infördes. Under 1930- och 1940-talen förlängdes utbildningen och kom att omfatta tre år (inkl. ett praktikår). Den blev under 1950-talet alltmera sjukvårdsinriktad.

År 1965 introducerades en treårig yrkesskoleutbildning under landstingskommunal huvudman. Senare (1970) kom en moderniserad gymnasieplan på 5 terminer. (Den praktiska delen omfattade 2/3 av utbildningen.)

Den kommunala högskolan är en produkt av högskolereformen 1977, som i sin tur var ett resultat av 1968 års högskoleutredning (U 68). I samband därmed kom utbildningarna för yrken med inriktning på social service att ingå i den landstingskommunala högskolan, sektorn för utbildningen för vårdyrken. Ett år senare föreslog utredningen VÅRD 77 i betänkandet Ny vårdutbildning (SOU 1978:50) en ny social servicelinje om 60 poäng. Remissinstanserna var tveksamma till den korta utbildningstiden och UHÄ fick uppdraget att utreda förutsättningarna på nytt. (UHÄ-rapport 1981:6). År 1983 inrättades den sociala servicelinjen med tre inriktningar. Inriktningen mot äldre- och handikappomsorg och inriktningen mot omsorger om (med dåvarande terminologi) psykiskt utvecklingsstörda omfattade 80 poäng under det att inriktningen mot socialpedagogiskt behandlingsarbete blev 100 poäng.

Utbildningens längd ökade successivt på gemensamma initiativ av de fackliga organisationerna och arbetsgivarna. Den fick

från och med 1994/95 sin nuvarande omfattning, 120 poäng. Utbildningen har numera två inriktningar: en mot äldre, funktionshindrade och utvecklingsstörda och en mot socialpedagogiskt behandlingsarbe

Huvudmannaskap och sektorstillhörighet

Två frågor som har följt utbildningen i social omsorg ända sedan den kom in i högskolan är frågorna om huvudmannaskap och sektorstillhörighet. De två frågorna är sammanvävda med varandra, särskilt eftersom det är socionomutbildningen inom sektorn för utbildning för administrativa, ekonomiska och sociala yrken (AES-sektorn) inom den statliga högskolan som utbildningen i social omsorg ämnesmässigt ligger närmast. Denna problematik har behandlats utförligt i Socialtjänstkommitténs delbetänkande Kompetens och kunskapsutveckling (SOU 1995:58). I detta avsnitt nämns några av de många utredningar som har diskuterat dessa frågor.

En särskild kommitté tillsatt inom U 68, den s.k. huvudmannaskapskommittén, hade under åren 1978-1980 uppdraget att utreda huvudmannaskapsfrågan. Den pekade på att de nya högskolorna hade stora brister, som t.ex. avsaknad av fasta forskningsresurser och forskarutbildade lärare, grundutbildningar som inte gav behörighet till forskarutbildning m.m. De medellånga vårdutbildningarna kom dock att bli kvar i den kommunala högskolan.

Redan VÅRD 77 påpekade att utbildningen i social service hade mycket gemensamt med övriga utbildningar inom AES-sektorn. I den utredning som följer (UHÄ-rapport 1981:6) framhölls återigen de fördelar som en närmare samverkan med den sociala linjen inom den statliga AES-sektorn skulle innebära. UHÄ förordade dock samtidigt att det landstingskommunala huvudmannaskapet skulle bibehållas. Av statsfinansiella skäl skedde inte någon förändring av sektorstillhörighet.

I samband med Äldreberedningens (SOU 1987:21) uttalande om möjligheten att samordna sociala omsorgslinjen med andra utbildningar inom AES-sektorn, uppdrog regeringen åt UHÄ att återigen se över denna linje. I Översyn av sociala omsorgslinjen (UHÄ-rapport 1991:5) föreslogs att utbildningen endast skulle reformeras marginellt utan att förändra dess mål, inriktning och innehåll. Flera remissinstanser var kritiska till detta och önskade en mer genomgripande översyn.

Högskoleutredningen 1989 hade till uppgift att granska grundutbildningen i den svenska högskolan i ett internationellt perspektiv. Uppdraget redovisades i betänkandet Frihet, Ansvar, Kompetens (SOU 1992:1) där vårdhögskolorna jämfördes med högskolan i övrigt. Utredningen visade att det fortfarande fanns brister i den kommunala högskolan, exempelvis beträffande forskningsanknytning, forskningstradition, internationalisering, lärarkompetens, studerandeflytande och ledningsfunktion. Utredningen pekade också på det bristande samspelet mellan teoretiska och praktiska inslag i utbildningarna och problem i samband med övergången från ett gymnasialt till ett högskolemässigt förhållningssätt.

Vårdhögskolorna granskades nästa gång i Huvudmannaskapsutredningen (Vårdhögskolor – Kvalitet Utveckling Huvudmannaskap, SOU 1993:12), som bl.a. tydligt föreslog att utbildningen i social omsorg skulle överföras till socionomutbildningen. Kommittén framhöll att behovet av forskningsanknytning bäst uppfylldes i den statliga högskolan. I remissbehandlingen förordade de flesta remissinstanser ett enhetligt eller ett blandat huvudmannaskap för vårdutbildningarna. Samtliga lösningar förutsatte dock kostnadsneutralitet för staten och landstingen.

I Socialtjänstkommitténs delbetänkande Kompetens och kunskapsutveckling (SOU 1995:58) beskrivs utvecklingen av den sociala omsorgsutbildningen i relation till de förändrade krav som ställs på hemtjänstassistentens yrkesroll. Avslutningsvis instämmer utredarna i de förslag som framlagts av Huvudmannaskapsutredningen (HUV -92), att sociala omsorgsprogrammet bör överföras till de universitet och högskolor som i dag har utbildningsprogram i socialt arbete och integreras med denna utbildning.

En särskild utredare tillkallades år 1994 av regeringen för att förhandla med de kommuner och landsting som önskade överföra huvudmannaskapet till staten. Sedan dess har avtal träffats på statens vägnar med landstingen i Hallands län, Örebro län, Västmanlands och Södermanlands län, Västernorrlands och Jämtlands län samt med Östergötlands län. Ytterligare ett antal vårdhögskolor övergår till statligt huvudmannaskap den 1 januari 1998. Samtliga landsting är enligt en rapport (av Britt-Marie Bystedt som haft regeringens uppdrag att bl.a. utvärdera hittills ingångna och godkända avtal) positiva till en närmare anknytning mellan vårdhögskolorna och den statliga högskolan. Rapporten, Vård-

högskolorna nu och i framtiden, har nyligen remissbehandlats (november 1997).

Högskolemässighet och yrkesrelevans

Regeringen gav i december 1994 dåvarande Kanslersämbetet i uppdrag att utvärdera de medellånga vårdutbildningarna. Syftet var att pröva vårdhögskolornas högskolemässighet. Utvärderingen avsågs även ligga till grund för regeringens senare bedömningar av rätten att utfärda examina. Resultatet redovisas i Vårdutbildningar i högskolan (Högskoleverkets rapportserie 1996:7 R).

Högskolemässigheten bedömdes utifrån fyra kriterier:

- Kompetenskriterier, omfattande bl.a. lärarnas vetenskapliga kompetens, kritisk och kreativ miljö, forskningsanknytning, internationalisering, den kliniska utbildningens kvalitet
- Infrastrukturella kriterier, omfattande bl a adekvata materiella resurser, bibliotekstjänster och vetenskaplig informationsförsörjning, ändamålsenliga lokaler, administrativ och teknisk service
- Utbildningsorganisatoriska kriterier, omfattande bl.a. utbildningens innehåll och organisation, ämnesdjup och ämnesbredd, yrkes- och samhällsrelevans, vetenskapligt förhållningssätt, dokumentation och examination, studentinflytande
- Processkriterier, omfattande bl.a. studenternas förkovran och mognad, utbildningsplanering och genomförande, yrkesrelevans, samspelet med studenterna, samspelet med de organisationer som tillhandahåller praktikplatser.

Totalt bedömdes 113 utbildningsprogram som leder till 12 skilda yrkes- eller högskoleexamina. Av de sammanlagt 19 utbildningsprogrammen i social omsorgsutbildning, inriktning äldre, funktionshindrade och utvecklingsstörda, bedömdes endast nio utbildningar vara högskolemässiga.

Utvärderingens rekommendationer omfattade bl.a. följande:

- Att det sker en nationell samordning av högskolor i färre enheter i syfte att främja en mer högskolemässig miljö

- Att öka antalet disputerade lärare i utbildningarnas huvudämnen
- Att främja integrationen mellan teori och praktik i utbildningarna
- Att särskilda avtal sluts med forskningsinstitutioner vid statliga högskolor i syfte att stödja den specifika ämnesutvecklingen i respektive utbildningsprogram
- Att lärarna ges möjligheter att undervisa och forska på samma villkor som gäller för högskolans lärare i övrigt.

För utbildning i social omsorg kom utvärderingen fram till följande slutsats:

Utbildningen i social omsorg inklusive inriktningen mot socialpedagogiskt behandlingsarbete och utbildningsprogrammet i missbrukarvård bör som särskilda utbildningar anknytas till högskolans utbildning i socialt arbete" (s. 102).

Socialtjänstkommittén lade som nämnts samma förslag i sitt delbetänkande Kompetens och kunskapsutveckling (SOU 1995:58). Även Socialstyrelsen har ifrågasatt om de nuvarande grundutbildningarna motsvarar de krav som måste uppfyllas för att nå Ädelreformens mål. Syftet med denna reform var bl.a. att samordna de sociala och medicinska insatserna. Därför måste en ny balans uppnås mellan utbildningsinnehållet i berörda grundutbildningar.

I augusti 1996 uppdrog regeringen åt Högskoleverket att lämna underlag för den framtida geografiska fördelningen av vårdhögskoleutbildningen och för bedömningen av förstatligandet av vissa vårdutbildningar. Dessutom skulle utbildningarnas yrkesrelevans ytterligare värderas. Resultatet har sammanställts i Högskoleutbildningar inom vård och omsorg (Högskoleverkets skriftserie 1997: 2 R).

Utredningen påpekar att både avnämare och övriga intressenter i utbildningen för social omsorg om äldre och funktionshindrade bestämt framfört att den nuvarande utbildningen inte ger en tillräckligt bred och djup kompetens för de ökade krav som verksamheten ställer. Högskoleverket föreslog därför "att ansvaret för utvecklingen av utbildningarna för den sociala omsorgsverksamheten överförs till de statliga högskolor som anordnar såväl vårdhögskoleutbildningar som utbildningar för socionomexamen eller samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga ämnen eller

andra ämnen som förutsätts krävas för kompetensutvecklingen inom socialtjänstens äldre- och handikappomsorg" (s. 89).

Ämnesdjup och ämnesbredd

I samband med granskningen av vårdutbildningarna har frågan om utbildningarnas ämnesdjup och ämnesbredd stått i förgrunden. På Kanslersämbetets (senare Högskoleverkets) uppdrag utredde Sune Sunesson, professor i socialt arbete, vårdhögskolornas möjlighet att genomföra utbildningen i social omsorg på kandidat- och magisternivå. Granskningen visade att de flesta sociala omsorgsutbildningarna ger en akademisk yrkesutbildning med bas i social omsorg. Utbildningen bedömdes uppfylla kravet på bredd, samtidigt som den saknade en tydlig ämnesfördjupning och forskningsanknytning. Social omsorg hävdade sig dessutom inte som ett unikt och självständigt ämne. Samma grundläggande teorier används inom social omsorg som inom andra ämnen inriktade på mänskliga relationer och behandlingsarbete. Forskningsfältet bedömdes till stor del sammanfalla med det område som beforskas inom ämnet socialt arbete, sedan 1975 huvudämne i socionomutbildningen. Utredaren förordar ett närmande av det sociala omsorgsprogrammet till de statliga högskolornas institutioner för socialt arbete.

7.6 Utbildning för förändrade och flexibla yrkesroller

7.6.1 Inledning

I det följande kommenterar jag utbildningarna inom omvårdnad och social omsorg och anknyter till den fortsatta utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre.

Utbildningarna inom omvårdnad och social omsorg har dubbla målsättningar. Gymnasieskolans omvårdnadsprogram skall både förbereda för yrkesverksamhet och ge allmän behörighet för högskolestudier. Programmet för social omsorg vid högskolan skall förbereda för olika slags ledande uppgifter inom samhällets sociala omsorg och samtidigt uppfylla kraven på högskolemässighet och forskningsförberedelse. För båda grupperna gäller att arbetsmarknaden kontinuerligt förändras och att nya krav ställs på kunskaper och kompetens.

Den största utmaningen idag är frågan om de äldres rätt till kompetent omsorg och omvårdnad med bibehållen respekt för självbestämmande och integritet. Många äldre lever med en relativt god hälsa i hög ålder. I takt med att antalet äldre ökar krävs dock stora insatser för dem som drabbas av förslitnings-sjukdomar, demenssjukdomar, funktionshinder m.m. Många äldre har behov av kvalificerad palliativ vård under lång tid i livets slutskede. Det finns idag gedigna kunskaper om smärtlindring, geriatrisk omvårdnad och palliativ vård. Trots det avslöjas brister i vården av de äldre. Det krävs ett samlat grepp för att förändra denna situation. Utbildning för att öka personalens kompetens är *en* väg.

7.6.2 Gymnasieskolans omvårdnadsprogram - behov av förändringar, påbyggnad och fortbildning

De som gått gymnasieskolans omvårdnadsprogram rekryteras till olika uppgifter inom social hemtjänst, gruppboende, sjukhem, handikappomsorg m.m. Av den tidigare nämnda granskning som Kommunal genomfört av omvårdnadsprogrammet framgick att både arbetsgivare och elever önskade en utökning av arbetsplatsutbildningen (APU). Även om 15 veckors praktisk utbildning utgör en lägsta gräns så tillåter programmet redan nu att denna tid utökas. Den arbetsplatsförlagda utbildningen kan också stärkas genom ökad handledarutbildning, bättre kontakt mellan skola och arbetsliv och en mer målinriktad introduktion på arbetsplatsen för nyanställda. En förlängd APU måste balanseras mot elevens möjligheter att få allmän behörighet för högskolestudier.

Gymnasieskolans omvårdnadsprogram är ännu tämligen nytt. Det behöver tid för att finna sina former. Samtidigt finns det stora möjligheter att utforma en god utbildning utifrån de kursplaner som har utarbetats. Samtliga elever får nära nog lika mycket av social omsorg och omvårdnads kunskap vilket gör att de bör kunna samarbeta med varandra oavsett vilket tillval de gör i slutet av utbildningen. En viktig möjlighet till fördjupning och specialisering ligger i de påbyggnadsutbildningar som gymnasieskolan erbjuder. För en god kvalitet måste det finnas ett system av kontinuerlig utbildning i ett livslångt lärande i samverkan mellan den fortbildning som arbetsgivaren anordnar och återkommande externa kurser.

I den intervjuundersökning som genomfördes av medlemmar i SKTF och Kommunal (BITE Research 1997) ställdes en fråga om behovet av fortbildning. De fyra områden som Kommunals medlemmar prioriterade högst var hälso- och sjukvård, fördjupad vårdkunskap, etik samt data/IT-undervisning.

De flesta som arbetar på fältet idag har inte gått det nya omvårdnadsprogrammet. Om man vill påskynda kompetenshöjningen inom området måste deras behov uppmärksammas. I Helsingborg genomfördes år 1997 en enkätundersökning bland i stort sett all personal inom de kommunala vårdbolagen. Majoriteten av de intervjuade var vårdbiträden, undersköterskor, skötare och vårdare. Syftet var att kartlägga personalens formella och informella kompetens. Av resultatet framgår att många hade dubbelutbildning både som skötare och undersköterska eller skötare och vårdbiträde, samtidigt som andra inte hade genomgått hela basutbildningen och var i behov av komplettering. Personalen hade deltagit i ett stort antal studiecirkel och kurser. De kurser som hade samlat det största antalet deltagare var vård i livets slutskede, hjärt- lungräddning, psykiatrisk vård, fackliga kurser, handledarkurser och kurser i lyft- och förflyttningsteknik. De områden som de flesta önskade få fortbildning i var psykiatri, datautbildning, undersköterskeutbildning, demensvård och sårvård. Sammanlagt hade de anställda deltagit i 112 olika slags kurser och deras önskemål om fortbildning upptog 86 olika rubriker. Ett intryck är att fortbildningsverksamheten har varit ytterst aktiv men något splittrad. Det behövs ett samlat grepp om den fortbildning som är arbetsgivarens ansvar.

Svaret på vårdbiträdesgruppens behov kan sammanfattas som följer: En gedigen grundutbildning i gymnasieskolans omvårdnadsprogram, påbyggnadsutbildningar inom relevanta områden för fördjupning och specialisering, kompletteringskurser för den som inte fullgjort en hel grundutbildning samt fortbildning på arbetsplatsen efter en flexibel men ändå strategisk planering. Under en tid av förändring och nytänkande behöver särskilt frågor om bemötande, etik och värderingar betonas och en strategi utvecklas för ett livslångt lärande. Dessa uppgifter kan kompletteras med uppfattningar som kommit mig till del vid rådslag och andra överläggningar, bl.a. inom den särskilda referensgruppen med handikapporganisationerna.

Det har framförts behov av att gymnasieskolan skall förmedla kunskaper om villkoren för äldre med olika funktionshinder, fysiska och psykiska, om äldre från andra länder, om äldre med missbruksproblematik; vidare har man efterlyst mera utbildning

om hjälpmedel och hjälpmedelsbehov, om tandvård och andra förebyggande insatser.

Jag har i annat sammanhang påtalat vikten av att de studerande också får en orientering om äldres individuella andliga och kulturella behov.

7.6.3 Högskoleutbildning och sedan?

Högskoleverket har som tidigare nämnts föreslagit att social omsorgsexamen avvecklas som yrkesexamen och att utbildningen i stället skall leda till kandidatexamen i något av utbildningens "kärnämnen". Beslut om detta har ännu inte tagits. Oavsett examensform står frågan kvar om vilken förberedelse som högskolan skall ge för personer som förbereder sig för olika uppgifter inom social omsorgsverksamhet.

Vilka är yrkets krav? Den frågan är svår att besvara. Dels finns inom samhällets sociala omsorg olika slags befattningar även om de ofta är inriktade mot någon av två huvudfunktioner: biståndsbedömare eller arbetsledare. Arbetsuppgifterna har av Socialtjänstkommittén sammanfattats i fyra kategorier: det sociala arbetet, den personalledande funktionen, verksamhetsansvaret samt uppgiften att samverka med andra vårdgivare och olika grupper i samhället. Socialtjänstkommittén betonar att det är angeläget att kompetensen säkerställs bland dem som skall fördela äldre- och handikappomsorgens (år 1995) cirka 60 miljarder kronor varje år.

Kravet på dem som leder det sociala omsorgsarbetet har ökat väsentligt under 1990-talet. Genom Ädelreformen överfördes ansvaret för långvarig vård och service till äldre till kommunerna. Avsikten med reformen var att olika yrkeskategorier skulle samarbeta utifrån en helhetssyn på vårdtagarens behov. Man ville introducera en social syn i vården av äldre, normalisera boendet i hemlika former och avmedikalisera synen på åldrandet. Samarbetet mellan olika yrkeskategorier har ibland komplicerats av oklara ledningsstrukturer, t.ex. mellan arbetsledare för social omsorg och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som bl.a. har ansvar för patienternas säkerhet. Nya uppgifter har också tillförts genom handikapp- respektive psykiatrireformen.

Med hänsyn till det vidgade ansvarsområdet för den sociala omsorgen kan listan på nya utbildningsbehov bli lång. Den grundläggande utbildningen för biståndsbedömare och arbetsledare inom social omsorg behöver ett större inslag av juridik, ekonomi, administration, arbetsledning men även av etik och

psykologi. Dessutom behövs mer utbildning i omvårdnad med inriktning på vårdplanering, dokumentation och utvärdering. Också i högskoleutbildningen bör studentens egen personlighetsutveckling liksom bemötandefrågorna ha hög prioritet.

Med tanke på det ökade behovet av samarbete mellan yrkesgrupperna med social och medicinsk bakgrund bör utbildningarna omfatta både socialpolitik och hälso- och sjukvårdspolitik. Det är också angeläget att biståndsbedömare och arbetsledare i social omsorg har baskunskaper inom det medicinska området. På motsvarande sätt behöver sjuksköterskorna ett utökat socialt inslag i sin utbildning. En god orientering om varandras kompetensområden skulle kunna underlätta samarbetet och medföra att man vet när man bör hänvisa ett ärende till den andre. Socialtjänstkommittén (SOU 1995:58) framhöll att det finns ett behov av en bred gemensam basutbildning för dessa båda grupper.

I Högskoleverkets rapport (1997:17) föreslås ett system av påbyggnadsutbildningar inom social omsorg. Det vore också värdefullt med gemensamma påbyggnadsutbildningar för personer med olika utbildnings- och yrkesbakgrund exempelvis inom gerontologi och geriatrik, beroendeproblematik, demensvård, vård i livets slutskede m.fl. områden.

Arbetsgivaren har ansvar för fortbildningen också av biståndsbedömare och arbetsledare. I undersökningen av medlemmar i Kommunal och SKTF (1997) hade SKTF-gruppen önskemål om fortbildning inom data/IT, ekonomi och budgetarbete, juridik och verksamhets- och arbetsledning. Denna rangordning avviker tydligt från den som tidigare redovisats för Kommunals medlemmar. Den speglar de uppgifter som är betydelsefulla i handläggares och arbetsledares vardag. Med tanke på det behov som finns av kvalificerad sjukvård i äldreomsorgen är det angeläget att arbetsledarna också får utökade medicinska kunskaper.

Uppgifterna i samhällets sociala omsorg kommer också i framtiden att förändras på olika sätt. Med ökad kompetens hos personalen ökar förutsättningarna för fortlöpande utvärdering och kvalitetsutveckling av arbetet och en beredskap för förändringsarbete. Utbildningen behöver planeras i samverkan med praktikfältet för att ett flexibelt samspel mellan de akademiska och de verksamhetsbaserade intressena skall uppnås.

Högskoleutbildningen inom social omsorg kan komma att få olika innehåll beroende på organisatorisk och ämnesmässig hemvist. Under alla förhållanden behövs en tydlig väg för studenter från denna utbildning till forskarutbildning och forskning. Det ligger nära tillhands att knyta an till ämnet socialt arbete. Andra

kanske söker sig till något samhällsvetenskapligt ämnesområde eller till ämnet omvårdnad. Oavsett vetenskaplig förankring är det angeläget med tanke på verksamhetens fortsatta utveckling att social omsorg som praxisfält beforskas.

7.6.4 En utvärdering

Utredningen om bemötande av äldre har i samarbete med Socialstyrelsen låtit utföra en intervjustudie om utbildningens sätt att förmedla kunskaper om ett gott bemötande till äldreomsorgens vårdbiträden och arbetsledare.

Studien har redovisats i en rapport med titeln "Värdigt bemötande – går det att lära?" (SoS-rapport 1997:17). Yrkesaktiva vårdbiträden och arbetsledare inom äldreomsorgen, som under de senaste åren genomgått gymnasieskolans omvårdnadsprogram respektive högskolans sociala omsorgsutbildning har intervjuats. Syftet med studien var dels att undersöka på vilket sätt frågor om förhållningssätt och bemötande hade tagits upp under utbildningstiden, dels i vad mån man senare som personal ansåg att de äldre verkligen bemöttes på ett värdigt sätt.

Med värdigt bemötande avsågs i studien att vårdpersonalen

- visar respekt för den enskilde vårdtagaren
- ger vårdtagaren stöd att bevara sin integritet och sitt självbestämmande
- hjälper vårdtagaren till ett meningsfullt innehåll i vardagen.

Sammanlagt 33 högskoleutbildade arbetsledare/biståndsbedömare och 46 gymnasieutbildade vårdbiträden/undersköterskor deltog i undersökningen. De högskoleutbildades utbildningsbakgrund omfattade social omsorgsutbildning om 80 till 120 poäng. Gymnasiegruppen bestod dels av sådana som gått på gymnasieskola två eller tre år, dels av personer som gått komprimerade kurser på mellan 8 och 18 månader inom kommunal vuxenutbildning. De skilde sig åt när det gällde ålder. Medelåldern hos de högskoleutbildade var 38 år. För dem som gått gymnasieskolans omvårdnadsprogram inom kommunal vuxenutbildning var den 39 år mot de "ungdomsutbildades" 20 år.

Enligt de intervjuade hade bemötandenaspekterna inte haft någon framträdande roll i utbildningarna. Det gällde särskilt gymnasieskolegruppen, som också själva värderade de medi-

cinska kunskaperna högst. Ämnen som etik och psykologi fick litet utrymme i undervisningen. Intentionen i kursplanen för gymnasieskolans omvårdnadsprogram var att sådana ämnen skulle återkomma och integreras i ämnena omvårdnadskunskap och social omsorgskunskap.

De högskoleutbildade hade i något större utsträckning mött bemötande som ett tema i utbildningen, dock mestadels ur ett arbetsledarperspektiv. Vård i livets slutskede var ett område som försumrats nästan helt i högskolans sociala omsorgsutbildning.

Många hade dåliga erfarenheter av det bemötande de själva fick i den arbetsplatsförlagda utbildningen (APU) i gymnasieskolan. Kritiken riktades mot bristfällig förberedelse inom APU, dåligt bemötande från personalen på praktikplatserna och otillräcklig handledning. De gymnasieutbildade var också kritiska till hur vårdtagarna bemöttes inom äldreomsorgen. Däremot var högskolegruppen i allmänhet nöjd med sin praktiska utbildning. De hade ofta själva fått välja sin praktikplacering, de kände sig välkomna och välutbildade handledare styrde in dem på väsentliga frågor. Men förhållningssättet utgick som regel från arbetsledarens roll i relation till personalen snarare än till vårdtagaren. Båda yrkeskategorierna kritiserade sin utbildning för bristande stöd i personlighetsutveckling och förberedelse för kommande yrkesfunktion.

De intervjuades erfarenhet av de arbetsplatser de kom till efter utbildningen stärker intrycket av brister i bemötandet. I vissa fall hade arbetsledaren ett begränsat inflytande eftersom arbetet fördelades inom självstyrande grupper. Det var också svårt för arbetsledaren att hinna med.

Intervjuundersökningens slutsats är att det krävs en översyn av innehåll och former både för teoretisk undervisning och praktiska fältstudier i de utbildningar som förbereder för arbete inom äldreomsorgen.

7.7 Kunskapslyftet m.m.

7.7.1 Inledning

Jag har i tidigare avsnitt konstaterat, att en stor andel av vårdbiträdena saknar formell utbildning för sina uppgifter. Även om många utför ett mycket gott arbete, byggt på lång erfarenhet, förtrogenhetskunskap och starkt engagemang anser jag det vara väsentligt både för deras och verksamhetens skull att ökande krav

möts med utbildningsinsatser. Utöver de möjligheter till fortbildning och påbyggnadskurser som nämnts vill jag här kort nämna några nya initiativ där staten riktar medel för utbildningsinsatser.

7.7.2 Ett nationellt kunskapslyft för vuxna

Som del i en strategi för livslångt lärande och med målet att Sverige skall utvecklas som kunskapssamhälle har en parlamentariskt sammansatt kommitté tillsatts (dir. 1995:67). Kommittén skall i ett första steg föreslå mål för ett nationellt kunskapslyft för vuxna. Arbetet skall avspegla hela vuxenutbildningen och visa vilken kontinuerlig utbildning och fortbildning som vuxna behöver i ett samhälle där kraven på kunskap höjs. Den pedagogiska utvecklingen skall uppmärksammas bl.a. eftersom vuxenutbildningen i så stor omfattning rekryterar kvinnor och personer med invandrarbakgrund.

I tilläggsdirektiv (dir. 1996:71) har kommittén fått uppdraget att följa den särskilda femåriga vuxenutbildningsinsatsningen som fick sin start den 1 juli 1997 och ursprungligen skulle omfatta 100 000 helårsplatser per år. Riksdagen har beslutat att satsningen, Kunskapslyftet, skall utökas med 10 000 platser åren 1997, 1998, 1999 och 2000 för att då totalt omfatta 140 000 helårsplatser. Uppföljningen skall ske tillsammans med en särskild delegation som inrättats för att lämna förslag till regeringen om fördelningen till kommunerna av anvisade medel.

Målgruppen är i första hand vuxna arbetslösa som helt eller delvis saknar treårig gymnasiekompetens. Därutöver skall satsningar också vända sig till anställda som helt eller delvis saknar denna kompetens.

Då verksamheten ännu är helt ny är det svårt att överblicka effekterna. Jag har emellertid erfarit att det föreligger vissa tolkningssvårigheter kring regelverket och den del av satsningen som skall vända sig till redan anställda. Min förhoppning är att det rör sig om "inkörningssvårigheter". Jag finner dock att situationen inom äldreomsorgen och det stora antalet anställda som saknar gymnasiekompetens, dvs. grundläggande formell utbildning, bör leda till vissa initiativ från regeringens sida. Jag lägger i avsnitt 9.2 förslag i frågan. Arbetsgivarna, kommunerna, har ett stort ansvar för fortbildning och andra kompetenshöjande insatser. Statens medverkan krävs under rådande förhållanden för att ut-

bildningsnivån inom äldreomsorgen som helhet skall kunna höjas.

7.7.3 Medel för otraditionella insatser

Som en kompletterande åtgärd för att möta bl.a. ökande krav i äldreomsorgens uppgifter har regeringen avsatt medel för s.k. otraditionella insatser. Dessa medel har ökats (1997) med 50 miljoner kronor som skall underlätta åtgärder för kommunalt anställda som på grund av bristande utbildning riskerar att förlora arbetet. I budgetpropositionen (prop. 1997/98:1, utgiftsområde 14, s. 39 f.) uppmärksammas att innehållet i äldreomsorgen förändrats från serviceuppgifter till personlig omvårdnad och även innefattar alltmera avancerad sjukvård. Det fastslås att huvudansvaret för kompetensutvecklingen av de kommunalt anställda ligger hos arbetsgivaren men att det under rådande förhållanden är väsentligt att staten genom utbildnings- och arbetsmarknadspolitiken medverkar till en kompetenshöjning bl.a. av personal i vård och omsorg om äldre.

7.8 Personalens arbetssituation

7.8.1 Personalens egna upplevelser av arbetssituationen

SKTF och Kommunal har i maj 1997 låtit genomföra en undersökning om medlemmarnas upplevda arbetssituation inom hemtjänsten. Resultatet visar att åtta av tio medlemmar anser att deras arbetsbelastning ökat under det senaste året. De främsta orsakerna till detta förhållande är enligt medlemmarna ett större antal arbetsuppgifter samt fler brukare per anställd samtidigt med minskade resurser.

Sju av tio anser att arbetet blivit mer ansvarsfullt. Hälften anser att arbetsområdet utökats under det senaste året, vilket enligt åtta av tio medlemmar föranlett ökad stress i arbetet. 38 procent anser att kvaliteten i verksamheten försämrats medan 27 procent anser att den förbättrats. Som trolig orsak till försämringen anges minskade resurser, personalnedskärningar och merarbete. Omvårdnaden, bemötandet och administrationen har förbättrats menar de som upplever att kvaliteten blivit bättre.

Trots upplevelser av ökad stress och försämrad kvalitet anser dock drygt hälften av de tillfrågade medlemmarna att de har möjlighet att utföra ett kvalitativt bra arbete. Majoriteten (83 procent) anser dessutom att de har möjlighet att möta brukarna på ett etiskt bra sätt.

7.8.2 Anmälda arbetsolyckor och arbetssjukdomar

Antal anmälningar och fördelning på yrkesgrupper

Anmälningar till försäkringskassorna om arbetssjukdom och arbetsolycksfall registreras i Arbetarskyddsstyrelsens informationssystem om arbetsskador (ISA).

För perioden 1992 - 1996 fanns i ISA registrerade totalt 11 547 arbetssjukdomar och 21 158 arbetsolycksfall, vilka relaterades till arbetet inom vissa yrkesgrupper. De yrkesgrupper som anmälningarna avser är sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden och vårdbiträden m.fl. Det har under perioden skett en årlig minskning av antalet anmälningar bland dessa yrkesgrupper liksom även generellt sett.

Den relativa frekvensen arbetsolycksfall minskar även allmänt sedan slutet av 1980-talet. Minskningen har dock gått långsammare under de senaste åren. Antalet sjukdagar i medeltal har under perioden 1992 - 1995 legat på samma nivå som i mitten av 1980-talet (25 - 27 dagar/per olycksfall).

Den relativa frekvensen arbetssjukdomsfall minskar även sedan slutet av 1980-talet. De senare årens minskningar kan delvis förklaras av förändrade regelsystem inom socialförsäkringen.

Vårdbiträden m.fl. är den yrkesgrupp som inom vård och omsorg har flest anmälda olyckor och sjukdomar i arbetet. Ett mått på riskerna i ett yrke är den relativa frekvensen av arbetsolycksfall och arbetssjukdomar i en yrkesgrupp i förhållande till genomsnittet. En sådan analys visar att den relativa frekvensen arbetsolyckor och arbetssjukdomar var (enligt senaste tillgängliga uppgifter, år 1990/91) hos vårdbiträden m.fl. högre än den genomsnittliga frekvensen hos samtliga yrkesgrupper inom vård och omsorg. Hos vårdbiträden m.fl. var den relativa frekvensen olycksfall 23,2 i jämförelse med 17,4 i genomsnitt. För arbetssjukdomar var motsvarande förhållande 13,8 respektive 9,7.

Anmälningar som avser arbetsolycksfall respektive arbetssjukdomar från den kommunala verksamheten utgör 68 procent respektive 74 procent av samtliga anmälningar under de här stu-

derade åren. Motsvarande andelar i den landstingskommunala verksamheten är 28 procent respektive 22 procent. Ett antagande kan vara att skillnaderna beror på att antalet anställda i yrkesgrupper som vårdbiträden m.fl. är betydligt större i kommunerna. Andra orsaker kan ha samband med tillgång till hjälpmedel, information och utbildning i arbetsteknik. Ensamarbete och lyftmoment utgör stora riskfaktorer i arbetet.

Händelser som föranleder arbetsolyckor och orsaker till arbetssjukdomar

Oftast gäller arbetsolyckor hos vårdpersonal överbelastnings-skador i samband med lyft vid t.ex. förflyttningar av någon person från säng, rullstol, toalettstol m.m. År 1995 avsåg drygt hälften (55 procent) av arbetsolyckorna hos vårdbiträden m.fl. överbelastning. Motsvarande andelar för undersköterskor/sjukvårdsbiträden var 58 procent och för sjuksköterskor 35 procent. Därefter följer bl.a. fallskador och skador som förorsakas genom annan person.

Belastningsskadorna är även den främsta orsaken till arbetssjukdomar hos vård- och omsorgspersonal. 66 procent av samtliga arbetssjukdomar hos vårdbiträden m.fl. avsåg år 1995 belastningsskador. Motsvarande andelar hos undersköterskor/sjukvårdsbiträden var 62 procent och hos sjuksköterskor 35 procent. Skador på främst rygg och nacke är vanliga hos de här redovisade yrkesgrupperna.

Utöver belastningsskadorna är sociala och organisatoriska faktorer (16 procent) vanliga orsaker till arbetssjukdomar hos vårdbiträden m.fl. och hos sjuksköterskor (25 procent). Sociala och organisatoriska faktorer avser t.ex. effekter av stress i arbetet, brister i arbetsledning och arbetsorganisation samt i vissa fall konflikter i arbetsgrupperna. Däremot är kemisk påverkan (19 procent) en vanligare anledning till arbetssjukdomar hos undersköterskor/sjukvårdsbiträden. Skador av kemisk påverkan avser ofta skador av vatten, tvål, rengöringsmedel och gummi-handskar.

7.8.3 Arbetsmiljölagens krav på god arbetsmiljö m.m.

Inledning

Brister i arbetsorganisation, utbildning, utrustning m.m. ger konsekvenser för personalens arbetsmiljö och därmed även för kvaliteten i insatserna - bemötandet av äldre t.ex. Detta har också påpekats i de yttranden som inkommit till utredningen.

Arbetsmiljölagen syftar till att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att uppnå en god arbetsmiljö för personalen samt utvecklande och meningsfulla arbeten. Arbetsmiljökraven avser förbättringar av arbetsmiljön i fysiskt, organisatoriskt och socialt hänseende.

Arbetarskyddsstyrelsen är nationell tillsynsmyndighet för arbetsmiljön. Styrelsen utfärdar föreskrifter och allmänna råd om arbetsmiljölagens krav. Yrkesinspektionen svarar för den direkta tillsynen av arbetsplatser.

Arbetarskyddsstyrelsen har i sitt yttrande över betänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) och rapporten med goda exempel (SOU 1997:52) lyft fram det betydelsefulla sambandet mellan arbetsmiljöförhållanden och möjligheterna att ge ett gott bemötande. Jag delar styrelsens uppfattning att kontinuerlig uppföljning och förbättring av personalens arbetsmiljö skapar bättre förutsättningar för ett gott bemötande av äldre.

Förhållandet mellan arbetsmiljölag och socialtjänstlag

I föreskrifter om omvårdnadsarbete i enskilt hem (AFS 1990:18) framhålls bl.a. betydelsen av att arbetsgivare i sin planering av verksamheten tar hänsyn till de krav på arbetsorganisation, utbildning, information och utrustning som kan behövas för att arbetsmiljön skall vara tillfredsställande för personalen. Vidare framhålls att en god arbetsmiljö i psykiskt och fysiskt hänseende i hög grad är en fråga om organisering av arbetet samt utbildning och samråd med den enskilde. Personal skall vid psykiskt påfrestande arbete regelbundet få stöd och handledning som komplement till grundläggande utbildning och instruktion. Detta är enligt Arbetarskyddsstyrelsen särskilt betydelsefullt för att motverka den ökande negativa stress i arbetet samt arbetsbelastning,

som kan följa av nedskärningar i vården och omsorgen och som även kan få konsekvenser för bemötandet.

Arbetsmiljölagens krav på god arbetsmiljö är inte oförenlig med socialtjänstlagens krav på självbestämmande och integritet för enskilda. De båda lagstiftningarna gäller parallellt utan att någon av dem har företräde framför den andra. Det är därför av största vikt att socialtjänsten i samråd med den enskilde mottagaren av hjälp tidigt uppmärksammar arbetsmiljön. Gemensamt bör man försöka finna en för alla parter godtagbar lösning på hur biståndet, insatserna, skall utformas (SoS Meddelandeblad 18/91). Detta ställer krav på god information och kommunikation med den enskilde och hans/hennes närstående och även en god beredskap att finna flexibla lösningar som kan tillgodose båda parter behov. Också detta ser jag som en väsentlig fråga om bemötande av äldre. Stor vikt måste exempelvis läggas på en god introduktion av hjälpmedel och andra anpassningsåtgärder i en hemmiljö som inte förändrats under lång tid och som av den enskilde upplevs som en del av hans/hennes identitet.

Internkontroll av arbetsmiljön

Arbetsgivaren är skyldig att bedriva internkontroll av arbetsmiljön. I Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (1996:6) framgår att arbetsgivaren skall ange hur arbetsmiljön skall vara utformad för att ge goda arbetsförhållanden. Internkontrollarbetet skall bedrivas parallellt med övrigt kvalitetsarbete och systematisk verksamhetsstyrning. Vidare skall arbetsgivaren ta reda på om arbetstagarens kunskaper om arbetet, risker och övriga arbetsförhållanden är tillräckliga för att arbetsmiljökraven skall uppfyllas. Internkontrollarbetet förutsätter att planering, genomförande och uppföljning av arbetsmiljöåtgärder sker systematiskt. Arbetsgivaren skall ta fram handlingsplaner för detta arbete.

Arbetsgivare skall utreda orsakerna till ohälsa, olycksfall och allvarliga tillbud i verksamheten samt göra årliga sammanställningar av dessa. Syftet är att underlätta bedömningar av risker i arbetet. Tillbudsrapportering och avvikelserapportering utgör en betydelsefull del av det skadeförebyggande arbetet och ett viktigt underlag för att öka riskmedvetenhet hos personalen. Det skall finnas interna rutiner för rapportering av risker, brister och andra otillfredsställande arbetsförhållanden. Arbetsgivaren skall även ha rutiner för hur sjukfrånvaro och orsaker till ohälsa, olycksfall och tillbud skall anmälas. Dessa skall dokumenteras. Allvarliga till-

bud, skador m.m. skall omedelbart och direkt rapporteras till yrkesinspektionen.

Konsekvensbeskrivningar vid förändringar i verksamheten

Enligt föreskrifterna om internkontroll av arbetsmiljön skall arbetsgivaren genomföra konsekvensbeskrivningar vid förändringar i verksamheten. Sådana beskrivningar genomförs inte konsekvent. Det saknas ofta kartläggningar och analyser av riskerna för arbetsmiljön i samband med t.ex. nedskärningar och sparkrav i verksamheten. Analyserna skall enligt tillsynsmyndigheterna kunna påvisa att arbetet efter förändringen är organiserat och kan utföras på ett sådant sätt att betryggande säkerhet ges mot ohälsa och olycksfall. Yrkesinspektionen kan med stöd av arbetsmiljölagen kräva att konsekvensbeskrivningar görs och att dessa skall finnas med som underlag vid beslut om förändringar.

Föreskrifter om kränkande särbehandling i arbetslivet

Sociala och organisatoriska faktorer är en av orsakerna till arbetsjukdomar hos personalen. I föreskriften om kränkande särbehandling i arbetslivet (AFS 1993:17) framhålls t.ex. att brister i organisering av arbetet, för hög eller för låg arbetsbelastning eller kravnivå kan utgöra grund för ett sådant beteende. Dessutom kan även brister i arbetsgivarens personalpolitik eller bristande bemötande av de anställda utgöra grund för kränkande beteenden. Olösta och långvariga organisatoriska problem orsakar stark och negativ psykisk belastning i arbetsgrupperna. Stresstoleransen i gruppen minskar, vilket kan orsaka "syndabockstänkande".

Andra väsentliga föreskrifter i sammanhanget rör våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993:2) samt arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1).

7.9 Kvalitetsutveckling och förebyggande arbetssätt

7.9.1 Kvalitetsarbetet i kommunernas verksamhet

Jag har enligt direktiven till utredningen att kartlägga och översiktligt beskriva lokalt fastställda politiska mål och riktlinjer för

kvalitet och bemötande och hur dessa följs upp. I min efterlysning (hösten 1996) av goda exempel på det utvecklingsarbete som pågår i kommuner och landsting, efterfrågade jag även exempel på måldokument för vården och omsorgen om äldre och hur dessa mål följs upp. Endast en mindre del av de exempel som kommuner och landsting överlämnade avsåg målbeskrivningar med tydliga strukturer för uppföljning och utvärdering.

Jag erhöll många redovisningar av resultat från brukar- och anhörigundersökningar. Det saknas dock i stor utsträckning analyser av resultaten. Likaså saknas ofta planer för förbättringsarbete med anledning av de kritiska synpunkter som framkommer. Mina iakttagelser överensstämmer med de erfarenheter som Socialstyrelsen redovisar i rapporten *Kvalitetsarbete i framtiden* (SoS-rapport 1997:21).

Socialstyrelsen har sedan år 1993 bedömt cirka 300 ansökningar med temat egenutvärdering och kvalitetsutveckling. Ett hundratal av dessa ansökningar har beviljats projektmedel om sammanlagt 19 miljoner kronor. Socialstyrelsen har i nämnda rapport samlat och bedömt erfarenheter från den "första generationens" kvalitetsutvecklingsprojekt inom äldre- och handikappomsorgen.

Huvuddelen av utvecklingsprojekten som redovisas i rapporten har haft som syfte att

- skapa en lärande organisation
- bygga kvalitetssystem
- utvärdera kvalitetsarbete.

Enligt Socialstyrelsens bedömning har det hittillsvarande utvecklingsarbetet dominerats av projekt som byggts upp kring mätinstrument och mättekniker, vanligen enkäter och intervjuer. Socialstyrelsen framhåller att mått och mätinstrument kan vara viktiga redskap för en målinriktad kvalitetsutveckling men konstaterar samtidigt att det är svårt att se hur projektens mätresultat verkligen använts. Förhållandevis få projekt har försökt inhämta information om verksamheten på annat sätt än genom traditionella enkät- och intervjuundersökningar. Dock har bl.a. registrering av klagomål från brukare och deras anhöriga förekommit i några projekt.

Socialstyrelsen uppmärksammar att det bara är ett fåtal av samtliga projekt som arbetat med kvalitetsutveckling på ett preciserat sätt med mätningar, värderingar och åtgärder som delar i en helhet. Fördelar skulle vinnas om kunskaps- och erfarenhets-

utbytet mellan kommunerna kunde utvecklas när det gäller kvalitetsutveckling inom socialtjänsten.

Jag instämmer i detta och ser också utvecklingsmöjligheter dels genom samverkansprojekt mellan huvudmännen, dels genom kvalitetsutveckling som genomförs med aktiv medverkan av exempelvis pensionärs- och handikapporganisationer i hela processen planering, genomförande och utvärdering.

7.9.2 Återföring av dokumenterade brister i förebyggande syfte

Ett förebyggande arbetssätt har stor betydelse för utveckling av kvalitet och innehåll i vården och omsorgen. Jag har i delbetänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) framhållit att det är nödvändigt för ett effektivt förebyggande arbete att använda kunskaper om brister, även negativa erfarenheter som förmedlats av enskilda äldre och deras anhöriga.

Under utredningstiden har synpunkter framkommit om att vården och omsorgen är alltför försvarsinriktad. Kritiska synpunkter betraktas inte som en resurs och en utgångspunkt för kvalitetsutveckling.

För enskilda och anhöriga är det som händer i mötet med personalen många gånger helt avgörande för upplevelsen av kvalitet i en insats. Bemötandet handlar om en ömsesidig kommunikation och information. Bristande information och kommunikation leder till minskat förtroende för verksamheten och inte sällan till felaktiga förväntningar som påverkar fortsatta kontakter. Min bestämda uppfattning är att ökad lyhördhet och öppenhet inför synpunkter och klagomål från enskilda och anhöriga ger direkta effekter på brukarnas upplevelser av verksamheten. En viktig kvalitetsaspekt är organisationens förmåga att snabbt reagera på klagomål, fel och brister. Det handlar både om att kunna rätta till fel och undanröja brister i en viss situation men också om att använda erfarenhet för att undvika att felet återkommer.

På nationell nivå finns brister i bemötande, kvalitet och innehåll dokumenterade hos bl.a. Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och hos Patientskadeförsäkringen. Brister finns också dokumenterade hos förtroendenämnder i landsting och i vissa kommuner.

I kapitel 8 belyser jag behovet av en kontinuerlig uppföljning av kvalitetsbrister i förebyggande syfte.

7.10 Arbetsmetoder som stärker enskildas och /eller anhörigas inflytande i vård och omsorg om äldre

7.10.1 Inledning

Jag har i det föregående redovisat behov av olika åtgärder, bl.a. preciseringar i lagstiftning, för att stärka enskildas och anhörigas ställning i vården och omsorgen om äldre. Utöver sådana åtgärder erfordras enligt min bedömning en fortlöpande utveckling av arbetsmetoder som skapar förutsättningar för den enskildes inflytande. Frågor om enskildas inflytande i förhållande till personalens yrkeskunskaper bör enligt min mening behandlas i olika utbildningar inom vård och omsorg.

Uppmärksammade brister

Länsstyrelserna har i sin tillsyn över kommunernas äldreomsorg uppmärksammat brister i biståndsutredningar. Det saknas bl.a. uppgifter om vilket bistånd den enskilde ansökt om samt vilket behov som ligger till grund för ansökan. Det förekommer även brister i kommunikationen med den enskilde om innehållet i biståndsbeslutet. Justitieombudsmannen (JO) har i många beslut framhållit brister i dokumentation (Socialtjänstkommitténs betänkande SOU 1995:86) av såväl biståndsutredningar som av vidtagna åtgärder. Det saknas ofta en enhetlig struktur och samordning av dokumentationen liksom en koppling mellan mål och redovisning av vad som uppnåtts med insatserna. Enligt Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, HSAN m.fl. är även brister i omvårdnadsdokumentationen enligt patientjournalagen vanliga.

Äldre känner inte alltid till vilka insatser som biståndsbeslutet omfattar. De kan därför inte heller göra bedömningar om utförda insatser motsvarat dem som beviljats. Enskilda och deras närstående kan genom otydlig information ha fått helt felaktiga förväntningar på insatsernas innehåll och omfattning. Brukarundersökningar i Stockholm har visat att var femte hjälptagare inte vet vilken hjälp biståndsbeslutet omfattar (USK, 1995). Detta är enligt min mening ett förhållande som måste ändras bl.a. på grund av att det kan innebära allvarliga brister i rättssäkerhet för enskilda. Det ger inte heller möjlighet till inflytande och delaktighet.

7.10.2 Arbetsmetoder för ökat inflytande

Inledning

Jag avser här att översiktligt redogöra för metodik som kan tillämpas för att öka den enskildes inflytande, delaktighet och rätts-säkerhet. Samtidigt innebär metodiken att personalens arbetsinnehåll kan berikas och ge utrymme för ökat personligt ansvar. Jag syftar på ett arbetssätt som inbegriper individuell behovsbedömning, individuella planer, välkomstsamtal (ankomstsamtal), kontaktmannaskap och strukturerad dokumentation. Metoder för ökat inflytande omfattar även uppsökande verksamhet samt kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar på individmålgrupps- och verksamhetsnivå. Genomtänkta rutiner för klagomålshantering behöver dessutom ingå som en naturlig del av arbetsmetodiken.

Biståndsbedömning/ behovsbedömning

En rättssäker behovsbedömning och beslut om bistånd enligt 6 § SoL är grunden för kommunernas verksamhet för äldre. Svenska Kommunförbundet har definierat behovsbedömning (Cirkulär 1995:179) som en process som föregår och leder fram till beslut om bistånd.

Det rör sig om en helhetsbedömning av den enskildes behov och situation. Det är inte tillräckligt att koncentrera bedömningen till den enskildes förmågor och oförmågor. Behovsbedömningen behöver förutom beskrivningar om den enskildes fysiska och psykiska behov även omfatta uppgifter om t.ex. den enskildes tidigare liv, intressen, sociala situation, familjeliv m.m. För en helhetsbedömning är det nödvändigt att olika yrkesgrupper samverkar och bidrar med sin kompetens. Referensgruppen med handikapporganisationerna har påpekat vikten av att helhetsbedömningar görs med kunskap om olika funktionshinder. En viktig del av behovsbedömningen är att tillsammans med den enskilde gå igenom vad insatserna skall leda till.

Individuell biståndsbedömning och beslut även i särskilt boende

Jag har erfarit att behovsbedömning och beslut i form av särskild boendeform vanligtvis avser rätten att få tillgång till ett särskilt

boende. Biståndsbeslutet innehåller däremot inte de insatser som den enskilde bedömts vara i behov av för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå i det särskilda boendet. Ett sådant förhållningssätt är enligt min mening ett tydligt uttryck för det kollektiva synsätt på äldres behov som i många avseenden präglar insatserna för äldre i vård och omsorg. Den bristande individualiseringen har jag redovisat i mitt kartläggningsbetänkande (SOU 1997:51).

Jag delar Svenska Kommunförbundets uppfattning att insatser i särskilda boendeformer, på motsvarande sätt som sker vid bedömning av insatser i den ordinarie bostaden, måste grunda sig på en individuell behovsbedömning. Biståndsbeslutet bör ange vilka insatser som beviljas i det särskilda boendet.

För uppföljning och utvärdering är det lika betydelsefullt i detta sammanhang som beträffande insatser i ordinarie bostad att ange målet med insatserna i biståndsbeslutet.

Individuell uppföljning av biståndet

Det huvudsakliga syftet med en individuell uppföljning är att försäkra sig om att den enskilde erhåller det stöd och den hjälp som han/hon är berättigad till enligt biståndsbeslutet och att insatserna utförs i enlighet med den enskildes önsknings och behov. Den individuella uppföljningen har också betydelse för att anpassa insatserna efter förändrade behov. Den enskildes upplevelse av kvaliteten i vården och omsorgen ger viktig kunskap om kontinuitet, tillgänglighet, bemötande, information, självbestämmande och integritet m.m. Uppgifterna från den individuella uppföljningen kan i avidentifierad form sammanställas på målgrupps- eller verksamhetsnivå och ge underlag för utvärderingar av olika verksamheter i förhållande till kvalitetskriterier.

En strukturerad individuell uppföljning har enligt min mening bättre tillförlitlighet och säger mera om enskildas upplevelser av kvaliteten i verksamheten än t.ex. enkäter som används i brukarundersökningar. En strukturerad individuell uppföljning förutsätter dessutom en tydlig och enhetlig struktur i dokumentationen och individuella planer för den enskilde, vilket ytterligare höjer kvaliteten i verksamheten.

Nya bestämmelser om dokumentation

De ändringar som införs i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) den 1 januari 1998 innebär bl.a. en tydligare bestämmelse om socialtjänstens skyldigheter att dokumentera. Dokumentations-skyldigheten skall omfatta all verksamhet som utgör handläggning av ärenden rörande enskilda samt genomförande av stöd- och hjälpinsatser. Bestämmelserna innebär en utvidgning av ansvaret i förhållande till nuvarande socialtjänstlag.

Den nya bestämmelsen är enligt min mening betydelsefull, inte minst av rättsäkerhetsskäl. Bestämmelser om enhetlig struktur för dokumentationen finns dock inte reglerad i den nya lagstiftningen. Däremot föreslog Socialtjänstkommittén i sitt slutbetänkande Dokumentation och socialtjänstregister (SOU 1995:86) en sådan struktur (s.131). Den ger enligt min mening ett gott underlag som underlättar tillsyn, uppföljning och utvärdering av insatserna. Kommitténs förslag innehåller en struktur som omfattar

- handläggning av ärende (anhängiggörande, utredning, beslut)
- verkställighet av beslut
- uppföljning och avslutning.

Jag har erfarit att Socialstyrelsen med anledning av de nya bestämmelserna i SoL, avser att utfärda allmänna råd om dokumentation. Enligt uppgifter som jag inhämtat planerar styrelsen därvid att utgå från Socialtjänstkommitténs föreslagna struktur, vilket jag finner mycket positivt.

Det finns ytterligare betydelsefulla skäl för en väl utförd dokumentation av socialtjänstens insatser. Den har väsentlig betydelse för kvalitetssäkring och för rapportering till nationell statistik och till forskning. Dokumentationen är också viktig för att skapa kontinuitet i vården och omsorgen när andra vårdgivare skall överta ansvaret för omvårdnaden av den enskilde.

Under genomförandefasen skall de insatser dokumenteras som avser individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser. Jag har tidigare mer ingående redogjort för den individuella planens betydelse för enskildas inflytande och delaktighet. Jag vill här uppmärksamma att den individuella planen bör upprättas tillsammans med den enskilde och att planen bör innehålla uppgifter som är nödvändiga för planering, genomförande och

uppföljning av insatserna. För den kommunala hälso- och sjukvården finns bestämmelser i patientjournalagen (1985:562) om sjuksköterskornas ansvar att dokumentera omvårdnadsåtgärder i en omvårdnadsjournal. I denna journal skall antecknas de omvårdnadsåtgärder som behövs för en god och säker vård. Enligt de uppgifter som jag inhämtat samordnas dokumentationen i många kommuner så att omvårdnadsjournalen innehåller uppgifter om såväl insatser enligt SoL som HSL.

Välkomstsamtal och kontaktmannaskap

Kännedom om den enskildes tidigare livsföring, vanor, livsstil etc. är nödvändig för att kunna ge en god och personlig omvårdnad.

Syftet med ankomstsamtal eller välkomstsamtal, som jag föredrar att kalla dem, är att personalen skall lära känna den enskilde och dennes behov, önsknningar, tidigare intressen och livshistoria för att lättare kunna tillgodose behoven. Samtalen har flera funktioner; den enskilde, anhöriga och personalen ges möjlighet att lära känna varandra samtidigt som ömsesidig information lämnas. Samtalen kan dessutom ha en annan funktion genom att t.ex. personalen ger stöd till anhörig. Välkomstsamtalen är lika viktiga inom hemtjänsten som inom särskilda boendeformer.

Syftet med kontaktmannaskapet är att skapa kontinuitet i omvårdnadssituationen. Det är en arbetsmetodik som stärker ett individuellt bemötande. I detta sammanhang är kontaktmannen/kvinnan den person i personalgruppen som bäst känner till den enskildes behov och är den som främst svarar för vård- och omsorgsinsatserna. Han/hon svarar för välkomstsamtalen (i vissa fall tillsammans med en sjuksköterska/arbetsledare). I kontaktmannaskapet ingår även att svara för de utåtriktade kontakterna med t.ex. anhöriga, andra vårdgivare och myndigheter. Kontaktmannaskapet är enligt min mening en garanti för kontinuitet och trygghet. Det är av stor betydelse att ansvarig arbetsledning klargör vad kontaktmannaskapet innebär, vilket stöd som finns att tillgå samt behov av specifikt stöd/utbildningsinsatser m.m. Kontaktmannaskap handlar om funktioner inom en personalgrupp till skillnad från kontaktperson som är en särskild insats enligt bl.a. socialtjänstlagen. I det senare fallet avses ett personligt stöd från någon utanför personalgruppen och med syftet att utvidga den enskildes sociala nätverk.

Försök med serviceavtal

Idén till s.k. serviceavtal kommer ursprungligen från Storbritannien och från den finska kommunen Tavastehus. Systemet innebär att kommunerna förbinder sig att ge service av en viss mängd och kvalitet inom en viss tid. (PM Svenska Kommunförbundet 1997-05-28.) I avtal konkretiseras den kommunala servicen så att det blir tydligt vad kommunernas invånare kan förvänta sig. Det görs även tydligt vilka krav invånarna kan ställa om inte kommunernas utfästelser om bl.a. kvalitet infrias. Serviceavtalen skärper kraven på att utveckla service, vård och omsorg.

Äldreberedningen inom Svenska Kommunförbundet bedriver tillsammans med några kommuner ett projektarbete om serviceavtal inom äldreomsorgen under två år från och med hösten 1997.

Syftet med projektet är att stödja kommunernas strävanden att utveckla former för serviceavtal inom äldreomsorgen.

Arbetet skall bedrivas processinriktat och leda fram till konkreta förändringar i kommunens sätt att precisera vilka tjänster som medborgarna erbjuds, vilken kvalitet dessa tjänster skall ha och hur medborgare/brukare skall kunna framföra sina synpunkter.

Projektet förväntas bidra till bl.a. utvecklingen av tydligare politiska utfästelser inom den kommunala vården och omsorgen till äldre och en ökad medvetenhet om vikten av att stärka brukarinflytandet. Dessutom förväntas projektet bidra till en bättre dialog mellan förtroendevalda, anställda, brukare och allmänhet kring verksamhetens inriktning och resultat.

7.11 Ett gott exempel - Kom An!-projekt

7.11.1 Inledning

De nu välkända KomAn!-projekten har initierats av Svenska Kommunalarbetareförbundet och har sedan sin start år 1992 omfattat cirka 60 000 anställda i olika sektorer av kommunal verksamhet. Nyligen utkom en analys av projekten, deras teoretiska och praktiska bakgrund samt strategier för framtiden (KOMANCO HB, Stockholm, 1997). Utvärderingar har dessutom publicerats fortlöpande på olika sätt.

Ett genomgående tema i projekten är att all framgångsrik förändring måste börja och sluta hos den enskilda människan och att organisationens kompetens växer med medarbetarens kompetens.

KomAn!-projektens struktur

Förändringsarbetet sker direkt ute på arbetsplatsen. Arbetet med ett utvecklingsprojekt enligt KomAn!-filosofin pågår i vardagen, jämsides med den ordinarie verksamheten. Utvecklingsarbetet skall stegvis integreras i det vardagliga arbetet.

Två företeelser bildar en grund för projektens utformning:

- arbetsgivarens vision om verksamhetens framtid
- de anställdas bild av "starka och svaga sidor" i organisationen

Visionen skall ange färdriktning och förmedla "ett positivt energiladdat innehåll", alltså inte vara detaljstyrande.

Arbetsgivaren måste ha en öppen dialog med anställda och grundligt beskriva skälen till behov av förändringar. KomAn!-projekten konstaterar att detta är av avgörande betydelse för att minska den misstro som ofta väcks i samband med planerade eller förväntade förändringar.

De anställdas bild av starka och svaga sidor har formen av en nulägesanalys, beskriven av var och en under sekretess. Hur ser de anställda på sig själva? På gruppen? På organisationen? Detta är starten för ett utvecklingsprojekt - arbetsgrupper bildas och s.k. vägledare utses i arbetsgruppen. Vägledaren skall sammankalla sin grupp och leda processen. Vägledaren får särskild utbildning och skall vara en eldsjäl som har arbetskamraternas förtroende.

Ett särskilt ansvar för att hålla projektarbetet levande, för dokumentation m.m. har den projektledare som utses av ledningen för verksamheten. "Projektledaren är både lok och motor i förändringståget" (enligt den tidigare nämnda skriften, KOMANCO HB, 1997).

Projektledaren måste ha tydlig förankring och stöd från verksamhetens ledning. Dessutom skapas en ledningsgrupp som sammansätts så att beslutsvägar skall bli korta.

Syftet med hela processen är att idéer till positiv förändring inte skall fastna hos arbetskamrater i pausrummet, hos chefer eller i en allmän byråkratisk hantering.

De korta beslutsvägarna skall konkret kunna visa att det går att förändra med en egen insats av kunskap, erfarenhet och engagemang. På så sätt skapas en grund för fortsatta initiativ till förbättringar.

7.12 Några sammanfattande kommentarer

Att utveckla ett gott bemötande och förebygga att motsatsen uppstår handlar om processer som måste engagera många inom vården och omsorgen om äldre. I detta kapitel har jag berört olika aspekter på personalens situation. Av mitt uppdrag (dir. 1995:159) framgår att jag skall kartlägga och analysera bakgrundsfaktorer som kan påverka samspelet mellan äldre och personalen. Faktorer som nämns är bl.a. personalens kön, utbildningsbakgrund, ålder och socioekonomisk bakgrund.

Jag konstaterar att bemötandet kan påverkas av en rad olika förutsättningar i personalens psykosociala och fysiska arbetsmiljö. Arbetsledning och arbetsorganisation, materiella förutsättningar som minskar risker för t.ex. olycksfall samt utbildning om arbetsmiljöfrågor är några faktorer som redan uppmärksammas och fortsättningsvis måste uppmärksammas av arbetsgivare, yrkesinspektion och Arbetarskyddsstyrelsen m.fl.

Här vill jag dock betona den politiska ledningens roll för att arbetsmiljön skall hålla en sådan kvalitet som utvecklar förutsättningar för det goda bemötandet. En viktig del i detta är att den politiska ledningen är tydlig i målbeskrivningar och i krav på uppföljning av såväl insatser som riktas till enskilda äldre och deras miljöer som till personalen och dess arbetsmiljö. Det är en mycket angelägen uppgift att ha välfungerande rapporteringssystem för fel, försummelser, risker och klagomål och att säkerställa att informationen återförs till verksamheten som ett led i kvalitetsutvecklingen. Vidare är det av stor betydelse att materialet systematiskt blir föremål för en statistisk bearbetning som medger analyser av utvecklingstendenser och jämförelser över landet.

Jag vill understryka behovet av att skapa lärande organisationer. Målmedvetna satsningar som tar tillvara olika förmågor hos personalen i en verksamhet - se t.ex. KomAn!-projekten - leder till fördelar både för enskilda anställda och verksamheten. Jag vill särskilt nämna behovet av medarbetarsamtal och handledning liksom av stöd till personalen och andra förutsättningar för att söka vidareutbildning. Det ställer krav på utbildnings-

strategier och på utbildningsinnehåll men också på arbetets organisation.

Två företeelser som påverkar bemötandet och har strategisk betydelse vill jag särskilt betona: Den stora andelen timanställda liksom den stora andelen som saknar formell grundutbildning. Jag är väl medveten om att många oroas av det långsiktiga rekryteringsbehovet vilket för att kunna tillgodose kräver omfattande förberedelser bl.a. i form av utbildningssatsningar. Detta får emellertid inte skymma det faktum att det i dagsläget behövs snara åtgärder dels för att hitta lösningar som kan leda till att antalet timanställda minskar till förmån för tillsvidareanställda, dels för att stimulera utbildningsinsatser för personal som saknar formell grundutbildning för sitt arbete. Det senare kräver också ett pedagogiskt nytänkande så att denna personal, vanligen kvinnor och ibland med invandrarbakgrund, tryggt känner att de kan bidra med sina erfarenheter, dvs. en utbildning som leder till både ökade kunskaper och personlig utveckling.

Under utredningstiden har många förmedlat att arbetsuppgifterna inom vården och omsorgen om äldre måste värderas mera. Synpunkterna har flera dimensioner. Här vill jag peka på löneutvecklingen för bl.a. vårdbiträden. Den måste relateras till ökande krav och också motivera till kompetenshöjning.

Utbildningens innehåll måste både beträffande gymnasieskolans omvårdnadsprogram och i eftergymnasiala utbildningar präglas av större uppmärksamhet på innebörden av ett gott bemötande och de etiska frågor som aktualiseras vid vård och omsorg om äldre. Det leder mig till frågan om behovet av närmare samverkan mellan utbildningsinstitutioner och vardagsverkligheten i vården och omsorgen. Jag anser att det är lärorikt att se att samverkan påtagligt förbättras i de kommuner där man har särskilda samråd (Kommunal granskar omvårdnadsprogrammet 1997). Mot bakgrund av de förslag som kommit till utredningen vill jag också peka på behovet av olika specialkunskaper.

Beskrivningen av den historiska utvecklingen av utbildningen inom social omsorg är en viktig läsning. Det framstår enligt min mening klart att utbildningen bör knytas till socialhögskolorna och socionomutbildningen, vilket nu sker i några fall fr.o.m. den 1 januari 1998. Därmed kan en bättre grund skapas för såväl biståndshandläggare som arbetsledare. Det är också en stor fördel att utbildningen får en närmare anknytning till forskningen, en bas för ett ömsesidigt utbyte mellan forskning och tillämpning.

Även om det redan nu finns metoder för att säkra individuellt bemötande vid behovsbedömning, dokumentation och uppfölj-

ning konstaterar jag att det behövs ytterligare medel och förtydliganden kring bl.a. en individualiserad planering och samverkan. Detta ställer krav på arbetsgivarens ansvar för fortbildning - och strategier för att skaffa sig kunskaper om fortbildningsbehov liksom ett långsiktigt arbete för att tillgodose behoven.

8 Tillsyn, ansvarsfrågor, sekretess och kunskapsuppföljning, m.m.

8.1 Tillsynen över socialtjänsten och hälso- och sjukvården

8.1.1 Inledning

Behov av att se över formerna och organisationen av tillsynen över socialtjänsten har aktualiserats i olika sammanhang. Regeringen har i propositionen om Ändring i socialtjänstlagen (prop. 1996/97:124) uttalat att ett fortsatt utredningsarbete inom socialtjänsten behövs (s. 45) och en av de frågor som behöver utredas vidare är tillsynen över socialtjänsten. Utredningen skall lämna förslag till hur tillsynen kan förbättras och effektiviseras. En särskild utredare har tillkallats och denne skall redovisa uppdraget till regeringen senast den 31 mars 1999.

Först redogörs i det följande för tillsynen över socialtjänsten. Sedan lämnas en redogörelse över hur tillsynen inom hälso- och sjukvårdsområdet är organiserad och utövas. Efter en jämförelse mellan tillsynen över dessa båda verksamhetsområden beskriver jag uttalanden som under senare tid gjorts av regering och riksdag vad gäller tillsynen över socialtjänsten.

8.1.2 Tillsynen över socialtjänsten

Socialstyrelsen har tillsyn över socialtjänsten i riket och skall följa och vidareutveckla socialtjänsten. Till ledning för tillämpningen av socialtjänstlagen utfärdar Socialstyrelsen allmänna råd. Bestämmelserna härom finns i 67 § SoL.

Som central myndighet för socialtjänsten företräder Socialstyrelsen vad man kan kalla riksintresset. Styrelsens uppgift är att tolka och vidareutveckla statsmakternas mål och med stöd av erfarenheterna från verksamheten ge underlag till de ändringar av målen som kan behövas. Det ligger i Socialstyrelsens uppgifter att

i samråd med de kommunala huvudmännen bl.a. svara för övergripande planering, följa hur statsmakernas beslut tillämpas inom socialtjänsten och hur samverkan utvecklas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens uppgift att följa och vidareutveckla socialtjänsten kan bl.a. innebära insamlande av data rörande verksamheten och utveckling av metodik för social planering.

Länsstyrelsen skall inom länet följa socialnämndernas tillämpning av socialtjänstlagen. Detta framgår av 68 § SoL.

Det finns således också en regional tillsyn. Den regionala tillsynen är inte underställd någon central förvaltningsmyndighet.

Av 68 § SoL framgår att länsstyrelsen skall inom länet följa socialnämndernas tillämpning av socialtjänstlagen, informera och ge råd till allmänheten i frågor som rör socialtjänsten, biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet, främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan och även i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

8.1.3 Tillsynen över hälso- och sjukvården

Lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen) trädde i kraft den 1 januari 1997. Tillsynslagen har kommit till för att förtydliga och stärka tillsynen över hälso- och sjukvården. Lagen innebär att hälso- och sjukvården och dess personal, med undantag för hälso- och sjukvården inom Försvarsmakten, står under tillsyn av Socialstyrelsen (1 §). Med hälso- och sjukvård avses sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).

Genom tillsynslagen har införts enhetliga bestämmelser om tillsyn över hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen utövar tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftform.

Socialstyrelsens tillsyn skall främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder (4 §).

I 5 § första stycket tillsynslagen föreskrivs bl.a. att om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning inom hälso- och sjukvården drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom skall vårdgivaren snarast göra anmälan till Socialstyrelsen. I 7 a § lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården föreskrivs skyldighet

för den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Om Socialstyrelsen finner att det finns skäl att ifrågasätta disciplinpåföljd (erinran eller varning), återkallelse av legitimation eller annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt enligt disciplinpåföljdslagen på hälso- och sjukvårdens område, skall styrelsen göra anmälan om detta hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (19 § tillsynslagen).

Socialstyrelsen utövar tillsyn över hälso- och sjukvården genom sex regionala tillsynsenheter.

8.1.4 Jämförelse mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten

För socialtjänsten utövas tillsynen genom två skilda organ - Socialstyrelsen och länsstyrelsen. Socialstyrelsen är inte överordnad länsstyrelserna. För hälso- och sjukvården är det en myndighet, dvs. Socialstyrelsen, som utövar tillsynen. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns en rättslig reglering om åligganden och disciplinpåföljd som saknar motsvarighet inom socialtjänstområdet.

Ytterligare en skillnad av betydelse i tillsynssammanhang är att det inom hälso- och sjukvården finns en patientjournalag (1985:562) med bestämmelser om patientjournalens innehåll, utformning och hantering. I socialtjänstlagen finns regler om dokumentation. Dessa är dock inte lika omfattande som de som finns i patientjournalagen.

Inom hälso- och sjukvården finns vidare en ansvarsnämnd - Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Nämnden har att pröva bl.a. frågor om disciplinpåföljd. Någon motsvarighet till en sådan nämnd finns inte inom socialtjänstområdet. En annan skillnad är att det finns förtroendenämnder inom hälso- och sjukvårdsområdet men inte inom socialtjänstområdet.

Inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns bestämmelser införda om att vården/insatserna skall vara av god kvalitet. Det finns bestämmelser om kvalitetssäkring på hälso- och sjukvårdsområdet men inte på socialtjänstområdet.

Vidare skall en annan skillnad påpekas som också är av betydelse för tillsynen. Regeringen får enligt 32 § andra stycket

HSL överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Motsvarighet till detta finns inte i socialtjänstlagen.

Jag vill slutligen också nämna att en patientskadelag (1996:799) tillkom den 1 januari 1997. Lagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättningen skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Skillnaderna mellan hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänsten vad gäller tillsynen är således stora. Förklaringen till skillnaderna är givetvis att socialtjänstens verksamhet allmänt sett skiljer sig betydligt från den verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården. Socialtjänstens verksamhet har dock delvis, t.ex. vad gäller äldreomsorgen och annan vård och omsorg, stora likheter med hälso- och sjukvården. Här gör sig skillnaderna mellan möjligheterna att utöva tillsyn mera påmind.

8.1.5 Socialutskottets uttalanden i betänkandet 1996/97:SoU13 Äldreomsorg

Socialutskottet behandlade i sitt betänkande om äldreomsorg (1996/97:SoU13) ett sjuttiotal yrkanden från den allmänna motionstiden om olika äldrefrågor.

Utskottet framhåller i betänkandet att tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras och anför vidare bl.a. följande (s. 18).

Tillsynen bör 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 de äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras.- Tillsynen över hälso- och sjukvården har förstärkts genom en ny lag om tillsyn över hälso- och sjukvården, som trätt 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 var 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 beslutade (rskr. 1996/97:185) att ge regeringen tillkänna vad socialutskottet uttalat i sitt betänkande. Jag har refererat detta utskottsuttalande även i mitt tidigare betänkande om brister i omsorg (SOU 1997:51) och därvid framhållit att uttalandet innehåller väsentliga kvalitetsaspekter. Erfarenheterna av kartläggningen i min utredning är också att de av Socialutskottet påpekade bristerna bör bli föremål för åtgärder. Jag avsåg 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 tillsynsverksamheten
- enskildas möjligheter att framföra sina synpunkter och klagomål på vård och omsorg.

8.1.6 Regeringens proposition 1996/97:124 om Ändring i socialtjänstlagen

Regeringen bedömer i den rubricerade propositionen att ett fortsatt utredningsarbete är nödvändigt inom socialtjänstområdet. En ny utredning bör tillsättas och denna nya utredning skall enligt vad som anförs få till uppgift att särskilt granska bl.a. tillsyns-

frågor. En mer slagkraftig regional tillsyn med samma statliga huvudman för båda områdena borde kunna utvecklas.

8.1.7 Direktiven till den nya socialtjänstutredningen (dir. 1997:109)

Enligt direktiven skall den nya utredningen göra en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen, socialtjänstens uppgifter och tillsynen över den. I direktiven anförts följande angående uppdraget att se över tillsynen.

Förslag skall lämnas till hur tillsynen över socialtjänsten kan förbättras och effektiviseras. Härvid bör även förutsättningarna för en bättre samordning av tillsynen över socialtjänsten samt hälso- och sjukvården analyseras. Behov av ökade befogenheter för tillsynsmyndigheterna, motsvarande vad som gäller inom hälso- och sjukvården, bör också övervägas. Vilka konsekvenser som eventuella förslag medför för andra uppgifter som de olika tillsynsmyndigheterna har, t.ex. olika typer av tillståndsgivning, skall analyseras och redovisas.

Jag återkommer till tillsynsfrågorna i avsnitt 9. 2.

8.2 Ansvarssystemet för personal inom kommunal hälso- och sjukvård

8.2.1 Inledning

Undersköterskor och vårdbiträden i kommunernas äldreomsorg kan anses som hälso- och sjukvårdspersonal om de biträder en legitimerad yrkesutövare. Biträdet kan ske genom direkta arbetsanvisningar. Biträdet kan också ske genom att undersköterskan eller vårdbiträdet har fått i delegation att utföra arbetsuppgiften (se 7 § åliggandelagen).

HSAN har under mitt kartläggningsarbete framhållit att det påfallande ofta förekommer bristande rutiner för delegering emellan olika personalgrupper. Vidare är det enligt HSAN många gånger svårt att bedöma när icke legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och när den inte är det.

I yttranden över betänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) har vissa remissinstanser tagit upp samma fråga som HSAN gjort och även ifrågasatt en utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård. I det följande görs en genomgång av aktuell författningsreglering.

8.2.2 Aktuell författningsreglering

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Grundläggande bestämmelser för hälso- och sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen. Den omfattar all hälso- och sjukvård som bedrivs i landet.

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § första stycket HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. HSL gäller inte tandvården. I fråga om den finns särskilda bestämmelser.

Mål för hälso- och sjukvården och krav på hälso- och sjukvården uppställs i 2 § respektive 2 a - d §§. I 2 § första stycket föreskrivs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I 2 § andra stycket föreskrivs att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård regleras i 18 - 25 §§ HSL. I 18 § första stycket anges att varje kommun skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket SoL eller som, efter beslut av kommunen, bor i sådan särskild boendeform som avses i 69 § första stycket 2 samma lag. Vidare anges att varje kommun skall i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § SoL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Angående dagverksamhet anges i 10 § SoL att socialnämnden genom dagverksamheter bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra. I begreppet dagverksamhet innefattas dagcentraler och andra verksamheter för sysselsättning, gemenskap och rehabilitering samt sådana verksamheter som bedriver somatisk dagsjukvård med ett lokalt upptagningsområde,

och som är knutna till verksamheter som överförts från landstingen till kommunerna.

En kommun får erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård). Föreskrifter om detta finns i 18 § andra stycket HSL. Erbjudande om hemsjukvård kan göras oberoende av om sådan överenskommelse träffas som anges i paragrafens tredje stycke. Där föreskrivs att landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård, som sägs i andra stycket, om regeringen medger det. I regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården upplyses att sådan överlåtelse har skett i ungefär hälften av landets kommuner (s. 8).

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer skall det enligt 24 § första stycket HSL finnas en sjuksköterska (medicinskt ansvarig sjuksköterska - MAS) som bl.a. svarar för

- 1 att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det,
- 2 att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna,
- 3 att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

I 24 § andra stycket HSL föreskrivs att om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast eller en arbetsterapeut fullgöra uppgifter som sägs i det första stycket.

Ytterligare bestämmelser om ledningsuppgifter för medicinskt ansvarig sjuksköterska finns i förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandeförordningen). I 6 § anges (punkten 1) att sjuksköterskan skall ansvara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. I punkten 2 anges att sjuksköterskan ansvarar för att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientjournalagen (1985:562). Enligt punkten 3 ansvarar sjuksköterskan för att patienten får den vård och behandling som en läkare förordnat om. Det är också ett åliggande för sjuksköterskan att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande.

Ansvaret för den medicinskt ansvariga sjuksköterskan enligt 6 § åliggandeförordningen gäller i tillämplig omfattning också för

sådana sjukgymnaster och arbetsterapeuter som avses i 24 § andra stycket HSL.

Kommunen har inga egna läkare anställda inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rollen som den högste medicinskt ansvarige intas därför av sjuksköterska. Det ingick i Ädelreformen att landstingen skulle svara för den läkarvård som var erforderlig för den kommunala hälso- och sjukvården.

En fråga som kan ställas är i vad mån begreppet hälso- och sjukvård inom den kommunala hälso- och sjukvården skiljer sig från motsvarande begrepp inom landstingets hälso- och sjukvård. Som redan framgått finns det en skillnad genom att läkarinsatser inte ingår i den kommunala hälso- och sjukvården. Men finns då någon ytterligare skillnad? Frågan är av intresse för det förslag som jag lägger fram i avsnitt 9.2 om vidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan utvidgning kan inte ske utanför ramen för vad som utgör kommunal hälso- och sjukvård, såvida det inte samtidigt görs ändring i HSL. Jag anser dock att ett klagande uttalande i frågan finns i regeringens proposition om Ädelreformen (prop. 1990/91:14). Där anförs (s. 60) att den hälso- och sjukvård som kommunerna skall ha ansvar för vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och vid de kommunala dagverksamheterna inte skiljer sig från annan hälso- och sjukvård som meddelas av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor. Kommunernas ansvar skall vara av samma art som landstingets motsvarande ansvar, med den begränsningen att det inte omfattar läkarinsatser. Vidare anförs i propositionen att det inte heller får råda någon tvekan om att den hälso- och sjukvård som kommunerna skall meddela skall vara av samma kvalitet som motsvarande vård genom landstingens försorg.

I sammanhanget skall också konstateras att det till hälso- och sjukvård även hör omvårdnad. Vad som skall anses inrymmas i detta har dock gett anledning till ett flertal definitionsförsök (se Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 1997, s. 38).

Ledning för bedömning av frågan kan kanske också hämtas ur de allmänna råd som Socialstyrelsen i november 1993 gav ut om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17 (M och S)). Dessa allmänna råd avser omvårdnad inom den verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och som bedrivs av landsting, kommuner och privata vårdgivare. Det framhålls bl.a.

att omvårdnadsåtgärder kan beskrivas i följande övergripande funktioner vilka i praktiken är integrerade.

- stöd i, eller utförande av, sådana handlingar som patienten för sitt dagliga liv eller välbefinnande inte kan utföra själv
- samordning och planering av diagnostiska åtgärder och behandlingar inbegripet åtgärder i syfte att få till stånd en hälso-befrämjande miljö
- information till patienten, och i förekommande fall, närstående om de åtgärder som föreslås och planeras
- samt, när det är lämpligt, information och rådgivning om de åtgärder som kan vidtagas för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa och försämring i hälsotillstånd.

Jag vill slutligen redan här framhålla att jag inte ser någon anledning att föreslå ändring i HSL på grund av det förslag som jag i avsnitt 9.2 lägger fram om vidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal.

Andra författningar om hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och skyldigheter

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar och skyldigheter är utspridda i ett flertal författningar på olika nivåer. Bland de viktigaste av dessa författningar är

- lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen)
- lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen)
- lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen)
- förordningen (1994:1290) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandeförordningen).

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal är gemensamt för de tre nämnda lagarna och förordningen. Definitionen finns i åliggandelagen och den upprepas inte i disciplinpåföljdslagen eller tillsynslagen. I stället hänvisas till åliggandelagen.

I åtta punkter räknas i 1 § åliggandelagen upp vilken personal som utgör hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt de tre första punkterna avses med hälso- och sjukvårdspersonal

- 1 den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
- 2 personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter,
- 3 den som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare.

Någon närmare redogörelse lämnas inte här för de ytterligare fem punkterna i paragrafen förutom punkten 6. Där anges att arbetsterapeuter omfattas av åliggandelagen när det gäller åtgärder för att förebygga, utreda eller behandla medicinska besvär.

De särskilda boendeformer som finns inom socialtjänsten, inklusive de sjukhem som övertogs från landstingen genom Ädelreformen, utgör inte vårdinrättningar. Att de särskilda boendeformerna inte utgör vårdinrättningar har naturligtvis sin grund i att de enligt Ädelreformen skall anses utgöra egna boenden.

Även om punkten 2 ovan inte omfattar kommunens hälso- och sjukvård ser jag det för mina kommande ställningstaganden (se avsnitt 9.2) viktigt att redogöra för förarbetena till denna punkt.

I propositionen 1993/94:149 om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården kommenteras (s. 57) vad som skall avses med personal som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter. Det framhålls att det torde vara självklart att personal vid sjukhus och andra inrättningar som fullgör direkta eller indirekta uppgifter inom området individriktad patientvård eller åligganden med nära anknytning härtill bör omfattas av lagens bestämmelser. Därvid ter det sig dock - enligt vad som sägs - knappast rimligt att städpersonalen skall omfattas av hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden. Detsamma gäller t.ex. trädgårdsarbetare och hantverkare som arbetar inom en vårdinrättning. Det bör dock enligt propositionen (s.57) understrykas att även icke medicinsk personal omfattas i den utsträckning den har att fullgöra indirekta patientuppgifter.

Med indirekta patientuppgifter avses här åtgärder som inte är direkt riktade mot patienter men som den medicinskt behandlande personalen är beroende av vid behandlingen av patienter. Det kan t.ex. gälla inställning av dialysmaskiner och röntgenapparat. Det framhålls också att t.ex. dietister och annan personal som arbetar utifrån individuella patienters behov bör omfattas av lagen, men däremot inte kökspersonal generellt. Det ansågs inte meningsfullt att ha lagreglerade åligganden med disciplinpåföljd vid försummelse på detta område.

Den personal med administrativa uppgifter som finns på klinik- eller motsvarande nivå och som bestämmer om t.ex. fördelningen av arbetsuppgifter mellan personalen, bemanning, journalföringsrutiner och vem som har ansvaret för att journalanteckning görs samt fastställer behandlings-, omvårdnads- och övervakningsrutiner, påverkar, enligt vad som anförs i propositionen (s. 58), naturligtvis förutsättningarna för det praktiska arbetet med vården av enskilda patienter. Att dessa administrativa uppgifter fullgörs med omsorg har en omedelbar och påtaglig betydelse för patienten när det gäller vårdkvalitet och säkerhet. Sådan personal bör - anförs det - således även fortsättningsvis omfattas av bestämmelserna om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Det anförs i propositionen (s. 55) att personal inom socialtjänstens vård och omsorg omfattas av åliggandelagen endast i den mån de som biträde åt en legitimerad yrkesutövare deltar i hälso- och sjukvård. Motsvarande gäller personal inom verksamheten med stöd och service till vissa funktionshindrade.

I anslutning till detta vill jag framhålla att äldres behov av service, vård och omsorg är sammansatta och skiftar över tid. Den enskildes behov av stöd och hjälp låter sig inte enkelt delas in i medicinska och sociala insatser. Gränserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst i kommunerna kan inte dras på ett enkelt och entydigt sätt. Socialutskottet framhåller, som tidigare nämnts i sitt betänkande 1996/97:SoU13 att gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård i vissa avseenden har luckrats upp under senare år. Dessa förhållanden innebär att det med nuvarande reglering många gånger kan vara svårt att avgöra när vårdbiträden och undersköterskor utför hälso- och sjukvårdsuppgifter respektive socialtjänstuppgifter. Vad jag här har anfört utgör också ett motiv för det förslag som jag lägger fram i avsnitt 9.2.

Lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen)

Åliggandelagen inleds, som ovan framgått, med bestämmelser (1 §) om vad som skall avses med hälso- och sjukvårdspersonal. I det följande redogörs bl.a. för vilka krav som enligt lagen ställs på denna personal.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal skall enligt 2 § utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och be-

prövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

Upplýsningsskyldighet föreskrivs i 3 §. Den som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplýsningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Vidare anføres i paragrafen bl.a. att om upplýsningar inte kan lämnas till patienten skall de i stället lämnas till en närstående till patienten.

I 4 § anføres att om en patient har avlidit skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen fullgöra sina uppgifter med respekt för den avlidne. De efterlevande skall visas hänsyn och omtanke.

Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård skall utforma det med noggrannhet och omsorg (5 §).

Den enskildes ansvar finns reglerat i 6 §. Det anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

Delegationsregler finns i 7 § Det föreskrivs att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård. Den som överlåter en arbetsuppgift, för vilken det krävs formell kompetens, till någon som saknar sådan kompetens svarar för att den som fått uppgiften har förutsättningar att fullgöra denna.

I 7 a § föreskrivs att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

Lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen)

Disciplinpåföljdslagen gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. I lagen ges bestämmelser om, förutom disciplinpåföljd, återkallelse av legitimation eller annan behörighet samt inskränkningar i rätten att förskriva narkotika eller alkoholhaltiga läkemedel eller alkohol.

Disciplinpåföljder är erinran eller varning. Erinran är den mildare formen - varning den strängare. Det anføres i 4 § första stycket följande.

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligt eller av oaktsamhet inte fullgör vad som åvilar honom eller henne enligt 2, 3, 5, 7, 8 och 9 §§ lagen (1994:954) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården eller enligt någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för säkerheten i vården, får disciplinpåföljd åläggas. Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas.

I föregående avsnitt har nämnts vad 2, 3, 5, 7 och 7 a §§ åliggandelagen handlar om. Det hänvisas i den refererade bestämmelsen även till 8 och 9 §§. Dessa bestämmelser handlar om tystnadsplikt inom enskild hälso- och sjukvård.

Frågor om disciplinpåföljd prövas enligt 13 § disciplinpåföljdslagen av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Frågor om disciplinpåföljd skall enligt 19 § tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till patienten. Det finns också regler i vissa andra författningar som ger Justitieombudsmannen och Justitiekanslern befogenhet att göra anmälan till HSAN.

För HSAN gäller en särskild förordning - förordningen (1988:1240) med instruktion för hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen)

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen (1 § första stycket). Med hälso- och sjukvård avses i tillsynslagen sådan verksamhet som omfattas av HSL och tandvårdslagen (1982:763).

Socialstyrelsens tillsyn skall främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder (4 §).

I det följande beskrivs bestämmelser i tillsynslagen som specifikt gäller hälso- och sjukvårdspersonal.

I 10 § tillsynslagen föreskrivs att den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt denna lag och som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att på Socialstyrelsens begäran

lämna bl.a. handlingar och annat material som rör verksamheten samt ge styrelsen de upplysningar om verksamheten som styrelsen behöver för sin tillsyn. Vidare föreskrivs i paragrafen att Socialstyrelsen får förelägga den som bedriver verksamheten eller den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att lämna vad som begärs. I föreläggandet får vite sättas ut.

Med den utformning tillsynslagen har blivit konsekvensen att många undersköterskor, vårdbiträden m.fl. inom kommunen inte berörs av dessa skyldigheter när de självständigt utför sjukvårdande uppgifter inom t.ex. de särskilda boendeformerna.

Ett annat exempel där olikheter uppstår mellan kommuner och landsting finns i 11 § tillsynslagen. Där anges bl.a. att Socialstyrelsen har rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning.

Lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.

Ovan har redogjorts för författningar där begreppet hälso- och sjukvårdspersonal används. I lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m. används också begreppet hälso- och sjukvårdspersonal.

Det anförs således i 1 § att för den hälso- och sjukvård och den tandvård som ett landsting eller en kommun ansvarar för enligt HSL eller tandvårdslagen (1985:125) skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen samt att åt patienterna förmedla den hjälp som förhållandena kräver.

I lagen definieras inte vad som skall avses med hälso- och sjukvårdspersonal. Den proposition som ligger till grund för lagen (prop. 1991/92:148) ger inte heller något svar på frågan.

I avsnitt 8.6 redogörs närmare för förtroendenämndsverksamheten.

8.2.3 Några avslutande kommentarer

Kammarrätten i Stockholm har i sitt remissvar (bil. 5) särskilt velat lyfta fram de gränsdragningsproblem som kan uppkomma genom att olika huvudmän ansvarar för olika vård- och omsorgsinsatser och den inverkan detta i sig kan ha på insatserna för

den enskilde samt vid en eventuell efterkommande ansvarsprövning.

Handikappombudsmannen (HO) anför i sitt remissvar att kommunernas särskilda boendeformer och sjukhemmen inte betraktas som sjukhus eller vårdinrättning enligt åliggandelagen. Det innebär att all personal inte omfattas av bestämmelserna i åliggandelagen när kommunen bedriver hälso- och sjukvård. Exempelvis kan undersköterskor och vårdbiträden inom kommunens hälso- och sjukvård inte åläggas disciplinpåföljd av HSAN om de varit försumliga i sin yrkesutövning. Handikappombudsmannen anser att det bör utredas om HSAN även kan pröva anmälningar som rör dessa grupper.

Svenska Kommunalarbetsareförbundet instämmer i sitt svar i behovet av en så enhetlig lagstiftning som möjligt, där enligt förbundet samverkan och gemensamt ansvar i vårdkedjorna måste bli bättre.

Det kan också här upprepas vad HSAN framhållit till utredningen nämligen att det många gånger är svårt att bedöma när icke legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och när den inte är det. HSAN har också framhållit att det påfallande ofta förekommer bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper.

I lagstiftningen som rör hälso- och sjukvården har det ingående reglerats vilket ansvar som hälso- och sjukvårdspersonalen har och hur arbetsuppgifterna skall utföras. Motsvarande reglering saknas inom socialtjänsten. Det har dock införts en bestämmelse i socialtjänstlagen om att det för att utföra socialtjänstens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Det har också införts en bestämmelse om att socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet. Jag ser givetvis positivt på dessa förändringar. Om mitt förslag (se avsnitt 9.2) om att vidga begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård genomförs kommer det ytterligare att kunna bidra till en kvalitetsförbättring av vården och omsorgen om äldre.

8.3 Sekretessen och anhöriga/närstående

8.3.1 Inledning

Under mitt arbete med betänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) har såväl enskilda som anhöriga påtalat att man har upplevt att personalen "slarvat med sekretessen" och inför

besökande och till andra lämnat ut uppgifter om enskild person. Personal har också upplevt svårigheter att hantera sekretess i förhållande till anhöriga.

Utredningen har som ett led i kartläggningsarbetet anordnat ett flertal hearings. Vid dessa framhölls bl.a. att sekretessbestämmelser fortlöpande måste diskuteras och bli kända.

8.3.2 Sekretessbestämmelserna inom hälso- och sjukvårdsområdet samt socialtjänsten

Sekretessreglerna inom det sociala området är konstruerade med s.k. skaderekvisit. Det vanligaste är att sekretess gäller om det kan antas att viss skada uppkommer om uppgiften lämnas ut (s.k. rakt skaderekvisit). Sådan sekretess gäller t.ex. inom socialförsäkringsområdet. Detta kan sägas vara den mildare formen av sekretess.

För hälso- och sjukvården och socialtjänsten är sekretessreglerna (7 kap. 1 § respektive 4 §) utformade så att sekretess gäller om det inte står klart att viss skada inte inträffar (s.k. omvänt skaderekvisit). Utgångspunkten är att uppgiften inte skall lämnas ut annat än om det i det enskilda fallet är helt utrett att någon skada inte uppkommer. Det handlar här om en strängare sekretess.

I 7 kap. 3 § finns en särskild regel om sekretess i förhållande till den enskilde själv. Under vissa förutsättningar kan den enskilde vägras ta del av uppgifter om sig själv inom hälso- och sjukvården.

Bestämmelserna i 7 kap. 1 och 4 §§ innebär att frågan om i vilka fall uppgifter kan lämnas ut måste avgöras efter en skadeprövning från fall till fall. Sekretessen gäller givetvis också gentemot patientens/den enskildes anhöriga.

Som framgått handlar sekretessprövningen om huruvida en uppgift skall lämnas ut. Om den uppgiften finns i en journalhandling eller en dokumentation om omvårdnad/omsorg eller i någon annan allmän handling saknar betydelse.

8.3.3 Möjligheterna att lämna ut uppgifter till anhöriga/närstående

I de följande avsnitten refereras till tre källor. Den första är Sekretess i socialtjänsten, Norström - Sverne, 1989. Den andra är Sekretessprövning - handledning för personal inom vård och omsorg, Susanne Billum, 1997. Den tredje är kommentaren till sekretesslagen, Hans Corell m.fl., 1992.

Norström - Sverne anför (s. 55) att ett utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till närstående inte bör ske utan klientens samtycke. Endast då klienten till följd av sjukdom eller annan anledning saknar möjlighet att själv ta ställning till frågan finns det anledning att pröva saken utan hörande av honom. Vidare nämner Norström - Sverne vissa äldre rättsfall som avser tidigare sekretessbestämmelser men som ändå får anses vara av intresse för att belysa den nu berörda frågeställningen. Det uppges ett fall där patients syster har vägrats få del av sjukjournal (RÅ 1953 I 194), ett fall där fader vägrats få del av intagningshandlingar rörande myndig son (RÅ 1957 I 95) och ett fall där patients broder har vägrats få del av sjukjournal (RÅ 1969 s. 16).

Hans Corell m.fl. anför att i många fall kan patienten ha särskild anledning att just för sina anhöriga hemlighålla sin sjukdom eller dess närmare beskaffenhet (s. 149 f). Emellertid är det givetvis högst angeläget att i förekommande fall de nära anhöriga får kännedom om att patienten inte har lång tid kvar att leva eller har en obotlig sjukdom. Hindrar patientens tillstånd i sådana fall att han samtycker, bör underrättelse likväl få lämnas till de anhöriga. Detsamma gäller om läkaren någon gång bedömer att patientens allvarliga tillstånd åtminstone tills vidare inte bör avslöjas för honom själv och något samtycke av den anledning då inte kan inhämtas (s. 150).

Susanne Billum nämner olika fall när sekretess kan anses föreligga respektive inte göra det. Därvid anføres att vem som begär uppgiften också spelar en roll (s. 51). Att lämna vissa uppgifter till den enskildes nära anhöriga kan vara tillåtet, medan motsatsen i allmänhet gäller i fråga om uppgifter till utomstående, t.ex. journalister. Det framhålls vidare att försiktighet dock måste iaktas också då det gäller uppgifter till anhöriga. Det är viktigt att komma ihåg att skadeprövningen inte är någon objektiv bedöm-

ning. Det avgörande är hur den enskilde uppfattar uppgiftslämnandet.

De källor som här har refererats kan inte anses ge några belägg för att det allmänt skulle råda en mer generös syn på möjligheterna att lämna ut uppgifter till närstående/anhöriga än till andra personer.

8.3.4 Eftergift av sekretess

När sekretess råder kan den efterges. Den enskilde kan alltså samtycka till att utlämnande sker. Föreskrifter härom finns i 14 kap. 4 § sekretesslagen Där anförs som en huvudregel att sekretess till skydd för enskild kan helt eller delvis efterges av honom.

I kommentaren av Hans Corell, m.fl. anförs (s. 400) att ett samtycke inte behöver vara uttryckligt. Också ett tyst, s.k. presumerat samtycke, får godtas. I bland framgår det av den enskildes beteende och förväntningar att han i viss utsträckning accepterar att en hemlig uppgift vidarebefordras. Det framgår dock av kommentaren att likhetstecken inte kan sättas mellan ett sådant tyst, presumerat, samtycke och en bedömning att det enbart kan vara till nytta för den enskilde om uppgifter lämnas vidare.

8.3.5 Några avslutande kommentarer

Trots de hinder som finns mot utlämnande av uppgifter om enskilda noterar jag att sekretessfrågorna ändå inte behöver ställa till med de stora svårigheter som kan befaras. Vanligtvis kan man få samtycke från den enskilde till det utlämnande av uppgifter som ev. behövs. Också vad som benämns ett tyst (s.k. presumerat) samtycke godtas ju i detta sammanhang. Det uppgiftsutlämnande som behövs för samverkan med andra myndigheter och för utlämnande av uppgifter till närstående/anhöriga torde alltså kunna klaras av genom att samtycke inhämtas. Det är dock viktigt att det, innan uppgiftsutlämnande sker, klarläggs att samtycke föreligger (eller får anses föreligga).

8.4 Bruket av tvångsliknande metoder

8.4.1 Bakgrund

Ett flertal av de anmälningar till olika instanser som jag tidigare beskrivit liksom de klagomål som främst anhöriga förmedlat till mig handlar om något som inom vården och omsorgen ibland kallas "milt tvång". Det handlar om olika slags anordningar för att hindra någon från att exempelvis falla från rullstol/toalettstol. Anordningarna kan utgöras av fastbindning med ett lakan o.dyl. Anhöriga har - även med viss förståelse för syftet att hindra någon från att falla - upplevt detta som kränkande behandling och mycket bristfälligt bemötande av äldre. Man har i sammanhanget bl.a. ifrågasatt personaldimensionering, arbetsorganisation och arbetsledning. I vissa situationer har personalen kunnat hänvisa till att de har rätt att vidta nämnda åtgärder efter ordination av läkare. I andra fall har personalen endast förmedlat "att man alltid gör så". Främst har dessa händelser rapporterats från särskilda boendeformer.

8.4.2 Kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård (SOSFS(M) 1980:87)

Innehållet i denna kungörelse föreskriver "beträffande lasarett och sjukhem där långvarigt kroppssjuka vårdas samt för i sjukhusförteckningen upptagna sjukavdelningar vid ålderdomshem" följande.

- 1 "Sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning får inte användas för att hålla kvar patient i sängen.
- 2 För patient, som sitter uppe, får sele eller liknande anordning inte användas annat än efter läkarordination för att hindra en svag patient från att falla och därigenom komma till skada. Anordningar av detta slag får endast användas för att möjliggöra aktivering av patient och således inte för att t.ex. fasthålla en orolig patient.

- 3 Manschetter eller andra anordningar, som syftar till att fixera patients extremiteter, får inte användas annat än efter läkarordination för att möjliggöra behandling som kräver tillfällig immobilisering av viss kroppsdel."

Socialstyrelsen understryker i kungörelsen vikten av att personal med lämplig utbildning finns i tillräcklig omfattning.

Reglerna gäller även vid "hemsjukvård av långvarigt kroppsjuka". Läkare och annan medicinalpersonal som medverkar vid hemsjukvård har enligt kungörelsen att se till att reglerna iakttas. Ett informationsansvar om reglernas innehåll läggs på huvudmännen.

Behov av förändring

Anhöriga liksom bl.a. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping har i brev och remissvar ifrågasatt om en kungörelse av detta slag har aktualitet i verksamheter som skall erbjuda värdig vård och omsorg till äldre.

Några anser också att det föreligger stora risker för att olika "anordningar" ordinerar och används i situationer när personalen är bristfälligt dimensionerad eller saknar tillräckliga kunskaper och erfarenheter. Åter andra har väckt frågan om miljön i sig, t.ex. på äldre sjukhem, och brist på innehåll i vardagen kan skapa oro hos personer som då kan utsättas för åtgärder som enligt kungörelsen är förbjudna.

Jag ser dessa påpekanden som mycket väsentliga och anser också att de måste leda till förslag från en utredning som handlar om bemötande av äldre. Det har väckt min förvåning att kungörelsen trots stora förändringar inom vård och omsorg (bl.a. Ädelreformen) ogravrad finns kvar.

I sammanhanget vill jag även uppmärksamma - bl.a. på initiativ i yttrande från Svensk Geriatrisk Förening - frågor som har viss beröring med ovanstående. Det handlar om den form av övertalning, "lirkande", som används i olika situationer i vardagen med personer med demens. Jag anser att det vore av värde att få analyserat när och hur ett sådant bemötande kan försvaras respektive när det måste betecknas som "milt tvång".

Svensk Geriatrisk Förening skriver i sitt yttrande ... "Vård och omhändertagande av dementa innebär särskilda problem. På vissa håll i landet sköts demensvård och utredningar av psykiatriska kliniker där lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) tillämpas."

Det ifrågasätts hur personer med motsvarande problematik men vårdade på geriatriska kliniker skall bemötas då de "inte alltid klarar att bedöma vad som är till deras eget bästa". Som exempel nämns dels behovet av att "lirka", dels situationer när den enskilde inte önskar vara kvar på vårdinrättningen respektive i det särskilda boendet, lämnar platsen ifråga och sedan inte kan ta hand om sig själv. Frågan ställs ... "När får personalens värderingar överväga patientens önskemål?" Föreningen skriver vidare ... "Inget stöd finns i lagen för det mer eller mindre aktiva "lirkandet" som dementa utsätts för i fråga om ADL-situationer, mat, medicin och fysiska begränsningar." Svensk Geriatrisk Förening hemställer om att problemet blir analyserat och ev. föremål för riktlinjer.

Jag har erfarit under hand att vissa initiativ tagits inom Socialstyrelsen i syfte att vidta de förändringar som åsyftas ovan. Jag vill dock genom ett förslag påskynda processen (se vidare mina överväganden och förslag i kapitel 9).

Om detta leder till klargörande i föreskrift eller allmänna råd förutsätter jag att den otydlighet som uppfattas föreligga genom att begreppet åldersdemens används i vissa allmänna råd och riktlinjer, blir uppmärksammas; åldersdemens som diagnos finns inte i de klassifikationssystem som nu är i bruk (ICD-10 och DSM-IV).

I sammanhanget vore det även av värde med en analys av ovan nämnda förhållanden relaterade till det innehåll som finns i Socialstyrelsens allmänna råd om anmälan av övergrepp inom kommunens äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:11).

8.4.3 Socialstyrelsens allmänna råd om Omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17)

Av flera skäl vill jag uppmärksamma behov av förändringar i Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

De allmänna råden avser omvårdnad inom den verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och som bedrivs av landsting, kommuner och privata vårdgivare. Inledningsvis betonas att råden inte behandlar omvårdnad som bedrivs enligt socialtjänst - eller handikaplagstiftningarna.

Av råden framgår att det ännu inte finns "någon allmänt vedertagen definition av begreppet omvårdnad, däremot kan omvårdnadsarbetets syfte, innehåll, metoder m.m. beskrivas".

Vidare, "med omvårdnad inom hälso- och sjukvård avses således hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera och/eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv".

Råden beskriver vidare att omvårdnad också omfattar åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer.

Man skiljer mellan dels allmän, dels specifik omvårdnad. "Allmän omvårdnad utförs av all personal i hälso- och sjukvård. Specifik omvårdnad kräver speciell kompetens." Allmän omvårdnad är enligt råden oberoende av sjukdom och medicinsk behandling medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling. Omvårdnadsåtgärder innebär samverkan med den enskilde - i vissa fall också närstående för att formulera och tydliggöra mål för "fysisk, psykisk, social och andlig hälsa".

I råden konstateras att flera yrkeskategorier har utbildning i allmän omvårdnad och att sjuksköterskor dessutom har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad.

Behov av förändringar

Sedan de rubricerade allmänna rådets tillkomst har förändringar inträtt som enligt min mening minskat möjligheterna att få vägledning genom rådets nuvarande utformning.

Inom vården och omsorgen om äldre integreras i allt större omfattning insatser som regleras av hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kvalificerade och integrerade insatser ges allt oftare i den enskildes ordinarie bostad. På motsvarande sätt samordnas insatser styrda av de olika lagarna i dag- respektive korttidsverksamheter.

Under utredningsarbetet och i synnerhet i yttranden över SOU 1997:51 har jag fått påpekanden om begreppen omvårdnad och omsorg. Jag har erfarit att det finns en osäkerhet om begreppens innehåll och om deras tillämpning i olika verksamheter.

I vissa sammanhang har oklarheten försvårat samarbete mellan olika kompetensområden, vilket jag finner högst otillfredsställande för en fortsatt utveckling av individuellt utformade insatser för äldre.

För tydlighetens skull vill jag uttala min respekt för insatser från såväl medicinska som sociala kompetensområden och den forskning samt det utvecklingsarbete som bedrivs med utgångspunkt i enskildas behov av vård, omsorg samt allmän och specifik omvårdnad.

Det ankommer inte på mig att föreslå Socialstyrelsen att revidera de allmänna råden. Av vad jag anfört framgår dock att jag gärna ser att en sådan revidering kommer till stånd mycket snart.

8.5 Kunskapsuppföljning

8.5.1 Inledning

I det kartläggningsarbete som låg till grund för redovisningen i delbetänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) tydliggjordes de skilda förutsättningarna i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Skillnaderna avser bl.a. uppföljning av enskildas och anhörigas synpunkter och klagomål i anmälningar till olika organ inom hälso- och sjukvården samt de bestämmelser som bl.a. avser kvalitet och kvalitetssäkringssystem.

8.5.2 Klagomöjligheterna

Inom hälso- och sjukvården finns flera organ med uppgift att åtgärda brister och missförhållanden

Inom hälso- och sjukvården finns flera olika organ att vända sig till med synpunkter och klagomål på vården och omsorgen. Dessa oberoende organ har till uppgift att hjälpa den enskilde att åtgärda brister och missförhållanden. Dessutom kan ansvarsfrågor prövas när det gäller bl.a. legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och en sådan prövning kan under vissa omständigheter leda till disciplinpåföljd. Ersättning kan även erhållas för de personskador som uppkommer i vården. De organ jag här avser är förtroendekommittéerna, Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Patientförsäkringen.

I delbetänkandet om brister i omsorg redogjorde jag för enskildas och anhörigas upplevelser av brister och missförhållanden i vården och omsorgen om äldre. Jag redovisade även kvantitativa uppgifter om anmälningarna. I redovisningen ingick även vårdgivarens skyldighet att enligt 5 § tillsynslagen (Lex Maria) anmäla risker och riskhändelser till Socialstyrelsen.

Patientförsäkringen har sedan år 1975 dokumenterat information om skador som uppkommit i samband med behandling eller liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd registrerar sedan år 1993 anmälningar om fel och försummelser som uppkommit i samband med vård och behandling. Socialstyrelsen systematiserar sedan år 1992 i Risk-DataBasen information om rapporterade risker och riskhändelser i vården och omsorgen. Däremot systematiseras inte på motsvarande sätt information om anmälningar från enskilda och anhöriga.

Förtroendenämnderna i kommuner och landsting har till uppgift att hjälpa enskilda och anhöriga i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal. Det saknas samlad nationell statistik över anmälningar som inkommit till förtroendenämnderna. Enskilda förtroendenämnder systematiserar däremot information om anmälningar och klagomål inom landstinget/kommunen. Så har exempelvis förtroendenämnden i Stockholms läns landsting samlat material i en databas sedan år 1993. Bristen på enhetlig och samlad nationell statistik över förtroendenämndsverksamheten försvårar analyser av utvecklingstendenser, möjligheter till jämförelser och utvärdering av bl.a. verksamhetens betydelse för kvalitetsutveckling och förebyggande arbete. Jag anser att det är en angelägen uppgift att ta fram en gemensam struktur för statistikinsamling av uppgifter från förtroendenämnderna. En samlad nationell information om förtroendenämnderna bör omfatta både kommunernas och landstingens förtroendenämndsverksamhet.

Länsstyrelserna har i länen ansvar för tillsynen över socialtjänsten. Det saknas inom socialtjänsten samlad information om innehållet i anmälningar från enskilda och anhöriga. 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 inom hälso- och sjukvården. Däremot är bl.a. brister i handläggning av biståndsansökningar inom socialtjänsten väldokumenterade. Det har därvid framkommit att bristerna är stora och utgör ett allvarligt hot mot den enskildes rättssäkerhet. I Socialstyrelsens och länsstyrelsernas

gemensamma rapport (SoS, nationell tillsyn, socialtjänst, 1997) över socialtjänsten ur ett tillsynsperspektiv görs en samlad bedömning av förhållanden som tillsynsmyndigheterna bör ägna särskild uppmärksamhet i framtiden. Socialstyrelsen framhåller bl.a. att frågor om laglighet måste tillmätas större betydelse. Varje kommun bör enligt Socialstyrelsen utforma egenkontrollsystem, system för kvalitetssäkring, avvikelserapportering m.m.

Behov av samlad struktur för kunskapsuppföljning

Inom hälso- och sjukvården är de olika organens uppgifter om och erfarenheter av skador, riskbeteenden och klagomål från enskilda och anhöriga numera relativt omfattande. Genom att informationen registrerats sedan några år tillbaka är det dessutom möjligt att följa utvecklingen över tid samt att göra analyser av tendenser.

Jag konstaterade i delbetänkandet att de olika instanserna systematiserar informationen i databaserna på olika sätt och med olika utgångspunkter. Det är önskvärt att informationen, så långt som möjligt, systematiseras på ett likartat sätt. Det är särskilt betydelsefullt att kunna följa utvecklingen av kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om de allra äldsta.

Flertalet av de här redovisade organen inom hälso- och sjukvården återför sina kunskaper och erfarenheter som ett viktigt led i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det saknas dock samlad kunskap om i vilken omfattning och med vilken regelbundenhet som det sker en återföring av kunskap till kommuner och landsting. Jag anser att det behövs en samlad struktur för en sådan återföring. Det saknas också i flera avseenden uppgifter om hur förmedlade kunskaper och erfarenheter tas till vara och används lokalt i kommuner och landsting. Jag har erfaren att ambitionen att dra systematiska erfarenheter av brister som framkommer i bl.a. anmälningar från enskilda och anhöriga ökat under senare år. En sådan systematisering av kunskap har stor betydelse för det lokala kvalitetsarbetet.

Socialstyrelsen har som svar på min informella remiss (bil 5) framhållit att återföring av kunskap från förtroendenämnderna, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Socialstyrelsens RiskDataBas måste förbättras. Det behöver dessutom ske en systematisering av databasernas uppläggning så att de är uppbyggda på ett likartat sätt. Jag avser att återkomma till denna fråga i mina överväganden och förslag (kap. 9.3).

Jag har funnit att möjligheterna att anmäla och framföra synpunkter på vårdens och omsorgens innehåll och utformning inte är så kända bland enskilda, anhöriga och personal. Jag anser därför att respektive myndighet/organ med uppgift att handlägga anmälningar, synpunkter och klagomål bör genomföra intensifierade och riktade informationsinsatser till allmänheten och särskilt till berörda av vård och omsorg. Jag delar Socialstyrelsens uppfattning om att information om de olika instansernas uppgifter i ökad omfattning behöver ingå i grundutbildning och fortbildning av berörda yrkeskategorier som t.ex. läkare, sjuksköterskor, handläggare, arbetsledare samt undersköterskor och vårdbiträden. Riktad information bör även ingå i kommunernas och landstingens egna informationsinsatser. Jag vill här också uppmärksamma förvaltningslagens bestämmelser om myndigheternas serviceskyldighet.

En uppfattning som framförts till mig är att klagomål och synpunkter i första hand skall tas emot i berörd verksamhet. Detta ställer krav på att tydliga rutiner utvecklas liksom en inställning med innebörden att återföring av synpunkter är ett viktigt inslag i vården och omsorgen. Jag delar helt denna inställning. Jag anser dock att det måste finnas möjligheter för enskilda och anhöriga att vända sig till oberoende instanser om de har svårt att få gehör för sina synpunkter hos berörd vårdgivare.

Jag har erfarit att kommuner samordnar kvalitetssäkringsarbetet och rutiner för avvikelserapportering till att omfatta såväl sociala som medicinska insatser. Dessa kommuner gör i sin avvikelshantering och i kvalitetssäkringsarbetet inte någon åtskillnad mellan verksamhet inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänst för äldre. Deras motivering är att de alltmer omfattande vård- och omsorgsinsatser som utförs i den ordinarie bostaden och i särskilda boendeformer inte gör det möjligt (och inte heller betydelsefullt) att särskilja insatser som avser hälso- och sjukvård från socialtjänst. De anser dessutom att det är av stor betydelse att även uppgifter som är att hänföra till socialtjänst inbegrips i kvalitetssäkringssystemet. Jag finner att den samordning av kvalitetsarbetet för sociala och medicinska insatser som påbörjats bör drivas vidare.

Det är en angelägen uppgift för kommuner och landsting att fortsätta att utveckla adekvata system och rutiner för handläggning av enskildas och anhörigas synpunkter och klagomål. Socialstyrelsen bör initiera och stimulera till en utveckling av metoder och arbetssätt inom detta område.

Det är av särskild betydelse att stimulera till en utveckling av metoder för att systematiskt hantera klagomål och synpunkter som avser vård- och omsorgsinsatser i den ordinarie bostaden.

8.6 Förtroendenämndsverksamhet

8.6.1 Inledning

Förtroendenämndsverksamheten tillkom år 1980 mot bakgrund av de önskemål som under många år framförts i olika sammanhang - bl.a. genom motioner i riksdagen - om insatser från samhällets sida för att förbättra möjligheterna till kontakt mellan patienterna och hälso- och sjukvårdens personal. Verksamheten permanentades år 1992 genom lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Fr. o. m. år 1992 är även kommunerna skyldiga att tillhandahålla förtroendenämndsverksamhet för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för efter Ädelreformen. Förtroendenämnder skall finnas i varje kommun och landsting. Drygt två tredjedelar av kommunerna har dock genom avtal överlämnat uppgiften till landstingens förtroendenämnder.

8.6.2 Förtroendenämndernas uppgifter

Förtroendenämnderna är rådgivande organ utan disciplinära befogenheter och deras uppgifter är allmänt hållna i lagstiftningen. I uppgifterna ingår enligt 1 § 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. Enligt lagens förarbeten skall nämnderna bl.a. ge råd, stödsamtal och hänvisningar till rätt vårdgivare/vårdnivå. Den enskilde och/eller anhöriga kan få hjälp med skadeanmälningar till Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen samt när så erfordras skrivelser till t.ex. HSAN och Socialstyrelsen. Nämnden skall arbeta förebyggande bl.a. genom att uppmärksamma ansvariga myndigheter på förhållanden som innebär risker för felaktig eller otillfredsställande behandling. Korta handläggningstider och ett smidigt arbetssätt skall känneteckna verksamheten.

Information om nämndernas uppgifter till allmänheten och till personal är ett viktigt inslag i verksamheten.

8.6.3 Kartläggning av förtroendenämndernas arbete

Den statliga kommittén HSU 2000 har i sitt delbetänkande Patienterna har rätt (SOU 1997:154) redovisat en kartläggning av förtroendenämndernas arbete hösten 1996. Det konstateras att det finns brister i landstingens och kommunernas sätt att sköta förtroendenämndsuppgiften. Kartläggningen tyder på att bristerna är särskilt stora i de kommuner som valt att själva svara för uppgiften. Flertalet av kommunernas nämnder har - med några undantag - praktiskt taget inga anmälningar alls. Det kan vara en trolig förklaring till att det bland de kommunala företrädarna finns uppfattningar om att det inte finns behov av verksamheten. Flertalet kommuner har valt en organisation som innebär att de förtroendevalda i nämnden samtidigt har direkt eller indirekt ansvar för ärenden som rör hälso- och sjukvården. HSU 2000 konstaterar att detta kan utgöra problem när det gäller de faktiska möjligheterna att tillvarata såväl patienternas intressen som att upprätthålla allmänhetens förtroende för verksamheten. Kommittén konstaterar att det även finns brister i landstingens verksamhet bl.a. genom begränsade kansliresurser för de uppgifter de har att utföra. Även i landstingen förekommer att ledamöterna i förtroendenämnden har uppdrag i nämnder med ansvar för ärenden som rör hälso- och sjukvården.

8.6.4 Ytterligare erfarenheter

I delbetänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) redogjorde jag för erfarenheter från landstingens förtroendenämnder om brister i bemötande, kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om äldre. Förtroendenämnderna redovisade att de enbart har ett fåtal anmälningar från den kommunala hälso- och sjukvården. Det beror sannolikt, enligt min bedömning, på att förtroendenämndsverksamheten ännu inte är så känd bland enskilda, anhöriga och personal i den kommunala hälso- och sjukvården.

I yttranden till utredningen har flera berört förtroendenämndernas roll (bil. 5). De synpunkter som framkommer i svaren rör främst nämndernas ställning och kompetens, information till allmänhet och personal om nämndernas uppgifter samt behovet av en gemensamt utformad statistik om nämndernas verksamhet. Socialstyrelsen understryker behovet av en väl spridd information såväl till enskilda, närstående som personal. Styrelsen föreslår att ..."Verksamhetscheferna och de medicinskt ansvariga sjuk-

sköterskorna bör åläggas ansvar för att all personal har kunskap om förtroendenämnderna och kan informera om hur den enskilde skall gå till väga för att framföra klagomål på vård och omsorg och vart man skall vända sig..." Jag delar styrelsens uppfattning.

Förtroendenämnden i Örebro läns landsting understryker behovet av allmänt spridd information och föreslår ett nationellt stöd för detta. Nämnden anser att det bör vara krav på att patienternas/närståendes synpunkter regelbundet tas upp i arbetslagen i vården "i syfte att skapa en kontinuerlig lärande process".

8.6.5 Förslag till lag om patientnämnd

HSU 2000 har i sitt delbetänkande Patienten har rätt (SOU 1997:154) föreslagit en lag om patientnämnd m.m. som skall ersätta nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Nämndens uppgift utvidgas enligt förslaget till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstuppgifter inom kommunernas vård och omsorg. Förslaget innebär även, som framgått, ett namnbyte till patientnämnder. Nämndens arbetsuppgifter preciseras enligt förslaget i lagstiftningen på följande sätt.

I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården. Det ankommer särskilt på dessa nämnder att

- 1 verka för att patienter får den information som behövs för att de skall kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården,
- 2 verka för att patienter får den undersökning, vård och behandling som tillståndet kräver,
- 3 främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- 4 hjälpa patienter att göra anmälan till eller kontakta Socialstyrelsen, länsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, eller patientförsäkringen när en sådan åtgärd motsvarar patienternas önskemål, samt att
- 5 hålla landstingsstyrelsen och kommunstyrelsen underrättade om verksamheten.

Kommittén har inte föreslagit någon ändring av de organisatoriska förutsättningarna för nämndernas verksamhet. Det framhålls däremot att det är angeläget att landsting och kommuner söker samarbetslösningar. Genom att inrätta patientnämnder som besitter erfarenhet från både kommunernas och landstingens hälso- och sjukvård blir det möjligt att arbeta med problem i hela vårdkedjan. Behovet av att samordna kansliresurserna i syfte att stärka dessa och åstadkomma kanslier med bred kompetens lyfts fram. Patientnämndernas självständiga ställning understryks.

Enligt kommitténs bedömning bör utgångspunkten vara att det är hälso- och sjukvårdsverksamheten som står i centrum för förtroendenämndernas åtgärder.

Utvidgningen till socialtjänstområdet bör enligt kommittén utgå från de bestämmelser i HSL som anger kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar. Nämndernas utvidgade kompetensområde bör avse allmän omvårdnad som inte anses vara hälso- och sjukvård enligt HSL. Den föreslagna utvidgningen av nämndernas kompetensområde anges 2 §, andra stycket och har följande lydelse.

Nämnden skall också handlägga frågor om allmän omvårdnad från personal som inte är hälso- och sjukvårdspersonal i samband med sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som anges i 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Jag vill, i enlighet med HSU:s förslag, understryka betydelsen av att nämnderna besitter kunskap och erfarenhet av både kommunernas och landstingens verksamhet. Det är inte minst väsentligt i stödet till äldre och deras anhöriga.

Jag stödjer också förslaget från HSU 2000 beträffande behovet av ett annat begrepp för förtroendenämndernas verksamhet. Jag ser dock helst att ett annat begrepp än "patientnämnd" införs med tanke på att en kommande förändringsprocess inom nämndens verksamhet inte skall vara låst till ytterligare ett begrepp som kan bli alltför begränsande.

Utvecklingen bör enligt min mening gå i riktning mot att klagomål handläggs hos ett och samma organ oavsett om de föranleds av insatser från ett medicinskt eller socialt kompetensområde. Jag återkommer till denna fråga i avsnitt 9.2.

Förtroendenämndens roll som ombudsman för enskilda och anhöriga

Behovet av att få rådgivning och att ha någon att vända sig till när man har synpunkter på vård och omsorg är stort hos enskilda och deras anhöriga. De har också behov av att få information och upplysningar om vart man kan vända sig för att få stöd och hjälp i olika frågor. I första hand skall sådana behov kunna tillgodoses inom en berörd verksamhet, hos förtroendenämnder eller hos de instanser för tillsyn som redan står till förfogande. Ett tiotal remissinstanser anser dock (bil. 5) att det skulle behövas någon form av äldreombudsman. De flesta remissvar avser då en fristående funktion på kommunal nivå. Utöver rådgivning skulle funktionen kunna medverka till insyn/kvalitetsutveckling. Några remissinstanser talar för att samråd med pensionärsorganisationerna skulle utvecklas till en tätare dialog och att organisationernas rådgivande m.fl. funktioner skulle stödjas mera. Att utveckla brukarråd, samrådsgrupper etc. både inom särskilt boende och hemtjänst skulle enligt vissa remissinstanser, fylla en "ombudsmannafunktion". Flera redovisar pågående aktiviteter för att utveckla dialogen mellan pensionärsråd, olika pensionärsorganisationer och förvaltning/verksamhet.

Jag delar remissinstansernas uppfattning om betydelsen av att ha någon att vända sig till för att få upplysningar, råd och hänvisningar till rätt instans. Det är också viktigt att ha någon som kan ta emot synpunkter på vården och omsorgen. Förtroendenämndernas uppgifter och funktion motsvarar i flera avseenden den funktion som efterlyses i äldreombudsmannafunktionen. Jag anser att förtroendenämnderna i större omfattning behöver utvecklas mot att inneha en funktion att vara den enskildes och/eller anhörigas ombudsman. Jag delar här uppfattningen med HSU 2000 som framhåller nämndernas uppdrag som uttalade företrädare för enskilda och/eller anhöriga. Det förutsätter dock att förtroendenämndsverksamheten utvecklas i riktning mot att kunna handlägga frågor och klagomål oavsett om dessa föranses av sociala eller medicinska insatser.

8.7 Socialtjänststatistik

8.7.1 En ny struktur för socialtjänststatistik

Socialstyrelsen har i samverkan med Svenska Kommunförbundet och Statistiska Centralbyrån (SCB) utformat en ny struktur för statistik inom socialtjänsten. Omläggningen sker fr. o. m. år 1998. Syftet med statistikomläggningen är att anpassa statistikens innehåll till dagens struktur och arbetssätt inom socialtjänsten bl.a. att komplettera statistiken med uppgifter som saknas, t.ex. uppgifter om öppenvårdsinsatser. Avsikten är att uppnå en bättre samordning av verksamhetsstatistiken, den ekonomiska statistiken och personalstatistiken.

I arbetet med statistikomläggningen ingår också att öka tillgängligheten till informationen bl.a. genom ökad användning av Internet för redovisning av statistikens resultat.

Den förändrade strukturen för uppgiftsinsamlingen kommer att medföra en bättre anpassning av statistikuppgifterna till den verksamhet som bedrivs i kommunernas vård och omsorg om äldre. Särskilt betydelsefullt är att enhetliga definitioner för de olika verksamheterna utarbetats. Förändringarna kommer sannolikt att ge säkrare underlag som gör det möjligt att följa utvecklingen av vården och omsorgen om äldre och att göra jämförelser mellan kommuner och regioner. Jag har i kap. 3 uppmärksammat de stora skillnader som förekommer mellan kommuner och regioner avseende kostnader, omfattning och inriktning av vården och omsorgen om äldre. Den nya strukturen har inte minst betydelse för att kunna göra analyser och uppföljningar av bl.a. skillnaderna mellan kommunernas kostnader för vården och omsorgen men också analyser av samband mellan kostnader och kvalitet i verksamheten.

Jag har i kap. 7 uppmärksammat att personalstatistiken inte särskiljer uppgifter om personal i t.ex. hemtjänst respektive särskilt boende eller verksamhet för äldre respektive funktionshindrade. Statistiken innehåller inte heller uppgifter om personal i enskild verksamhet. Jag förutsätter att uppgiftsinsamlingen om personal i vård och omsorg kommer att utvecklas och leda till bättre underlag och översikter än vad som nu är förhållandet.

9 Överväganden och förslag

9.1 Inledning

Under utredningsarbetet har jag beskrivit hur bemötandet av äldre kan utvecklas genom förändringar som inriktas på tre områden.

- Enskilda äldre och deras närstående måste få inflytande över sin situation.
- Personal i olika funktioner måste få tillgång till kunskap och möjligheter att i sitt arbete använda sin kunskap och erfarenhet.
- De grundläggande principerna för äldreomsorgen, respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet måste värnas genom en tillsynsverksamhet som både kan ge god vägledning och utöva kontroll.

Jag har i tidigare kapitel framfört att situationen för äldre i vårt samhälle och äldreomsorgen i synnerhet måste prioriteras och bli synlig, inte enbart genom snabba bilder från den del av verkligheten där värderingar och materiella förutsättningar tragiskt kollapsat. Sådana situationer måste självklart speglas och framförallt bli föremål för kraftfulla förändringar. Det räcker dock inte för att utveckla det goda bemötandet. Det kräver reflexioner och analys som kan leda till att tillgängliga resurser, mänskliga och materiella, används på bästa sätt. Det kräver också tydlighet i mål och beslut och en klar uppfattning om att äldres villkor inte kan förbättras enbart genom punktinsatser. Den helt självklara sanningen att alla är berörda förtjänar att speglas på många sätt bl.a. genom kunskap om hur nutida synsätt och samhällsinsatser vuxit fram.

En prioritering av det goda bemötandet i äldreomsorgen innebär ett långsiktigt och målmedvetet arbete som behöver eldsjälar på alla nivåer bland äldre själva, närstående, personal, intresseorganisationer och politiker.

Jag vill ge en läsanvisning till detta kapitel. Det är inte helt fristående utan hör samman med vad som tidigare beskrivits i betänkandet. Där finns exempel på arbetssätt, insatser, utbildningsinnehåll osv. som utvecklas på flera håll men som behöver få spridning och förstärkas - i vissa fall genom de förslag som finns här i detta kapitel, i andra fall genom insatser på kort och lång sikt som jag beskriver och förordar i anslutning till varje område. Jag har också ansett mig vara fri att gå utanför mina direktiv i frågor där jag funnit nära samband med andra insatser och processer som kan utveckla det goda bemötandet av äldre. Det gäller bl.a. i viktiga frågor som rör personalens utbildning.

9.2 Trygghet i vård och omsorg

9.2.1 Tillsynen över vård och omsorg om äldre

Mitt förslag: Den nya socialtjänstutredningen ges av regeringen tilläggsdirektiv som innebär att utredningen får i uppdrag att snarast möjligt lägga fram ett delbetänkande om tillsynsfrågorna.

Skälen för mitt förslag: I delbetänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) definierade jag, efter min kartläggning av vården och omsorgen om äldre, vissa områden inom vilka jag gjorde bedömningen att utredningen skulle lägga förslag. Ett av dessa områden var tillsynen. Jag anser att frågan om tillsyn måste få högsta prioritet i den nya socialtjänstutredningens arbete.

Respekten för enskildas självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet - styrande principer för svensk äldreomsorg - kräver en stark tillsynsverksamhet. Den bör bl.a. kännetecknas av att man som enskild och närstående på ett lätt tillgängligt sätt skall kunna nå tillsynsfunktionen och där förvänta sig att bli bemött med respekt för sina synpunkter samt kunna hysa tilltro till att aktuella förhållanden blir föremål för en aktiv, effektiv och allsidig belysning utförd med god sakkunskap och inlevelse i äldres situation.

Tillsynsverksamhetens samlade kunskaper och erfarenheter behöver på olika sätt återföras till verksamheterna bl.a. som

underlag i olika utbildningsinsatser och för att fortlöpande höja kvaliteten i vårdens och omsorgens innehåll. På så sätt medverkar tillsynsfunktionen i kunskapsuppbyggnad och förebyggande processer.

Vissa oacceptabla förhållanden inom vård och omsorg som jag har kommit i kontakt med under utredningsarbetet visar behovet av en kraftfull och tydlig tillsynsverksamhet. Med detta avser jag både funktionen att snabbt kunna gripa in vid misstankar om missförhållanden och den löpande kontrollfunktionen samt bredare uppföljningar i olika frågor.

Utöver de förbättringar som en tydlig och förstärkt tillsyn kan innebära för enskilda och deras närstående - liksom för den engagerade personalen inom vården och omsorgen om äldre - ser jag mycket väsentliga aspekter på samhällsnivå.

Det måste vara ställt utom allt tvivel att vi i ett solidariskt samhälle värnar om äldre och deras möjligheter till ett värdigt liv. Just nu kan jag konstatera att många hyser en påtaglig misstro till innehållet i samhällets insatser för äldre. Sambandet mellan de nationella målen, de övergripande principerna, och verkligheten blir ifrågasatt. Bristande tillit till framtidens omsorg orsakar lidande för enskilda och närstående och skapar oro hos personal. Sammantaget kan detta leda till sämre innehåll i vården och omsorgen och ett dåligt bemötande.

Min bedömning är därför att det finns behov av tydliga markeringar av syftet att skapa en god vård och omsorg om äldre. Jag är väl medveten om att det genomförs många goda insatser med kunnsighet och kompetens av nuvarande tillsynsfunktioner. Med utgångspunkt i enskildas behov finner jag dock att tillsynen är i behov av förstärkning genom bättre integrering av olika kompetenser, samordning i verksamheten och tydlighet i uppdrag och funktioner.

Den nya socialtjänstutredningen har i uppdrag att bl.a. pröva möjligheterna att utveckla en mer slagkraftig regional tillsyn med samma statliga huvudman. Jag anser att detta bör utgöra ett huvudalternativ. Jag anser också att förhållandena motiverar att frågorna om tillsynen tas med förtur. Regeringen bör ge den nya socialtjänstutredningen tilläggsdirektiv som innebär att utredningen får i uppdrag att snarast möjligt lägga fram ett delbetänkande om tillsynsfrågorna. Mot detta skulle kunna anföras att förslag om tillsynen bör avvakta till dess att utredningen utrett andra frågor om socialtjänsten inom sitt uppdrag. Jag finner dock att situationen inom vården och om-

sorgen om äldre behöver en annan och snabbare handläggning. Ett delbetänkande från den nya socialtjänstutredningen skulle med fördel kunna omfatta en grundlig analys av nuvarande tillsynsfunktioner och leda till i vart fall interimistiska förslag om en förstärkt tillsyn över äldreomsorgen.

9.2.2 Ett vidgat ansvar för personal i kommunal hälso- och sjukvård

Mitt förslag: Med hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen), lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen) och lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen) skall även avses all personal som medverkar i hälso- och sjukvård i form av vård, undersökning eller behandling av enskilda och är verksam

1. vid sådana boendeformer, bostäder eller dagverksamheter som anges i 18 § första stycket HSL,
2. inom hemsjukvård enligt 18 § andra eller tredje stycket HSL.

Skälen för mitt förslag: Socialstyrelsen har i sin rapport SoS 1996:2 gjort en bedömning av effekterna av Ädelreformen. Det konstateras bl.a. att minskningen av antalet platser inom såväl akutsjukvården som geriatriken samt de förkortade vårdtiderna utgör de mera tydliga effekterna av Ädelreformen. Vidare framhålls i rapporten att det, som en 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. Socialstyrelsen anför att sjukhemmen har kommit att få ta hand om den växande andelen mycket gamla och svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov.

Långt ifrån alla kommuner har enligt Socialstyrelsen förmått möta denna utveckling med erforderlig kompetent personal samt ändamålsenlig organisation.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) framhåller i sitt delbetänkande Behov och resurser i vården - en analys, del A, (SOU 1996:163) att Ädelreformen har medfört att vården i livets slutskede, när det gäller de äldsta, i stor utsträckning förts över från sjukvården i landstingen till kommunernas äldreomsorg (s. 23).

Jag vill också uppehålla mig vid några av Socialutskottets utskottsbetänkanden.

Det första utskottsbetänkandet handlar om äldrefrågor (1996/97:SoU7). Det uppges i detta betänkande att utskottet i maj 1996 anordnade en utfrågning om äldrefrågor. En tydlig slutsats som enligt utskottet kan dras av utfrågningen är att de särskilda boendeformerna har fått ta över patienter som tidigare vårdats inom t.ex. internmedicinen och geriatriken. Många av dessa personer kräver betydande insatser medicinskt, tekniskt och omvårdnadsmissigt. Vårdtyngden har successivt ökat. Det uppges vidare bl.a. att det ofta har påtalats att det finns brister i de medicinska insatserna i äldreomsorgen, speciellt i det särskilda boendet.

Det andra utskottsbetänkandet som jag vill uppehålla mig vid gäller ett betänkande om äldreomsorg, 1996/97:SoU13. I samband med att utskottet diskuterar tillsyns- och organisationsfrågor framhålls att gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården i vissa avseenden har luckrats upp under senare år.

Genom ovanstående har det mesta sagts om motiven bakom behovet av förändring. Jag vill också hänvisa till vad Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd tidigare framhållit (avsnitt 8.2) till utredningen, nämligen att det har uppstått gränsdragningsproblem med anledning av Ädelreformen och att det ofta förekommer bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper. I svaren på min informella remiss av betänkandet om brister i omsorg (SOU 1997:51) har bl.a. Kammarrätten i Stockholm och Handikappombudsmannen tagit upp de frågor som här är aktuella, se avsnitt 8.2. Jag vill också särskilt framhålla att med nuvarande regler kan det nästan vara tillfälligheter som styr om en anställd skall anses som hälso- och sjukvårdspersonal eller inte och därmed omfattas av ansvarssystemet eller inte. Om t.ex. ett vårdbiträde biträder en sjuksköterska omfattas vårdbiträdet av ansvarssystemet. Anledningen härtill är att vårdbiträdet biträder en legitimerad yrkesutövare. Om vårdbiträdet däremot biträder en undersköterska eller ett annat vårdbiträde omfattas hon inte av

ansvarssystemet. Detta gäller såvitt kan förstås oavsett om undersköterskan eller det andra vårdbiträdet har fått i delegation att utföra arbetsuppgiften ifråga. Jag vill också i sammanhanget framhålla att mycket talar för att utvecklingen mot att kommunerna får ta hand om allt fler människor med stort vårdbehov kommer att intensifieras.

Kommunal hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL utövas i de särskilda boendeformerna, dagverksamheterna och hemsjukvården (i de kommuner där kommunal hemsjukvård finns). Jag anser att all personal som sysslar med hälso- och sjukvård i dessa fall bör betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal. Detta innebär en vidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Konsekvensen härav är att ansvarssystemet enligt åliggandelagen, disciplinpåföljdslagen och tillsynslagen utvidgas i motsvarande mån.

Utvidgningen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal bör ske genom ett tillägg i åliggandelagen. En ändring där får till följd att utvidgningen av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal också kommer att gälla för disciplinpåföljdslagen och tillsynslagen. Jag vill vidare här ånyo nämna vad jag framhållit i 8.2, nämligen att jag inte ser anledning att på grund av det förslag som jag lägger fram föreslå ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

Förslaget om att utvidga ansvarsreglerna gäller personal som medverkar i kommunal hälso- och sjukvård i form av bl.a. vård. Begreppet vård får härvid enligt min mening anses ha en vid innebörd. Jag vill här knyta an till de beskrivningar om begreppet vård som finns i förarbetena till åliggandelagen. Det sägs i propositionen till åliggandelagen, som tidigare återgivits (avsnitt 8.2) bl.a. att det torde vara självklart att personal vid sjukhus och andra inrättningar som fullgör direkta eller indirekta uppgifter inom området individriktad patientvård eller åligganden med nära anknytning härtill bör omfattas av åliggandelagens bestämmelser. Även om mitt förslag inte handlar om vård på en vårdinrättning menar jag alltså att dessa motivuttalanden bör kunna tjäna som vägledning även i den här aktuella situationen. Jag vill också tillägga att i begreppet hälso- och sjukvård ingår omvårdnad. Detta har tidigare beskrivits i avsnitt 8.2.

Mitt förslag innebär att t.ex. undersköterskor och vårdbiträden i de särskilda boendeformerna i större utsträckning än tidigare kommer att anses som hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågan om vårdbiträdena eller undersköterskorna skall anses som hälso- och sjukvårdspersonal blir inte heller beroende av i vad mån de kan anses biträda en legitimerad yrkesutövare eller har fått i delegation att utföra arbetsuppgifterna. Därmed kan också viss byråkrati undvikas.

Ett vidgat ansvarssystem på det sätt jag föreslagit handlar inte enbart om ansvarssystemet i sig. Frågan har ytterligare dimensioner. Det handlar även om yrkesrollen. Kompetensen hos personalen inom hälso- och sjukvården behöver stärkas för att möta den utveckling som skett och som kan väntas ske. Det kommer att ligga såväl i kommunens eget intresse som i arbetstagarorganisationernas intresse. Kompetenshöjningen kan främst komma till stånd genom ökade utbildningsinsatser. Ett annat inslag i kompetenshöjningen kan vara ökade möjligheter att få praktisera på andra håll, främst inom landstingens hälso- och sjukvård. Det kan naturligtvis också handla om andra kompetenshöjande åtgärder som dock kan vara svåra att förutse och som måste utgå från lokala och individuella behov och förutsättningar. Slutligen kan också framhållas att en höjd kompetensnivå inte bara ger möjligheter att bättre klara av sitt arbete. En höjd kompetensnivå ger också arbetsuppgifterna i sig en högre status.

I ungefär hälften av landets kommuner är hemsjukvården kommunal. Landstingen har där överlåtit hemsjukvården på kommunerna. Övriga landsting har kvar skyldigheten att utföra hemsjukvården. Mitt förslag omfattar inte landstingens hemsjukvård. Anledningen är att när landstingen bedriver sådan vård deltar ofta personal från socialtjänsten i vården. Det finns alltså ett dubbelt huvudmannaskap. Ledningsfrågor och andra frågor som kan uppstå på grund av denna situation kan behöva granskas närmare innan ansvarssystemet utvidgas ytterligare. Som ett första steg bör dock den av mig föreslagna utvidgningen av ansvarssystemet kunna genomföras och innebära de fördelar jag tidigare nämnt.

Ytterligare en lag där begreppet hälso- och sjukvårdspersonal används är, som jag tidigare nämnt, lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Någon definition av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal finns inte i denna lag. Jag utgår ifrån att den av mig föreslagna utvidgningen kommer att vara tillämplig även för denna lag.

9.2.3 Höjd utbildningsnivå för handläggare och arbetsledare

Min bedömning: Utbildningsnivån för handläggare och arbetsledare inom äldreomsorgen måste höjas genom anknytning till socialhögskolorna med innebörden att utbildningen leder till kompetensnivå motsvarande socionomexamen och får en närmare anknytning till forskning.

Skälen för min bedömning: Noterade brister i rättssäkerhet vid biståndshandläggning (se avsnitt 7.10) liksom ökande krav på biståndshandläggningens innehåll och på nödvändig samverkan mellan flera kompetenser leder till min bedömning att biståndshandläggare/behovsbedömare måste på ett bättre sätt förberedas inför sina viktiga arbetsuppgifter. Innehållet i utbildningen bör anknyta till kunskapsområdet socialt arbete. Förändrade behov hos både enskilda och verksamheterna inom vården och omsorgen om äldre innebär också ökande krav på arbetsledarfunktioner. Detta har genomgående framförts av olika grupper (fackliga organisationer, intresseorganisationer, anhöriga m.fl.). Arbetsledarna har en mycket betydelsefull funktion för att utveckla kvalitet och innehåll i verksamheten. Detta leder till att jag också för dessa yrkesgrupper gör bedömningen att utbildningsnivån bör höjas och anknytas till socialhögskolorna. En lång rad utredningar (se avsnitt 7.5) har kommit till samma slutsats vilket stärker min uppfattning.

9.2.4 Kunskapslyftet för redan anställda

Mitt förslag: Regeringen bör ta initiativ till att viss del av tillgängliga resurser inom det s.k. kunskapslyftet reserveras för redan anställda inom den kommunala äldreomsorgen.

Skälen för mitt förslag: Cirka en fjärdedel av nu anställda vårdbiträden inom kommunernas äldreomsorg saknar helt eller delvis gymnasiekompetens. För att kunna möta redan uttalade och ökande krav inom vården och omsorgen om äldre är det oundgängligen nödvändigt att beakta behov av formell grundutbildning. Den utgör en nödvändig utgångspunkt för

fortbildningsinsatser och andra former för kompetenshöjning. Jag anser att kommunerna under rådande förhållanden bör få statens medverkan att snabbt höja den formella kompetensnivån hos stora och för äldreomsorgens kvalitet och innehåll betydelsefulla grupper.

9.2.5 Hemsjukvård

Mitt förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att på nationell nivå fortlöpande dokumentera och rapportera om hemsjukvårdens utveckling inom kommuner och landsting.

Skälen för mitt förslag: Med anledning av vad jag erfarit under utredningsarbetet vill jag uppmärksamma utgångspunkterna för Ädelreformen, nämligen att verka för en bättre samverkan mellan sociala och medicinska kompetensområden efter enskildas behov.

Genom den kunskap som vunnits sedan Ädelreformen trädde i kraft år 1992 är det enligt min mening än mer angeläget att påskynda samverkan och integrering mellan sociala och medicinska kompetensområden, t.ex. i hemsjukvården. Utgångspunkten för en sådan process är enskildas sammansatta behov av kvalificerade och samordnade insatser från flera kompetensområden.

Jag anser att en sådan process är till fördel även för kunskapsuppbyggnad och metodutveckling i frågor som rör den enskildes sammansatta behov av vård och omsorg. En mycket väsentlig fråga berör tillgången till läkare med olika specialistkompetens. Jag anser att denna fråga måste få stor uppmärksamhet och bl.a. noga följas och på lämpligt sätt bli föremål för behövliga åtgärder genom det uppdrag som regeringen enligt mitt förslag bör rikta till Socialstyrelsen.

För att följa kvalitetsutveckling, samverkan och integrering är det väsentligt att ha tillgång till en nationell statistik som belyser olika delar av vården och omsorgen. Beträffande utvecklingen av hemsjukvården i kommuner och landsting saknas dokumentation genom samlad nationell statistik och genom beskrivningar av utvecklingen av innehåll och uppgifter. Detta är enligt min mening en allvarlig brist. Regeringen

bör därför ge Socialstyrelsen i uppdrag att på nationell nivå fortlöpande dokumentera och rapportera om hemsjukvårdens utveckling.

9.2.6 Förtroendenämnderna

Min bedömning: HSU 2000 har i sitt delbetänkande Patientnämnden har rätt (SOU 1997:154) föreslagit en lag om patientnämnd som skall ersätta nuvarande lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Nämndernas uppgift utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänst-uppgifter inom kommunernas vård och omsorg. Jag anser för min del att ansvarsområdet bör utvidgas ytterligare. Utvecklingen bör enligt min mening gå i riktning mot att förtroendenämnderna (eller vad de nu i framtiden kommer att kallas) ges behörighet att behandla klagomål oavsett om de föranleds av brister inom ett medicinskt eller ett socialt kompetensområde.

Mitt förslag: I lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården tillförs en föreskrift med innebörden att förtroendenämnderna har skyldighet att informera allmänheten om sin verksamhet och dess syfte.

Skälen för min bedömning och mitt förslag:

Förtroendenämndernas ansvarsområde

Jag har tidigare berört att äldres behov är sammansatta och inte enkelt kan delas in i sociala respektive medicinska insatser. Jag har också konstaterat att det för socialtjänstens verksamhet saknas möjlighet att som enskild och anhörig kunna vända sig till en instans liknande förtroendenämnden med synpunkter och klagomål. Det bör enligt min mening finnas lika möjligheter att föra fram synpunkter och klagomål på verksamhet inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården. Enskilda och anhöriga skall också kunna vända sig till samma instans oavsett vad synpunkterna och klagomålen gäller. Jag vill därmed gå längre än det förslag som HSU 2000 lagt i denna fråga.

Remissinstanser har som svar på min informella remiss framhållit betydelsen av att det finns någon att vända sig till för att få upplysningar, råd och hänvisning till rätt instans men även för att framföra synpunkter och klagomål. Några har framhållit att en äldreombudsman i den kommunala verksamheten skulle fylla en sådan funktion. Förtroendenämnderna kan enligt min mening utformas så att de motsvarar den funktion som efterlyses.

Informationsskyldigheten

Från allmänheten, från personal inom kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård, utbildningsinstitutioner och från förtroendenämnderna själva m.fl. har påtalats att det på många håll finns brister i informationen om nämndernas verksamhet, deras syfte och arbetssätt. Jag är väl medveten om att vissa förtroendenämnder ägnat stor uppmärksamhet åt att avhjälpa dessa brister genom annonskampanjer, broschyrer, m.m. Trots detta anser jag att det finns behov av en föreskrift som anger nämndernas skyldighet att informera om sin verksamhet. Jag anser att en sådan markering i lagen kan stärka förtroendenämndernas ställning. Jag förutsätter att huvudmännen också upplyser om förtroendenämndernas funktion inom sina verksamheter.

9.2.7 Kontaktperson och god man

Mina förslag:

Kontaktperson

Socialtjänstlagens nya bestämmelser om rätt till bistånd kompletteras med bestämmelser om rätt till annat bistånd i form av kontaktperson. Dennes uppgift bör vara att hjälpa den enskilde i personliga angelägenheter och i övrigt medverka till att han/hon får tillgång till sociala kontakter. Beslut om rätt till bistånd i form av kontaktperson skall kunna överklagas i den för förvaltningsbesvär gällande ordningen.

God man

Socialstyrelsen ges i uppdrag att svara för informationsinsatser om möjligheterna att få en god man utsedd för person som på grund av sitt hälsotillstånd behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom och/eller sörja för sin person. Informationsinsatserna bör i första hand riktas till enskilda, anhöriga och andra närstående samt till kommuner, intresseorganisationer och anhängföreningar m.fl. Syftet med informationsinsatserna är att öka användningen av stödformen god man.

Skälen för mina förslag:

Kontaktperson

Stödformen kontaktperson kan f.n. ges som en serviceinsats enligt 10 § socialtjänstlagen. Insatsen används dock i liten omfattning för äldre.

Personlig stöd i form av kontaktperson kan emellertid bidra till att utvidga den enskildes sociala nätverk och vara ett individuellt vardagligt stöd. Det nätverk som finns av anhöriga kan kompletteras bl.a. i de fall anhöriga bor på annan ort och tillfällena att mötas i vardagen är färre. Att ha en kontaktperson är också en värdefull möjlighet för dem som inte har anhöriga/närstående. En kontaktperson som behärskar den enskildes språk är en tillgång för äldre från andra länder. Jag vill

uppmärksamma motsvarande behov när det gäller äldre döva som kommunicerar på teckenspråk. Vidare kan nämnas att möjligheten att få en kontaktperson enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är utformad som en rättighet.

Jag anser att kontaktpersonsverksamheten för äldre bör utvecklas och att denna utveckling bör kunna inledas utan dröjsmål. Jag vill i sammanhanget tillägga att uppdrag som kontaktperson eventuellt också kan vara en mera formaliserad form för medlemmar i frivilligorganisationer att komplettera anhörigas och samhällets insatser. Kontaktperson enligt mitt förslag skiljer sig från arbetsmetodiken kontaktmannaskap, vilket jag utvecklar i avsnitt 7.10.

Jag ser inte någon anledning varför möjligheten att få en kontaktperson skulle vara begränsad till en servicefråga. Som jag nämnt tidigare föreslog Socialtjänstkommittén i sitt delbetänkande Rätten till bistånd inom socialtjänsten (SOU 1993:30) att rätten till annat bistånd skulle preciseras. Denna precisering skulle göras i sju punkter. En av dessa var rätt till annat bistånd i form av personligt stöd. Till denna kategori hänfördes enligt betänkandet bl.a. bistånd i form av kontaktperson/kontaktfamilj och stödfamilj. Avsikten med förslaget var bl.a. att möjligheten att få en kontaktperson utsedd skulle göras till en rättighet. Förslaget om att införa en preciserad rätt till annat bistånd i form av personligt stöd genomfördes inte.

För att få till stånd den utveckling jag önskar av stödformen kontaktperson anser jag att den bör finnas som en rättighet i socialtjänstlagen. Detta bör kunna ske utan att resultatet av den nyligen inledda utredningen om socialtjänsten avvaktas. Skälet till att jag lägger detta förslag när riksdagen så nyligen fattat beslut om ändringar i socialtjänstlagen är att denna insats på ett enkelt sätt kan tillföra den enskilde kvaliteter i vardagen och att insatsen medger stor valfrihet utifrån hans/hennes önskemål.

God man

Liksom det bör ske en utveckling av verksamheten kontaktperson för äldre bör det också ske en utveckling av verksamheten god man för äldre (mina uttalanden har även relevans för stödformen förvaltare).

Ett förordnande som god man utövat av en engagerad person kan på ett verkningsfullt sätt ge den enskilde ett stöd och stärka hans/hennes ställning i betydelsefulla avseenden. An-

hörig kan, om han/hon fyller de krav som uppställs för ett förordnande vara god man. Detta kan vara fördelaktigt i avseendet som gäller att bevaka rätt respektive sörja för person vilket måste bygga på god förtroenhet med den enskildes levnadsomständigheter och önskemål. Som tidigare angetts (avsnitt 5.3) är gode mannens uppgift att bevaka den enskildes rätt, förvalta hans egendom och sörja för hans person. Gode mannens uppgift är enligt min mening inte att ersätta personal men att, utöver de övriga uppgifterna, i sin huvudmans intresse följa att kvalitet i insatser svarar mot personens önskemål, intressen och behov. Jag menar att den uppgift som gode mannen har enligt föräldrabalken att sörja för person kan ha detta innehåll.

Som framhållits tidigare (avsnitt 5.3) bör det, enligt förarbetena till föräldrabalken, vid utseende av god man beaktas möjligheten att den som behöver personlig omvårdnad kan få detta av anhöriga inom ramen för kommunens sociala verksamhet eller på sjukvårdsinrättning. Vidare bör prövas om inte den enskildes rättsliga eller ekonomiska angelägenheter kan bli tillfredsställande skötta, t.ex. genom en banks notariatavdelning, advokat eller annan förtroendemän.

Det är inte alldeles lätt att tolka vad som kan menas med att den som behöver personlig omvårdnad kan få detta av anhöriga inom ramen för kommunens sociala verksamhet. Enbart det förhållandet att det finns anhöriga kan dock enligt min mening inte innebära minskade möjligheter att få god man utsedd.

Genom Ädelreformen har enskilda flyttat från vårdinrättningar inom landstingen till boende i främst särskilda boendeformer. Detta utgör ett eget boende och den enskildes självbestämmanderätt och valfrihet har fått en starkare betoning. Detta bör också beaktas när den enskilde önskar få en god man utsedd för sig.

Den vikt som tillmäts stödformen god man kan också exemplifieras med att det i 42 § andra stycket socialtjänstförordningen (1981:750) föreskrivs att socialnämnden skall anmäla till överförmyndaren om den finner att god man eller förvaltare enligt föräldrabalken bör förordnas för någon. Socialstyrelsen framhåller i sina allmänna råd angående anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården - SOSFS 1996:11 (S) - att ett fungerande godmanskap bl.a. kan förhindra ekonomiska oegentligheter.

Det kan också nämnas att det i 15 § 6 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade anges att det hör till kommunens uppgifter att anmäla till överförmyndaren när en person kan antas behöva god man eller förvaltare.

Sammantaget talar alltså omständigheterna för att det inom gällande regelsystem i föräldrabalken om god man bör kunna ske en utveckling av användningen av stödformen god man - en användning som kanske starkare än f.n. betonar ansvaret att sörja för person.

Om det skulle vara så att uttalandena i förarbetena motverkar en utveckling av användningen av god man för äldre på det sätt jag önskar bör övervägas om inte ändring bör ske i föräldrabalken.

Jag vill också fästa uppmärksamheten på följande förhållande. När en fullmakt undertecknas får personen i regel antas vara väl medveten om den rättshandling han/hon företar. Den enskildes hälsotillstånd kan dock försämrats så att personen inte minns möjligheten att återkalla fullmakten eller saknar förmåga att ta till sig information om att denna möjlighet finns. Det kan i praktiken innebära att fullmakten gäller så länge personen är i livet. När en person biträds av god man är förhållandena annorlunda. Gode mannen står under överförmyndarens tillsyn och har att årligen rapportera om sitt uppdrag till överförmyndaren. Om gode mannen inte sköter sina uppgifter kan han skiljas från uppdraget.

För att få till stånd en utveckling mot ökad användning av stödformen god man behövs särskilda informationsinsatser, där det bl.a. upplyses att god man även, om inte förordnandet har begränsats, har till uppgift att sörja för den enskildes person och bevaka hans/hennes rätt. Informationsinsatserna bör riktas till bl.a. äldre, närstående och socialtjänstens personal samt olika intresseorganisationer. Avsikten är att framhäva gode mannens uppgifter som en rådgivare/biträde med stor lyhörddhet inför personens inflytande, individuella behov och rätt till goda levnadsomständigheter.

Det är också viktigt att detta individuella perspektiv betonas vid rekrytering av gode män.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att svara för de erforderliga informationsinsatserna.

9.2.8 Individuell plan

Mitt förslag: Den enskilde skall kunna begära att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas inom socialtjänsten i samråd med honom/henne. I planen skall även redovisas åtgärder som vidtas av andra än socialtjänsten. Planen skall fortlöpande och minst en gång om året omprövas.

Skälen för mitt förslag: Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Så fort underlag föreligger att en patient efter utskrivning från sjukhus behöver sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser bör en samordnad vårdplanering inledas. Den syftar till att skapa förutsättningar för att det kommande överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som möjligt och att den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast. Vad som här sagts tyder på att den samordnade vårdplaneringen i huvudsak synes vara en planering inför överförandet av den enskilde från den slutna vården till socialtjänsten. Denna vårdplanering utgör givetvis en värdefull insats till stöd för den enskilde. Jag har också tidigare redogjort för planer som upprättas inom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård m.m. Det finns alltså ett flertal bestämmelser och allmänna råd om upprättande av planer. Dessa planer avser dock inte socialtjänstinsatser under mera löpande vård och omsorg av enskild. Jag har också fått synpunkter på att det bör införas en bestämmelse om individuell plan som stöd för dem som inte omfattas av föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Det kan avse situationer som inte omfattas av bestämmelserna om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, dvs. personer med så korta vårdtider att något betalningsansvar aldrig blir aktuellt.

Jag anser för min del att den enskilde skall kunna begära en individuell plan enligt socialtjänstlagen. Jag anser således att det i socialtjänstlagen bör införas bestämmelser om upprättande av plan. Ansvar för upprättandet av planen bör socialtjänsten ha och syftet med den bör vara att den skall utgöra ett stöd för arbetet med de insatser som behövs. Det är

också en uppgift för socialtjänsten att informera enskilda om möjligheterna att begära en individuell plan.

Jag vill tillägga att den enskilde genom en sådan individuell plan kan ges ett inflytande över de åtgärder som planeras och få en överblick över när olika insatser skall komma ifråga. Planen bör självfallet utgå från den enskildes intressen och önskemål. Planen bör utformas så att den ger möjlighet till uppföljning och förändring och den bör omprövas fortlöpande.

Jag anser inte att det föreligger behov av att begränsa rätten till en individuell plan enligt socialtjänstlagen till någon särskild målgrupp. I mitt fall skulle det naturligtvis mot bakgrund av direktiven kunna vara följdriktigt att begränsa rättigheten till äldre människor. Jag föreslår dock inte någon åldersgräns. I betydande omfattning kommer det dock att handla om att upprätta individuella planer för äldre människor.

Som angetts skall planen upprättas i samråd med den enskilde. Den enskilde har dock inte alltid förmågan att kunna förstå vad frågan gäller. Om en god man finns utsedd är det naturligt att planen upprättas i samråd även med honom/henne. Synpunkter bör också kunna inhämtas från anhöriga. Föreligger oenighet mellan anhöriga eller kan man anta att den enskilde inte så gärna önskar anhörigas medverkan bör detta naturligtvis beaktas.

En viktig fråga i samband med planeringen av insatserna är den samverkan som kan komma i fråga mellan olika verksamheter. Planen bör också med medgivande från den enskilde kunna utväxlas mellan olika verksamheter som ger stöd till honom/henne.

Planernas upprättande förutsätts kunna ske i administrativt enkla former. Planerna förvaras hos socialtjänsten och en kopia av planen ges till den enskilde.

Möjligheten att kunna begära upprättande av plan bör regleras genom en ny bestämmelse i socialtjänstlagen.

9.2.9 Dagverksamhet, korttidsvård, m.m.

Mitt förslag: Den enskilde ges rätt till annat bistånd i form av dagverksamhet och korttidsvård. Särskilda avgifter för dagverksamhet och korttidsvård tas inte ut.

Skälen för mitt förslag: Stöd med en uttalad målsättning och en medveten individuell planering av insatserna tillsammans med den stimulan och gemenskap som dagverksamhet och korttidsboende kan tillföra den enskilde gör det ofta möjligt för honom/henne att bo kvar i den ordinarie bostaden längre tid än som annars skulle varit fallet. Samtidigt innebär korttidsvården och dagverksamheten behövlig avlösning när anhöriga svarar för vården och omsorgen om närstående. Jag anser att dessa stödformer tillsammans med insatser i den ordinarie bostaden sammantaget utgör ett mycket väsentligt stöd för att göra kvarboendet möjligt enligt den enskildes önskemål.

Av min tidigare redovisning framgår att verksamheterna innehåller såväl medicinska som sociala insatser. Det framkommer även att den enskildes behov av insatser i form av dagverksamhet och korttidsvistelse för närvarande (november 1997) i regel bedöms som biståndsinsatser enligt 6 § SoL. Möjligheten att få insatserna dagverksamhet och korttidsvård som bistånd upphör den 1 januari 1998 i och med den ändrade utformningen av biståndssystemet i SoL (prop. 1996/97:124). Jag anser dock att dessa verksamheter är ett mycket viktigt led i utformningen av ett individuellt stöd till den enskilde.

För att förverkliga möjligheterna att kunna välja att bo kvar i den ordinarie bostaden måste det ställas krav på tillgång till insatser som skapar trygga förhållanden för den enskilde och avlösning för närstående. Alarmerande uppgifter om bristfälliga kvaliteter i stöd till kvarboende gör att jag nu lägger detta förslag trots att en regeländring så nyligen beslutats av riksdagen. Konsekvensen av att det inte finns rätt till dessa insatser kan bli att allt flera söker sig till särskilda boendeformer även om de inte vill flytta.

Det saknas samlad kunskap om dagverksamhetens och korttidsvårdens omfattning, utveckling och innehåll m.m. Jag utgår ifrån att Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen av

dessa verksamheter inklusive de särskilda utredningsenheter för rehabilitering som finns i vissa kommuner.

Enligt Svenska Kommunförbundets kartläggning av avgifter för vård och omsorg (1997) har majoriteten av kommunerna fastställt avgifter för dagverksamhet och korttidsvård. För den enskilde tillkommer kostnader för resor till dagverksamhet och korttidsboende. Det råder stora variationer i de avgifter som tas ut för verksamheterna, från ingen avgift till en avgift på 103 kronor/dag i dagverksamhet eller upp till 200 kronor/dygn i korttidsvård.

Stödet till kvarboende utgörs av stöd- och hjälpinsatser i den ordinarie bostaden tillsammans med stöd i form av dagverksamhet och korttidsvård. Avgifter för stöd till kvarboende i form av dagverksamhet och korttidsboende bör därför enligt min mening ingå i avgiften för insatser i den ordinarie bostaden.

9.2.10 Stöd genom personlig assistans

Mitt förslag: Den som har personlig assistans enligt LSS med statlig assistansersättning när han eller hon fyller 65 år får behålla sin rätt till personlig assistent och statlig assistansersättning även för tiden därefter. Rätten gäller så länge personen bor i en ordinarie bostad och är insatsberättigad.

Skälen för mitt förslag: Som jag tidigare anfört (avsnitt 5.9) anser Socialstyrelsen efter sin utvärdering år 1997 av handikappreformen att frågan bör prövas om personer med personlig assistent och statlig assistansersättning bör kunna behålla detta stöd även efter 65 år.

Jag har tidigare utvecklat att jag anser detta vara en fråga om inflytande och självbestämmande för människor som har mycket omfattande praktiska svårigheter i sin dagliga livsföring. Jag har också noterat att i vissa kommuner får den enskilde behålla assistansen i samma form och omfattning, även om den statliga assistansersättningen upphör efter 65-årsdagen. I andra kommuner försämras stödet. Enligt uppgifter från Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen är det i genomsnitt 140 personer/år (räknat på en tioårsperiod) som fyller 65 år

och som nu har personlig assistent med statlig assistansersättning.

Kritik kan riktas mot att jag i mitt förslag inte beaktar motsvarande behov hos personer som efter fyllda 65 år får omfattande funktionshinder och hjälpbehov av det slag som är en grundförutsättning för att erhålla personlig assistans och assistansersättning enligt LSS respektive LASS. Jag anser självfallet att också dessa personer skall mötas av respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Detta skall präglade de hjälpinsatser som de behöver. Jag ser dock ingen möjlighet att nu lägga ett förslag, som även omfattar dem som efter 65 år fått omfattande funktionshinder.

Den av mig föreslagna regelförändringen bör behandlas skyndsamt i samband med den analys av utformningen av LASS och genomförda regeländringar som nyligen aktualiserats i regeringskansliet med syftet att åstadkomma en stabil och långsiktig ordning i detta stödsystem.

9.3 En gemensam struktur för kunskapsuppföljning

Mitt förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag av regeringen att undersöka förutsättningarna för ett samarbetsprojekt angående en samordnad systematisering av anmälningar, synpunkter och klagomål från enskilda och anhöriga samt Lex Maria-anmälningar. Om förutsättningar finns för ett sådant projekt bör Socialstyrelsen få i uppdrag att genomföra projektet.

Skälen för mitt förslag: Inom hälso- och sjukvården finns flera olika organ att vända sig till med synpunkter och klagomål på vården och omsorgen. Jag kunde i min kartläggning konstatera att det saknas motsvarande systematiska dokumentation om enskildas och anhörigas anmälningar, synpunkter och klagomål inom socialtjänsten. En nationell systematisering av information om tillsynsanmälningar från enskilda och anhöriga inom hälso- och sjukvården är också betydelsefullt.

Jag uppmärksammade att synpunkter och klagomål som framförs av dem som är berörda, enskilda äldre och deras närstående, är en ovärderlig källa till kunskap. Denna kunskap behöver bättre tas till vara och användas i kvalitetsarbetet och i det förebyggande arbetet.

Regeringen har i två propositioner lyft fram betydelsen av att återföra kunskap om brister och missförhållanden i vården som en väsentlig del av det förebyggande arbetet. I förarbetena (prop. 1995/96:176) till lagen om förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården anförs att Socialstyrelsens RiskDataBas, Patientförsäkringen, HSAN och förtroendenämnderna förfogar över ett omfattande material om kvalitetsbrister i vården, som om det sammanställs och bearbetas bör vara en naturlig utgångspunkt för återföringsarbetet. Regeringen anför vidare i förarbetena (prop. 1995/96:187) till patientskadelagen m.m. (prop. 1995/96:187) att sammanställningar av skadestatistik kan ge underlag för diskussioner i säkerhets- och kvalitets-säkringsarbetet. Det är viktigt att det omfattande skadematerial som finns samlat inom försäkringen efter nödvändiga analyser kommer hälso- och sjukvården till del. Regeringen berör frågan om formerna för samverkan mellan patientförsäkringen, Socialstyrelsen och HSAN. Även riksdagens revisorer har i en rapport Disciplinärenden inom hälso- och sjukvården (rapport 1993/94:4) anført att formerna för samverkan mellan Socialstyrelsen, HSAN, patientförsäkringen och förtroendenämnderna behöver utredas.

Jag delar regeringens uppfattning om betydelsen av att på ett mer effektivt sätt återföra kunskap om kvalitetsbrister till vården och omsorgen. Jag anser därför att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att undersöka förutsättningarna för ett samarbetsprojekt mellan de här berörda organen. Det nationella arbetet med kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården bedrivs av Socialstyrelsen som har tillsynsansvaret över hälso- och sjukvården. Jag anser dessutom att i förutsättningarna bör ingå att undersöka hur information om tillsynsanmälningar hos Socialstyrelsen och länsstyrelserna kan samordnas med den övriga informationen. Om förutsättningar finns för ett sådant samarbetsprojekt bör Socialstyrelsen få i uppgift att gå vidare med detta arbete.

Särskilt stor vikt bör läggas på att stimulera till metodutveckling för ett effektivt användande av kunskapen i det lokala kvalitetsarbetet. Jag vill här uppmärksamma betydelsen av att finna former för att även inom vård och omsorg i den ordinarie

bostaden stimulera till metoder för en systematisk handläggning av klagomål och synpunkter.

9.4 Behov av forskningsstrategi

Mitt förslag: Regeringen bör ta initiativ till en samlad och långsiktig strategi för forskning om äldre, åldrande och äldreomsorg.

Skälen för mitt förslag: I förhållande till forskningsbehoven och till forskningsområdets omfattning ägnas forskning om äldre, åldrande och äldreomsorg liten uppmärksamhet och tillförs förhållandevis små medel av olika forskningsfinansiärer. Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) m.fl. har i olika publikationer redovisat svensk äldreforskning inklusive dess internationella anknytning.

Regeringen har (prop. 1996/97:5, Forskning och samhälle, s. 165) uttalat nödvändigheten av en medveten och långsiktig kunskapsuppbyggnad "för att skapa handlingsberedskap inför ökade krav från den växande gruppen äldre". Vidare sägs att äldreforskningsområdet även fortsättningsvis måste ha hög prioritet.

Med de erfarenheter jag gjort under utredningstiden kan jag konstatera att forskning om äldres villkor och samhällets insatser behöver få ökad uppmärksamhet. Jag talar då såväl om grundforskning som tillämpad forskning och är samtidigt väl medveten om att många goda initiativ tagits för att med höga krav på vetenskaplighet tillföra området nya kunskaper.

Några områden som enligt min mening behöver analyseras och bli föremål för åtgärder är

- tillgången på forskare
- samverkan mellan utbildning och forskning
- det ömsesidiga flödet mellan forskningen och "fältet" samt spridningen av forskningsresultat utanför forskarvärlden
- medverkan av äldre för att belysa områden som behöver beforskas
- förhållandet mellan specifik äldreforskning och forskning inom andra områden som har relevans för äldre och äldres villkor i samhället

- former för stöd till tvärvetenskapliga forskningsprojekt som har svårt att finna "hemorts rätt" inom viss disciplin
- former för stöd (handledning, dokumentation m.m.) till forskning och utvecklingsarbete för att öka kvaliteten i sådan verksamhet på lokal nivå i kommunerna.

Alla dessa områden berör enligt min mening en långsiktig kunskapsuppbyggnad om äldre, åldrande och äldreomsorg. Jag vill här slå fast behovet av en samlad forskningsstrategi men finner inte att jag inom mitt uppdrag bör utveckla dess form och innehåll.

Däremot anser jag att det skulle vara av stort värde med ett initiativ från regeringen med syfte att en forskningsstrategi kan presenteras under äldreåret 1999. Jag har erfarenhet att regeringen under år 1998 skall prioritera förberedelsearbetet inför äldreåret och finner att mitt förslag på ett mycket lämpligt sätt skulle kunna uppmärksammas i detta sammanhang. Jag vill därvid betona behovet av att man tar tillvara kunskap, erfarenhet och förslag från äldre och intresseorganisationer.

9.5 Utredning av bruket av tvångsliknande metoder

Mitt förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda användningen av metoder som har karaktären av tvång inom vård och omsorg om äldre, främst inom vård och omsorg om personer med demens och demensliknande tillstånd. När uppdraget genomförts bör regeringen ta ställning till behovet av författningsreglering av frågan.

Skälen för mitt förslag: Ett flertal av de klagomål som främst anhöriga förmedlat till mig handlar om bruket av något som inom vården och omsorgen ibland kallas "milt tvång". Det handlar om olika slags anordningar för att hindra någon från att exempelvis falla från rullstol/toalettstol. Anordningarna kan utgöras av fastbindning med lakan o.dyl. Anhöriga har - även med viss förståelse för syftet att hindra någon från att falla - upplevt detta som kränkande och bristfälligt bemötande. De har i sammanhanget bl.a. ifrågasatt personaldimensionering,

arbetsorganisation och arbetsledning. I vissa situationer har personalen kunnat hänvisa till att de har rätt att vidta nämnda åtgärder efter ordination av läkare. I andra fall har personalen endast förmedlat "att man alltid gör så". Främst har dessa händelser rapporterats i särskilda boendeformer.

Innehållet i Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård (SOSFS(M) 1980:87) föreskriver beträffande lasarett och sjukhem där långvarigt kroppssjuka vårdas samt för i sjukhusförteckningen upptagna sjukavdelningar vid ålderdomshem följande.

- 1 Sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning får inte användas för att hålla kvar patient i sängen.
- 2 För patient som sitter uppe, får sele eller liknande anordning inte användas annat än efter läkarordination för att hindra svag patient från att falla och därigenom komma till skada. Anordningar av detta slag får endast användas för att möjliggöra aktivering av patient och således inte för att t.ex. fasthålla en orolig patient.
- 3 Manschetter eller andra anordningar, som syftar till att fixera patients extremiteter, får inte användas annat än efter läkarordination för att möjliggöra behandling som kräver tillfällig immobilisering av viss kroppsdel.

Socialstyrelsen understryker i kungörelsen vikten av att personal med lämplig utbildning finns i tillräcklig omfattning för att ge patienterna adekvat vård och övervakning utan att tvångsmedel används. Reglerna gäller även vid "hemsjukvård av långvarigt kroppssjuka".

Anhöriga liksom Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping har ifrågasatt om en kungörelse av detta slag har aktualitet i verksamheter som skall erbjuda värdig vård och omsorg om äldre.

Några anser också att det föreligger stora risker för att olika "anordningar" ordinerar och används i situationer när personalen är bristfälligt dimensionerad eller saknar tillräckliga kunskaper och erfarenheter. Åter andra har väckt frågan om miljön i sig, t.ex. på äldre sjukhem, och brist på innehåll i vardagen kan skapa oro hos en person och föranleda att han/hon utsätts för åtgärder som enligt kungörelsen är förbjudna.

Jag ser dessa påpekanden som mycket väsentliga. Det har väckt min förvåning att kungörelsen trots stora förändringar inom vård och omsorg (bl.a. Ädelreformen) ogravrad finns kvar. I sammanhanget vill jag även uppmärksamma frågor som har viss beröring med ovanstående. Det handlar om den form av övertalning, "lirkande", som används i olika situationer i vardagen med personer med demens. Jag anser att det vore av värde att få analyserat när och hur ett sådant bemötande kan försvaras. Jag har erfarit att det kan handla om ett respektfullt samspel mellan personer med demens och personalen, men att det ibland också kan leda till tvångsliknande situationer som återkommer t.ex. i samband med medicinering och måltider eller när personen vill lämna t.ex. en gruppboende. Personal har uttryckt behov av vägledning och jag anser att det är en viktig fråga om bemötande.

10 Konsekvenser av mina förslag

Det ekonomiska utrymmet för vård och omsorg om äldre har i hög grad samband med den samhällsekonomiska utvecklingen som helhet. Samhällsdebatten har under den senaste tiden varit riktad mot brister i vården och omsorgen samt konsekvenserna av minskade resurser för vård och omsorg i kommuner och landsting. Behoven av vård och omsorg förväntas öka under de kommande åren, främst på grund av den ökande andelen av de allra äldsta (personer 80 år och äldre) i befolkningen. De största behoven av vård och omsorg finns i dessa åldersgrupper. Många av dem som bor i särskilda boendeformer och får insatser av hemtjänsten och hemsjukvården har omfattande vård- och omsorgsbehov. En ökad individualisering i vården och omsorgen förutsätter åtgärder inom flera områden.

Den statliga kommittén HSU 2000 har bl.a. gjort bedömningen att vård- och omsorgsbehoven kommer att vara större än tillgängliga resurser för att tillgodose dem, bl.a. på grund av den ökande andelen av de allra äldsta i befolkningen. Regeringen har aviserat - genom redan fattade beslut - att statsbidragen till kommuner och landsting kommer att ha höjts med 16 miljarder kronor år 2000 jämfört med år 1996. De aviserade resurstillskotten skall enligt regeringen tillföras vården, omsorgen och skolan, verksamheter som påverkats av den ansträngda ekonomiska situationen.

Jag har i enlighet med mina direktiv lagt förslag som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre och långsiktigt befrämja utvecklingen av gott bemötande. Jag har funnit att de förslagsområden jag valt har väsentlig betydelse för utvecklingen av kvaliteten och innehållet i vården och omsorgen om äldre både på kort och lång sikt. Äldres villkor och äldreomsorgens utveckling rör i alla avseenden välfärdsfrågor. Det krävs insatser från staten, landstingen och kommunerna för att slå vakt om äldres självbestämmande och för att ge äldre trygghet och värdighet i vården och omsorgen. Jag har funnit behov av att stärka enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg. Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse måste enligt min mening utvecklas betydligt. Jag anser vidare att det måste finnas

en förstärkt och tydlig tillsyn för att hävda den enskildes rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

De krav som gäller för alla kommittéer/utredningar om att pröva offentliga åtaganden (dir 1994:23) innebär att varje kommitté/utredning skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser.

Jag har funnit skäl att frånga dessa direktiv när det gäller förslaget om personlig assistent och assistansersättning. Jag motive- rar detta med den olikformiga behandling som finns idag. I vissa kommuner får personerna behålla stödet sedan de fyllt 65 år. I andra kommuner får de inte det. Svårt funktionshindrade bör be- handlas lika över landet och det finns därför skäl att ta dessa kostnader. Det är naturligtvis - och har också varit det sedan stö- det tillkom - mycket svårt att motivera försämring på grund av att viss ålder uppnås och att det dessutom handlar om en ålder där behovet av stöd snarare ökar än minskar.

Vad gäller förslagen i övrigt är det möjligt att de totalt sett kan komma att leda till vissa kostnadsökningar som emellertid är mycket svåra att uppskatta. På grund av de avgörande brister som framkommit i kartläggningen och som - trots många goda insatser i äldreomsorgen - dramatiskt förändrat medborgarnas tilltro till vården och omsorgen om äldre, anser jag dock att dessa eventu- ella kostnadsökningar kan försvaras. Det handlar om trovärdig- hetsfrågor som berör förhållanden långt utanför äldreomsorgen.

Jag föreslår att socialtjänstlagens bestämmelser om rätt till bi- stånd kompletteras med en rätt till annat bistånd i form av *kontaktperson*. Jag har funnit att kontaktperson enligt social- tjänstlagen är en föga använd insats för äldre. Insatsen ges i dag som en serviceinsats enligt 10 § SoL. Rätt till kontaktperson kan på ett enkelt sätt tillföra den enskilde kvaliteter i vardagen. Insat- sen medger även en stor valfrihet utifrån hans/hennes önskemål.

Jag anser att det är en brist att serviceinsatser i form av kontaktperson inte erbjudits äldre personer som stöd för att öka det sociala nätverket och som ett individuellt vardagligt stöd. In- satsen är inte resurskrävande och har inom socialtjänsten använts med framgång inom individ- och familjeomsorgen och som stöd för personer med funktionshinder. En bestämmelse i socialtjänst- lagen om rätt att få en kontaktperson utsedd kommer initialt att medföra vissa kostnadsökningar för kommunerna bl.a. för infor- mation om rättigheten och för ett ökat antal personer som ansöker om insatsen. Det är dock enligt min mening inte möjligt att nu bedöma hur många äldre personer som kan komma att omfattas

av den nya regleringen. Det är därför inte heller möjligt att bedöma de ekonomiska effekterna av reformen. Ett välutvecklat individualiserat stöd i form av bl.a. kontaktperson kan dock medföra minskade behov av andra och mera dyrbara insatser. Flera undersökningar har t.ex. visat att psykiskt och fysiskt välbefinnande kan bibehållas bättre om enskilda äldre får tillgång till fysisk aktivitet (promenader osv.) samt sociala och kulturella aktiviteter efter egna önskemål. Insatsen kontaktperson kan således vara ett led i ett viktigt förebyggande arbete.

Det är min bedömning att det bör ske en utveckling av verksamheten *god man* för äldre. Det behövs särskilda informationsinsatser för att få till stånd detta. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att svara för de erforderliga informationsinsatserna. Om det sker på det sätt jag önskar innebär det ett ökat antal gode män. Dessa har rätt till arvode. Det kommer också att ställas ökade krav på överförmyndarna bl.a. genom att de utövar tillsyn över de gode männen och att gode männen är skyldiga att avge viss rapportering till överförmyndaren. Det jag nu talat om innebär ökade kostnader. Effekterna av en ökad användning av god man bör dock inte enbart räknas som kostnadsökningar. Effekterna bör också räknas i kostnadsminskningar. Kommunernas planering av stödet till den enskilde kan underlättas. Det kan i sin tur leda till att enskilda får ett bättre anpassat stöd. Det är naturligtvis svårt att bedöma de sammantagna kostnadseffekterna. Jag anser dock inte att det finns skäl att utgå från att det måste handla om kostnadsökningar. Jag menar att de sammantagna effekterna lika gärna kan bli att det går jämnt ut eller att det uppstår kostnadsminskningar.

Jag föreslår att en ny bestämmelse införs i socialtjänstlagen om möjligheterna för den enskilde att kunna begära upprättande av en *individuell plan* med beslutade och planerade åtgärder. Den individuella planen har stor betydelse för den enskildes inflytande över de åtgärder som planeras och ger överblick över när olika insatser skall komma i fråga. Jag anser dessutom att upprättande av individuella planer utgör en viktig del av systematiseringen av arbetsprocessen. Detta höjer kvaliteten i verksamheten och innebär ytterst en arbetsbesparing för personalen. Jag anser således inte att skyldigheten att upprätta individuella planer kommer att medföra ökade kostnader för socialtjänsten även om bestämmelsen i vissa kommuner initialt kan medföra visst administrativt merarbete. På sikt tillförs kommunen/socialtjänsten/äldreomsorgen genom denna insats en samlad kunskap som kan vara av stor betydelse för planering av verksamheten m.m.

Jag har föreslagit att funktionshindrade som har *personlig assistans* med statlig *assistansersättning* under vissa förhållanden skall kunna behålla stödet även efter 65-årsdagen. Enligt uppgifter från Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen beräknas det att, av dem som har assistansersättning i dag, 140 personer kommer att uppnå en ålder av 65 år varje år under den närmaste tioårsperioden. Det kan inte förutses hur personernas bostads- och stödbehov kommer att utvecklas under tioårsperioden eller beräknas hur många som är i livet efter den aktuella tioårsperioden. Detta medför att den kostnadsbedömning som jag här gör bygger på ett flertal osäkerhetsfaktorer.

Mina utgångspunkter är att schablonersättningen räknas på 1997-års siffra, nämligen 164 kr/timme. Genomsnittstiden per vecka beräknas till 70 timmar. Vidare beräknas att efter fem år av tioårsperioden har det maximala antalet av tillkommande personer med assistansersättning uppnåtts.

Utifrån dessa faktorer beräknar jag kostnadsökningen, i miljoner kr räknat, till ca 83,5 år 1, ca 167 år 2, ca 250,5 år 3, ca 334 år 4 och ca 417,5 år 5. Därefter beräknas kostnadsökningen per år jämfört med i dag hålla sig till detta belopp.

Jag föreslår att den enskilde ges rätt till annat bistånd i form av *dagverksamhet* och *korttidsvård*. För att förverkliga möjligheterna att kunna välja att bo kvar i den ordinarie bostaden måste det ställas krav på tillgång till insatser som skapar kontinuerligt trygga förhållanden för den enskilde och avlösning för närstående. Jag har erfarenhet att insatser i form av dagverksamhet och korttidsvård som regel är en biståndsbedömd insats. Uppgifter i den allmänna debatten om mycket uppmärksammade och bristfälliga kvaliteter i stöd till kvarboende gör att jag lägger detta förslag trots att en regeländring nyligen beslutats av riksdagen innebärande att dessa stödformer inte längre kan ges som bistånd. Konsekvensen av att det inte finns rätt till dessa insatser kan bli att färre får del av insatserna och att detta i sin tur leder till att flera söker sig till särskilda boendeformer - även om enskilda egentligen inte önskar detta.

Jag utesluter inte att reformen kan föranleda vissa kostnadsökningar i enskilda kommuner. Jag vill dock uppmärksamma att ett väl utbyggt stöd i den ordinarie bostaden motverkar flyttningar och/eller för tidiga flyttningar till särskilda boendeformer vilket i sig kan leda till att kostnadsökningar uteblir i vissa kommuner.

Förslaget om ett vidgat ansvar för personal i kommunal hälso- och sjukvård, dvs. att personal i ökad utsträckning skall anses som hälso- och sjukvårdspersonal, bör enligt min mening inte

föranleda några kostnadsökningar. En indirekt följd är att det kommer att ställas krav på kompetenshöjning hos personalen. Jag förutsätter att en del av de ytterligare resurser som kommer att tillföras kommunerna bör kunna användas för att täcka kostnaderna för den fortbildning m.m. som kan behövas för kompetenshöjningen.

Jag lägger förslag om att förtroendenämndsverksamheten tillförs en regel med innebörden att förtroendenämnderna har skyldighet att informera allmänheten om sin verksamhet och dess syfte. Det har från allmänheten, från personal inom kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård, utbildningsinstitutioner och från förtroendenämnderna själva m.fl. påtalats att det på många håll finns brister i informationen om nämndernas verksamhet, deras syfte och arbetssätt. Jag finner därför skäl till ett förtydligande av förtroendenämndernas ansvar för att informera om sin verksamhet och dess funktion. Bestämmelsen om informationskyldigheten kommer sannolikt att medföra kostnadsökningar i vissa kommuner och landsting. I andra kommuner och landsting där den utåtriktade informationen är en välutvecklad del av verksamheten kommer mitt förslag inte att medföra utökade kostnader.

Jag har i mitt utredningsarbete funnit behov av vidare kartläggning och uppföljning av vissa frågor. De uppdrag som jag föreslår skall läggas på Socialstyrelsen ingår enligt min mening i styrelsens funktion som nationell tillsynsmyndighet.

11 Författningskommentarer

11.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården

I första paragrafen i lagen har ett nytt andra stycke tillkommit. Det tidigare andra stycket har flyttats till ett tredje stycke i paragrafen. Bestämmelserna i det nya andra stycket avser den utvidgning av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hälso- och sjukvården som jag tidigare föreslagit i avsnitt 9.2. Det hade givetvis varit mer naturligt att återfinna bestämmelserna i första stycket. Den placering i första stycket som i så fall hade varit lämplig hade dock medfört behov av omnumrering av ett flertal punkter. Jag har därför valt att placera bestämmelserna i ett nytt stycke.

Förslaget innebär att den som inom kommunal hälso- och sjukvård medverkar i vård och behandling av enskilda i större omfattning än tidigare kommer att kunna anses som hälso- och sjukvårdspersonal. Detta innebär i sin tur att bl.a. föreskrifter om åligganden, disciplinpåföljd och tillsyn kommer att gälla i större utsträckning än tidigare.

Motivet för förslaget är främst den utveckling som ägt rum under senare tid som inneburit att kommunerna fått ta hand om allt fler människor med stora vård- och omsorgsbehov. Frågan gäller dock inte enbart ansvarssystemet i sig. Frågan gäller också yrkesrollen inom vården och omsorgen om äldre. Förslaget bör kunna bidra till att denna roll stärks.

Vidare får angående skälen för förslaget hänvisas till 9.2. Det får också hänvisas till avsnitt 8.2.

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

Beträffande socialtjänstlagen föreslås dels tillägg i 6 f § och att det skall införas en ny paragraf, 9 a §, i lagen.

De ändringar i socialtjänstlagen som nyligen beslutats om av riksdagen innebär att rätten till bistånd i form av annat bistånd begränsats i flera avseenden. Förmåner som tidigare kunde utges som annat bistånd kommer med de nya reglerna inte att kunna göra det. Mitt förslag till tillägg i paragrafen innebär att rätten till annat bistånd vidgas. Det föreslås rätt till annat bistånd i form av kontaktperson, dagverksamhet och korttidsvård. Det krävs naturligtvis starka skäl för att lägga dessa förslag när det nyligen beslutats om en inskränkning av rättigheterna. Den kartläggning och genomgång i övrigt som gjorts av förhållandena inom äldreomsorgen visar dock att dessa starka skäl finns. I övrigt hänvisas beträffande förslaget till utvidgning av rätten till annat bistånd till avsnitt 9.2.

Bestämmelserna i den nya paragraf som föreslås, 9 a §, innebär att den enskilde skall kunna begära att socialtjänsten tillsammans med honom upprättar en individuell plan med beslutade och planerade insatser.

För motiveringen av den nya paragrafen får hänvisas till avsnitt 9.2.

11.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.

I 1 § har det lagts till ett andra stycke. I detta stycke föreskrivs att förtroendenämnderna skall informera allmänheten om sin verksamhet och dess syfte. Motiven för förslaget återfinns i avsnitt 9.2.

11.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Enligt 9 a § fjärde stycket lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade avser insatser enligt 9 § 2 samma lag (biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans) inte tid efter det att den insatsberättigade har fyllt 65 år. Det föreslås ett tillägg till denna bestämmelse. Tillägget ger möjlighet att under vissa förutsättningar kunna få insatser enligt 9 § 2 även efter fyllda 65 år. Det förutsätts att personen uppbär insatserna när han/hon fyller 65 år, att personen bor i en ordinarie bostad och att personen är fortsatt insatsberättigad. De närmare motiven för förslaget anges i avsnitt 9.2.

11.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:389) om assistansersättning

Förslaget har nära anknytning till förslaget om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det föreslås i den lagen, som ovan angetts, att den som fyllt 65 år under vissa omständigheter skall kunna behålla insatsen personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans. Assistansersättning skall enligt förslaget till ändring i lagen om assistansersättning kunna utges även efter fyllda 65 år så länge som den funktionshindrade är ersättningsberättigad och bor i en ordinarie bostad. De nya bestämmelserna har införts som ett nytt andra stycke i paragrafen. Det nuvarande andra stycket flyttas till ett tredje stycke i paragrafen. Se vidare avsnitt 9.2. angående motiven för förslaget.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunnige Kerstin Ahlsén

När det gäller bemötandet av äldre delar jag utredarens kartläggningskriterier och problembeskrivning av de äldres situation i vårt samhälle. Jag delar de grundläggande principerna för att utveckla ett gott bemötande. Jag vill här särskilt betona uppfattningen att det krävs ett långsiktigt och målmedvetet arbete för att nå förändringar och förbättringar inom vård och omsorg till äldre, samt att det kräver reflexioner och analys som kan leda till att tillgängliga resurser, mänskliga och materiella, används på bästa sätt.

Jag delar dock inte utredarens förslag till lösningar inom följande områden:

- * Lagförslag om rätten till kontaktperson
Detta förslag innebär att man institutionaliserar anhörigas och frivilligas insatser vilket är en paradox. Att formalisera anhörigas och frivilligas insatser enligt lag är enligt min mening fel väg att skapa trygghet, säkerhet och stöd för de äldre. För att nå dessa mål pågår ett arbete med metodutveckling som redan sker i många kommuner, men som mycket väl kan uppmärksammas ytterligare.
- * Lagförslag om individuell plan
Även detta är en metodfråga. Det finns rutiner och det pågår utveckling av rutiner när det gäller biståndsbedömning, vårdplanering, fungerande vårdkedjor, dokumentation, uppföljning och kvalitet. Alla dessa processer måste få mogna och ta sin tid. Att ytterligare föra in begreppet individuell plan som lagstadgad rätt är att slå in öppna dörrar. Åtskilliga kommuner arbetar med individuella planer.

- * Lagförslag om personlig assistans efter 65 år
Jag delar utredarens intentioner men i dagens ekonomiska läge där stora svårigheter redan finns för finansiering av gällande lag är det på grund av de ökade kostnaderna inte realistiskt att genomföra detta förslag.
- * Lagförslag om rätt till dagverksamhet och korttidsvård
Att lagstifta om denna rättighet löser inte de kvalitetsproblem utredaren vill avhjälpa. Konsekvenserna av en avgiftsfri dagverksamhet och korttidsvård går ej att överblicka utan ytterligare utredning. Här bör man avvakta den avgiftsutredning som pågår.
- * Lagförslag om ändring i lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården
Jag delar utredarens bakomliggande problembeskrivning att den kommunala hälso- och sjukvården fått allt tyngre ärenden som kräver kvalificerade insatser och att ansvarssystemet behöver utredas. Personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter gör det på delegation eller som biträde till legitimerad sjukvårdspersonal och omfattas då av åliggandelagen. Utredaren vill med sitt förslag försöka nå en gräzon där personal utför dessa uppgifter utan delegation. Hälso- och sjukvård kan ej bedrivas på annat sätt än som biträde eller på delegation. Om detta fungerar otillfredsställande får praxis för delegering skärpas. Föreliggande förslag bottnar inte i en tillräcklig utredning där man klargjort konsekvenser och hur det påverkar andra lagar och förordningar. Detta förslag skapar mer förvirring än klarhet.

Generellt sett delar jag inte utredarens förslag att man löser metodproblem och andra processfrågor genom lagstiftning präglad av instrumentellt tänkande. En detaljstyrning av verksamheten via lagstiftning främjar inte utveckling, förändringsvilja, kreativitet och problemlösningsförmåga.

Jag vill för övrigt hänvisa till den översyn av Hälso- och sjukvårdslagen som beställts av utredningen HSU 2000 samt den fortsatta översynen av socialtjänstlagen, som i detta läge inte bör föregripas.

Enligt kommittédirektiv 1994:23 ”ska varje kommitté visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar ska finansieras”. De antaganden om kostnader och den kostnadsberäkning som gjorts av utredaren är ytterst summariska. Det är

omöjligt att med den korta tid som stått till buds bedöma realiteten i dessa.

Särskilt yttrande av sakkunnige Margareta Liljeqvist

Jag ansluter mig till sakkunniga Kerstin Ahlséns särskilda yttrande vad avser punkten om Lagförslag om ändring i lagen om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.