

# I den äldres tjänst

*Äldreassistent – ett framtidsyrke*

*Betänkande av  
Utredningen Yrkeskrav i äldreomsorg*

*Stockholm 2008*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2008:126

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

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-690 91 91  
Ordertel: 08-690 91 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB  
Stockholm 2008

ISBN 978-91-38-23124-1  
ISSN 0375-250X

## Till statsrådet Maria Larsson

Regeringen beslutade den 22 november 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre kvinnor och män. Syftet är att öka kvalitet och effektivitet, att få en ökad nationell likvärdighet och att göra arbete inom vård och omsorg för äldre mer attraktivt.

Den 1 januari 2008 förordnades kommunalrådet Gösta Jedberger som särskild utredare. Som sakkunniga i utredningen förordnades fr.o.m. den 21 februari 2008 departementssekreteraren Andreas Hermansson, ämnesrådet Brittmarie Högberg och departementssekreteraren Kent Löfgren. Som experter förordnades utredaren Kerstin Ahlsén, projektledaren Gert Alaby, professorn Carl Jan Granqvist, rektorn och VD Jan Håkan Hansson, vård- och omsorgschefen Pia Joelsson, ombudsmannen Lena Jonasson, undervisningsrådet Ylva Malm, chefläkaren Barbro Nordström, ordföranden Sam Sandberg, ordföranden Bijan Shafiei samt förbundsombudsmannen Eva Stål Söderberg.

Utredningen antog namnet Yrkeskrav i äldreomsorg (S 2007:12). Som huvudsekreterare i utredningen förordnades fr.o.m. den 21 januari 2008 kanslirådet Niclas Jacobson. Som sekreterare förordnades fr.o.m. den 21 januari 2008 undervisningsrådet Anita Berger, fr.o.m. den 27 februari 2008 kanslirådet Emma Sterky, fr.o.m. den 8 mars 2008 undervisningsrådet Asta Modig och fr.o.m. den 1 september 2008 juristen Tomas Agdalen.

Härmed överlämnas betänkandet *I den äldres tjänst* (SOU 2008:126). Särskilda yttranden har avgetts av Kerstin Ahlsén och Eva Stål Söderberg. Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i december 2008

Gösta Jedberger

/Niclas Jacobson  
Anita Berger  
Emma Sterky  
Asta Modig  
Tomas Agdalen

# Innehåll

<b>Förkortningar</b> .....	<b>11</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>13</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>23</b>
<b>1 Ett nytt yrke för omsorg och vård för äldre</b> .....	<b>31</b>
1.1 Behovet av en kompetensreform .....	31
1.2 Uppdraget.....	32
1.3 Ett nytt yrke.....	33
1.4 Samråd .....	35
1.5 Begrepp.....	36
<b>2 Framtidens omsorg och vård för äldre</b> .....	<b>43</b>
2.1 Faktorer som påverkar framtidens omsorg och vård för äldre.....	43
2.2 Framtidens omsorg och vård för äldre – slutsatser.....	44
2.3 Vad innebär utvecklingen för omsorgspersonalen? .....	51

<b>3</b>	<b>Att definiera yrket.....</b>	<b>53</b>
3.1	Nationella yrkeskrav för arbete med omsorg och vård.....	53
3.2	Yrkestitel – Äldreassistent.....	56
3.3	Det nya yrket kräver bred kompetens .....	60
3.4	Struktur för våra yrkeskrav – Bolognadeklarationen .....	67
<b>4</b>	<b>Elva nationella yrkeskrav .....</b>	<b>71</b>
4.1	Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga.....	72
4.1.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	72
4.1.2	Bakgrund .....	74
4.2	Kommunikation .....	79
4.2.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	79
4.2.2	Bakgrund .....	82
4.3	Lagar och regler .....	87
4.3.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	87
4.3.2	Bakgrund .....	89
4.4	Det friska (normala) åldrandet.....	94
4.4.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	94
4.4.2	Bakgrund .....	95
4.5	Åldrandets sjukdomar.....	99
4.5.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	99
4.5.2	Bakgrund .....	100
4.6	Funktionsbevarande omsorg .....	107
4.6.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	107
4.6.2	Bakgrund .....	109

4.7	Emotionell och social omsorg.....	115
4.7.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	115
4.7.2	Bakgrund .....	117
4.8	Kroppsnära omsorg .....	123
4.8.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	123
4.8.2	Bakgrund .....	125
4.9	Måltid, kost och näring.....	127
4.9.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	128
4.9.2	Bakgrund .....	129
4.10	Omsorg och vård i livets slut .....	135
4.10.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	135
4.10.2	Bakgrund .....	137
4.11	Sjukvård .....	142
4.11.1	Våra argument för och en precisering av yrkeskravet .....	142
4.11.2	Bakgrund .....	144
<b>5</b>	<b>Precisering och reglering av de nationella yrkeskraven..</b>	<b>147</b>
5.1	En reglering införs i SoL.....	147
5.2	Behörighet att arbeta ensam.....	148
5.3	Omsorg – Äldreassistentens huvudsakliga kompetens .....	150
5.4	Yrkeskravsnivå .....	151
5.5	Delegering .....	153
5.6	En översyn av SoL och HSL.....	155
<b>6</b>	<b>Ett system för att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent .....</b>	<b>159</b>
6.1	Den framtida rekryteringsbasen .....	159
6.2	Två vägar till yrkeskompetens.....	160

6.3	Utbildningsvägen .....	162
6.3.1	Gymnasial utbildning med inriktning mot arbete för äldre.....	162
6.3.2	Kommande Program för Omsorg och vård samt dagens omvårdnadsprogram.....	164
6.3.3	Kommunal vuxenutbildning.....	170
6.3.4	Kompetenta yrkeslärare.....	172
6.4	Valideringsvägen.....	173
6.4.1	Genomförande av validering mot yrkeskrav och kompetensutveckling.....	174
6.4.2	Godkännande av yrkeskompetens som Äldreassistent .....	179
6.4.3	Nationell kvalitetssäkring av godkännande och validering .....	182
6.4.4	Valideringsvägen – en sammanfattning .....	183
6.4.5	Validering och kompetensutveckling av redan anställda vid reformens inledningsskede .....	185
6.5	Överklagande.....	186
6.6	Överväganden av olika alternativa ansvarslösningar .....	186
<b>7</b>	<b>Specialistkompetens för Äldreassistent .....</b>	<b>193</b>
7.1	Uppdraget .....	193
7.2	Vidareutbildning i dag.....	193
7.3	Specialiseringar .....	202
<b>8</b>	<b>Tillsyn .....</b>	<b>211</b>
<b>9</b>	<b>Forskning om omsorg och vård för äldre .....</b>	<b>213</b>



<b>10</b>	<b>Förutsättningar för att kompetensreformen ska få genomslag</b> .....	<b>217</b>
10.1	En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.....	217
10.2	Genomslag för de nationella yrkeskraven .....	221
10.3	Plan för genomförande .....	224
<b>11</b>	<b>Konsekvenser av våra förslag</b> .....	<b>227</b>
11.1	Äldreassistent – ett framtidsyrke.....	227
11.2	Jämställdhet .....	229
11.3	Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag .....	231
<b>12</b>	<b>Författningskommentar</b> .....	<b>243</b>
12.1	Inledning.....	243
12.2	Ändring i socialtjänstlagen .....	245
12.3	Lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m. ....	246
	<b>Särskilda yttranden</b> .....	<b>251</b>
<b>Bilagor</b>		
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv .....	257
<i>Bilaga 2</i>	Faktauppgifter om kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre .....	267
<i>Bilaga 3</i>	Tre underlag om yrkeskompetens .....	271
<i>Bilaga 4</i>	Utbildningsnivå och anställningstid hos befintlig personal .....	281

# Förkortningar

ADL	Aktiviteter i det dagliga livet
APL	Arbetsplatsförlagt lärande
APU	Arbetsplatsförlagd utbildning
FN	Förenta Nationerna
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KY	Kvalificerad yrkesutbildning
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LYHS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SCB	Statistiska centralbyrån
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
VO-college	Vård- och omsorgscollege
WHO	World Health Organisation

# Sammanfattning

Uppdraget har utförts i enlighet med kommittédirektivet ”En kompetensreform inom vården och omsorgen om äldre” (Dir. 2007:155). Uppdraget har varit att ge förslag på utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg samt yrkesbenämningar för omsorgspersonal som arbetar inom kommunernas omsorg och vård för äldre. Utredaren har haft till uppgift att ge förslag på yrkeskrav för sådan omsorgspersonal och föreslå hur yrkesbenämningar och krav ska införas på ett för verksamheterna rimligt och smidigt sätt. Uppgiften har även varit att analysera och ge förslag på hur kompetensbehovet inom sektorn ska kunna tillgodoses i syfte att försörja omsorg och vård för äldre med grundutbildad personal samt att lämna förslag på hur vidareutbildningen kan förbättras i syfte att höja kvaliteten och underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom omsorg och vård för äldre. Vidare har utredaren analyserat behovet av att utveckla vidareutbildningar och karriärvägar inom området.

Vi har i arbetet i första hand utgått från äldre personers behov av värdighet, trygghet och kvalitet i den omsorg och vård som finansieras av kommunerna. En annan utgångspunkt har varit att blicka tio till femton år framåt i tiden för att anpassa våra förslag till de behov som kommer att finnas framöver. En tredje utgångspunkt har varit vår bedömning av vilka faktorer som är avgörande för att öka attraktiviteten för arbete inom omsorg och vård för äldre. Vi har definierat vår målgrupp som den personal inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre som i dag i huvudsak har anställningstitlar som undersköterska, vårdbiträde och liknande.

Med dessa utgångspunkter, efter genomgång av tidigare genomförda arbeten och efter möten och seminarier med berörda finner vi att ett nytt yrke bör skapas – i den äldres tjänst.

*Nationella yrkeskrav*

Vi föreslår att det med omsorgs- och vårduppgifter läggs fast en lägsta nivå på kompetens för personal som arbetar inom omsorg och vård för äldre. Denna nivå ska vara nationellt likvärdig. Vi har utgått från de äldres behov och formulerat elva nationella yrkeskrav inom följande kompetensområden.

1. Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga.
2. Kommunikation.
3. Lagar och regler.
4. Det friska (normala) åldrandet.
5. Åldrandets sjukdomar.
6. Funktionsbevarande omsorg.
7. Emotionell och social omsorg.
8. Kroppsnära omsorg.
9. Måltid, kost och näring.
10. Omsorg och vård i livets slut.
11. Sjukvård.

Yrkeskraven är ett sätt att urskilja och beskriva de kompetenser det nya yrket ska omfatta men utgör självklart en förenkling av verkligheten. Yrkeskraven går ibland in i varandra och ett krav är oftast en förutsättning för ett annat. Tillsammans utgör de elva yrkeskraven en odelbar helhet som beskriver den grundläggande kompetens som den nya yrkesgruppen ska besitta.

Ett mål med yrkeskraven är att all omsorgspersonal ska ha grundläggande kompetens för sina arbetsuppgifter som arbetar med omsorgs- och vårduppgifter. Ytterst är målet att öka kvaliteten och effektiviteten för de äldre. I detta ligger bl.a. att uppnå intentionerna i socialtjänstlagen att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det handlar om att ta tillvara den äldres resurser och att ge individuellt anpassat stöd och hjälp. Det är särskilt viktigt att ge stöd till dem som, t.ex. på grund av sjukdom, kan ha svårigheter att göra sin röst hörd. Vi har också tagit fasta på det friska åldrandet.

Ett hälsofrämjande synsätt innebär att alla insatser utgår från vad som är bra för hälsan och det som är friskt hos varje människa. Ytterligare ett syfte är att yrkeskraven också ska bidra till att intentionerna om god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan uppfyllas.

Genom att omsorgspersonalens kompetens höjs ökar kvalitet, säkerhet och likvärdighet i verksamheten. Syftet är inte att denna personalgrupp ska ta över arbetsuppgifter från de högskoleutbildade yrkesgrupperna utan snarare att omsorgspersonalen ska kunna vara ett ännu bättre stöd i lagarbetet kring den äldre.

### *Lagreglering*

För att få genomslag för de nationella yrkeskraven föreslår vi att kompetenskravet regleras i lag. Genom en ändring i socialtjänstlagens kvalitetsbestämmelse förtydligas i en ny lag en lägsta nivå på kompetens för personal som arbetar inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Den som inte har sådan dokumenterad kompetens får inte arbeta ensam med sådana arbetsuppgifter. Lagen omfattar sådant stöd och sådan hjälp inom omsorg och vård för äldre som ges till personer som fyllt 67 år. Det handlar om insatser som den äldre får i hemmet, i särskilt boende eller i dagverksamhet efter ett biståndsbeslut. Stöd och hjälp till äldre som är av servicekaraktär omfattas inte av de nationella yrkeskraven.

### *Yrkestitel Äldreassistent*

Vi föreslår att de som har kompetens som motsvarar de nationella yrkeskraven ska få ett kompetensbevis och yrkestiteln Äldreassistent. Vi har i valet av titel haft ett antal utgångspunkter. Vi vill med titeln signalera ett ökat fokus på den äldre och stärkande av dennes inflytande över omsorgen och vården. Titeln bör alltså relatera till vem man är till för. Titeln bör vara könsneutral och inte signalera underordning eller hierarki. Titeln bör markera att det är ett nytt yrke skilt från tidigare gängse arbetsområden och titlar, som spänner över ett "bredare" område än omsorg och vård för äldre.

*Behörighet*

Den som är Äldreassistent är behörig att arbeta ensam med sådan omsorg och vård som omfattas av de nationella yrkeskraven. En person som inte har kompetens som Äldreassistent kan anställas som trainee. Den som är trainee får utföra arbetsuppgifter som omfattas av yrkeskraven enbart genom att arbeta tillsammans med en Äldreassistent eller annan personal med dokumenterad kompetens.

*Omsorg är huvudkompetensen*

Vi har funnit att frågor kring omsorg och kompetens för att ge omsorg ofta är bristfälligt beskrivna. Enligt vår bedömning beror detta bl.a. på att människors emotionella, sociala och fysiska behov som inte kräver sjukvård ofta är svårare att beskriva konkret. Det gör att de mer sjukvårdande och tekniska arbetsuppgifterna och ibland även de konkreta serviceuppgifterna oftare kommer i fokus. Traditionellt har också sjukvårdande uppgifter haft en högre status. När stöd och hjälp till den äldre behandlas, både vid biståndsbedömning och vid utförande, riktas fokus ofta också på de praktiska och medicinska behoven medan de emotionella och sociala får stå tillbaka. Under vårt utredningsarbete har det dock tydligt framkommit att det är omsorgsuppgifterna som borde vara de dominerande. Vi anser därför att omsorg är Äldreassistentens huvudsakliga och specifika kompetensområde, kompletterat med vissa vårduppgifter. Omsorg ska utgöra minst tre fjärdedelar av Äldreassistentens kompetens.

*Socialstyrelsen ansvarar för precisering av yrkeskraven*

Varje yrkeskrav omfattar tre dimensioner enligt Bolognadeklarationens tre huvudområden för kompetens, dvs. förhållningssätt och värderingsförmåga, kunskap och förståelse samt färdighet och förmåga. För att vara giltiga över en längre period har yrkeskraven formulerats relativt generellt. Samtidigt måste en precisering ske för att det ska gå att närmare förstå vilket innehåll och djup i kompetens som avses. Vi anser att det är viktigt för såväl regering som remissinstanser och berörda myndigheter att ha ett så pass detaljerat förslag att ta ställning till att man kan göra sig en före-

ställning om hur det kommer att se ut när reformen väl är genomförd. I betänkandet har vi därför redan påbörjat en precisering av varje yrkeskrav så som vi tänker oss att de borde se ut. Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ytterligare precisera yrkeskraven i föreskrift. Vidare ska Socialstyrelsen utgå ifrån att den tid som står till förfogande för att uppnå Äldreassistentens samlade kompetens ska motsvara en nivå som man skulle kunna tillgodogöra sig på en treårig gymnasieutbildning med inriktning mot omsorg och vård för äldre (karaktärsämnen ca 1500 gymnasiepoäng).

### *Vägar till yrkeskompetens*

För att möjliggöra att våra grundläggande yrkeskrav får genomslag i verksamheten bedömer vi att det bör finnas olika vägar att uppnå yrkeskompetens som Äldreassistent. Mot bakgrund av det stora rekryteringsbehovet och den heterogena rekryteringsbasen så måste dessa vägar kunna ta emot intresserade med mycket skiftande bakgrund. Vi föreslår två spår, Utbildningsvägen respektive Valideringsvägen. Utbildningsvägen är gymnasial utbildning med inriktning mot äldre och som vänder sig både till ungdomar som ska välja gymnasieutbildning och till dem som vill utbilda sig i vuxen ålder. Valideringsvägen innebär att den som anställs som trainee i omsorg och vård för äldre kan få sin kompetens bedömd och dokumenterad och vid behov få kompletterande kompetensutveckling för att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

### *Utbildningsvägen*

Det ska på gymnasial nivå finnas en utbildning inom omsorg och vård med inriktning mot arbete för äldre som ger kompetens som motsvarar de nationella yrkeskraven för Äldreassistent och som vid uppnådd kompetens ger kompetensbevis för Äldreassistent. Om gymnasieutredningens förslag genomförs bör Programmet för Omsorg och vård ges en särskild inriktning mot arbete för äldre som ger kompetens enligt yrkeskrav för Äldreassistent och yrkesexamen Äldreassistent. Om nuvarande Omvårdnadsprogram behålls bör en särskild inriktning mot arbete för äldre inrättas.

En stor del av dem som rekryteras till arbete inom omsorg och vård för äldre har fått sin utbildning via den kommunala vuxenutbildningen. Vi tror att detta även framöver kommer att vara en viktig väg in i yrket och föreslår därför att det inom kommunal vuxenutbildning ska anordnas kurser på gymnasienivå som ger kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent och som vid uppnådd kompetens ger kompetensbevis för Äldreassistent.

#### *Valideringsvägen*

Validering av befintlig och blivande omsorgspersonal förutsätter ett enkelt och begripligt system som är möjligt att genomföra i hela landet. Systemet ska bidra till nationell likvärdighet och ha hög legitimitet.

Vi föreslår att validering, dvs. en strukturerad bedömning, värdering, dokumentation och ett erkännande av kunskaper och kompetens som en person besitter, ska kunna ske mot de av Socialstyrelsen preciserade yrkeskraven. Kommunerna ges i uppgift att godkänna och styrka att en person har kompetens motsvarande de nationella yrkeskraven för Äldreassistent genom att utfärda kompetensbevis.

#### *Kvalitetssäkring*

I syfte att säkerställa likvärdighet och kvalitet ska Socialstyrelsen ges i uppdrag att ansvara för nationell kvalitetssäkring genom att t.ex. fastställa nationella riktlinjer för genomförande av validering mot de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Validering kan genomföras på olika sätt och med olika metoder. Kommunerna ges skyldighet att kvalitetssäkra underlag för godkännande, t.ex. den verksamhet som utför validering.



Om en enskild genom validering når upp till yrkeskraven ger det underlag för godkännande av yrkeskompetens som Äldreassistent och kompetensbevis kan utfärdas. Om valideringen däremot visar att den anställde endast delvis når upp till yrkeskraven ger det underlag för planering av kompletterande kompetensutveckling. Efter genomförd kompetensutveckling kan yrkeskompetens godkännas och kompetensbevis utfärdas. Socialstyrelsen ska fortlopande följa, stödja och utvärdera kommunernas godkännande av kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

### *Specialiseringar*

Äldreassistenten har en bred grundkompetens. För att i framtiden kunna möta äldre med mer varierade, komplexa och kvalificerade behov behöver Äldreassistenten dock kunna fördjupa sin kompetens inom vissa ämnesområden. För att lättare kunna rekrytera och behålla Äldreassistenter i verksamheten behövs det också tydligare karriärvägar än det finns i dag. Vi föreslår att nationella kriterier för specialistkompetens ska formuleras för fyra specialiseringar för Äldreassistenten;

1. Demens- och psykisk sjukdom.
2. Omsorg och vård i livets slut.
3. Funktionsbevarande omsorg (emotionell, social och fysisk förmåga).
4. Måltid, kost och näring.

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att närmare precisera nivån på specialistkompetens.

I varje specialisering bör framgå att Äldreassistenten, förutom ämneskunskap, också ska ha kunskap om och förmåga att handleda andra i sin specialisering, leda en grupp samt genomföra systematiskt kvalitetsarbete.

Möjlighet att uppnå specialistkompetens bör erbjudas i det formella utbildningssystemet på eftergymnasial nivå och motsvara två terminers heltidsstudier. Möjlighet att bedöma en Äldreassistents befintliga specialistkompetens bör också erbjudas genom validering mot de nationella kriterierna för specialistkompetens för specialiseringarna och kompletterande utbildning i de fall det behövs.

### *Forskning*

De yrkeskrav vi anger för en Äldreassistent är breda kunskapsfält och bitvis svåra att överblicka. Generellt saknas kunskapsöversikter inom många områden och här finns stora forskningsbehov. Ett prioriterat område bör vara att initiera och genomföra sådana kunskapsöversikter. Särskilda områden som behöver mer forskning är organisering, strukturer, organisationsformer, ledarskap m.fl. områden som, givet att kunskapsläget förbättras, kan ge nya möjligheter att utveckla de elva kompetensområden som föreslås i vår utredning. Vi bedömer att det behöver satsas mer på forskning inom omsorgsområdet.

### *En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*

En överenskommelse om en nationell strategi för kompetensförsörjning inom omsorg och vård för äldre bör ingås mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen bör innehålla ett antal åtaganden från respektive part som underlättar genomförandet av strategin. För Sveriges Kommuner och Landstings del kan det t.ex. handla om att genomföra en nationell kampanj för att informera om och marknadsföra yrket och att medverka till att de anställda inom omsorg och vård för äldre ges förutsättningar att genomföra såväl validering av befintlig kompetens som grundutbildning och specialistutbildning. Detta kan delvis ske t.ex. genom en satsning på arbetsplatsförlagt lärande.

Staten bör åta sig att, förutom att stå för regleringen, utfärda föreskrift för yrkeskravsnivån respektive anpassa utbildningssystemet efter denna nivå och för nivån för specialistkompetens. Därutöver bör staten ge stimulansbidrag i form av stöd för validering och kompetensutveckling på både grundläggande och specialiserad nivå och ansvara för uppföljning.

# Författningsförslag

## 1 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs ifråga om socialtjänstlagen (2001:453) att 3 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 3 kap.

#### 3 §

Insatser inom socialtjänsten *skall* vara av god kvalitet.

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

Kvaliteten i verksamheten *skall* systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Insatser inom socialtjänsten *ska* vara av god kvalitet.

För utförande av socialnämndens uppgifter *ska* det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. *I lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m. finns ytterligare bestämmelser om lämplig utbildning och erfarenhet för personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre.*

Kvaliteten i verksamheten *ska* systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

## 2 Förslag till lagen om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.

Härigenom föreskrivs följande

### *Inledning*

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om lämplig utbildning och erfarenhet (kompetens) för personal som i sin yrkesutövning ger en person som fyllt 67 år stöd och hjälp enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)

- i dagverksamhet som motsvaras av det som avses i 3 kap. 6 § första stycket den lagen,
- i hemmet som motsvaras av det som avses i 5 kap. 5 § första stycket den lagen, eller
- i en särskilt inrättad boendeform som motsvaras av det som avses i 5 kap. 5 § andra stycket den lagen.

Stöd och hjälp av servicekaraktär omfattas inte av denna lag.

2 § Enskild med kompetens enligt denna lag eller föreskrift med stöd av lag är äldreassistent.

3 § Personal ska för att få arbeta ensam med yrkesutövning enligt denna lag vara äldreassistent.

### *Godkännande av kompetens samt kvalitetssäkring*

4 § Den nämnd som enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska efter ansökan av enskild godkänna att han eller hon har i 2 § föreskriven kompetens och styrka detta genom att utfärda intyg (kompetensbevis) för äldreassistent. Ansökan ställs till den kommun i vilken den enskilde ska arbeta med uppgifter enligt denna lag. Nämnden ska dokumentera beslutet.

Godkännande av kommun enligt första stycket krävs inte för enskild som genom gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning eller fristående skola fått motsvarande kompetens genom utbildning på nationellt fastställda kurser eller genom en godkänd utländsk utbildning som givit motsvarande kompetens.

5 § Underlaget för ett beslut enligt 4 § första stycket ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i underlagen ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### *Bemyndiganden*

6 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om kompetens enligt 2 §.

7 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om behörighet för ytterligare yrkesgrupper att ensam få arbeta med uppgifter som omfattas av denna lag.

8 § Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om villkor för rätten att kalla sig äldreassistent för enskild som har utländsk utbildning motsvarande de krav på kompetens som följer enligt 2 § och hur den erkänns enligt 4 § andra stycket.

9 § För verksamhet enligt denna lag får regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer, meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa.

### *Tillsyn*

10 § Socialstyrelsen har tillsyn över verksamheten enligt denna lag och ska om det förekommer någon brist förelägga kommunerna att avhjälpa den.

Tillsynen är granskning av att verksamheten uppfyller

- de krav som framgår av lagen, och till den meddelade förordningar och föreskrifter,
- villkor i beslut som Socialstyrelsen meddelat.

Socialstyrelsen ska

- utöva tillsynen i enlighet med definitionen i första stycket,
- lämna råd och vägledning i tillsynen,
- följa upp att brister åtgärdas,
- förmedla kunskap och erfarenhet som erhålls genom tillsynen, och
- informera och ge råd till allmänheten.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010 i fråga om 1, 2 och 4–10 §§ och i övrigt den 1 januari 2015.

### **3 Förslag till förordningen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.**

Härigenom föreskrivs följande

1 § I denna förordning finns föreskrifter om kompetens enligt lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m. De uttryck och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i den lagen.

2 § Äldreassistenten ska ha kompetens enligt följande yrkeskrav

*1. Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga*

Äldreassistenten ska ha kunskap om den värdegrund som gäller för omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att omsätta värdegrunden och tillämpa ett etiskt förhållningssätt och ett gott bemötande i sitt arbete. Äldreassistenten ska ha kunskap om vad som avses med att kritiskt analysera, bedöma och värdera. Äldreassistenten ska ha förmåga att kritiskt granska, bedöma och värdera det egna arbetet och därmed kunna medverka till verksamhetens utveckling.

*2. Kommunikation*

Äldreassistenten ska ha kunskap om olika former för kommunikation och förståelse för dess betydelse för äldre, närstående och arbetskamrater. Äldreassistenten ska ha förmåga att tala, läsa och skriva svenska. Äldreassistenten ska också ha förmåga att anpassa sättet att kommunicera till olika situationer och olika individers förutsättningar och behov.

*3. Lagar och regler*

Äldreassistenten ska ha kunskap om de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som styr omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra sitt arbete så att den äldres säkerhet och god kvalitet tillgodoses i enlighet med gällande lagar och regler.



#### 4. *Det friska (normala) åldrandet*

Äldreassistenten ska ha kunskap om hur åldrande påverkar människan socialt, psykiskt och fysiskt. Äldreassistenten ska ha förmåga att med en positiv syn på ålder och åldrande se det friska hos den äldre.

#### 5. *Åldrandets sjukdomar*

Äldreassistenten ska ha kunskap om vanligt förekommande sjukdomar och hälsoproblem hos äldre samt hur dessa påverkar behovet av omsorg och vård. Äldreassistenten ska ha förmåga att bedöma förändringar i den äldres psykiska och fysiska tillstånd.

#### 6. *Funktionsbevarande omsorg*

Äldreassistenten ska ha kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar äldres hälsa och välbefinnande samt vad som avses med rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja och motivera den äldre till egen fysisk aktivitet och ha förmåga att tillämpa ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt.

#### 7. *Emotionell och social omsorg*

Äldreassistenten ska ha kunskap om betydelsen av emotionell och social stimulans för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja den äldre att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och att vara delaktig i samhället.

#### 8. *Kroppsnära omsorg*

Äldreassistenten ska ha kunskap om personlig hygien och klädsel. Äldreassistenten ska ha förmåga att med respekt för den enskildes integritet stödja den äldre att själv sköta sin personliga hygien och klädsel. Äldreassistenten ska också ha förmåga att vid behov helt eller delvis kompensera den äldre om han eller hon inte själv klarar dessa uppgifter.

#### 9. *Måltid, kost och näring*

Äldreassistenten ska ha kunskap om vad måltid, kost och näring har för betydelse för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att skapa en tillfredsställande måltidsmiljö, goda matvanor och att stödja den äldre vid måltiden.

#### 10. *Omsorg och vård i livets slut*

Äldreassistenten ska ha kunskap om omsorg och vård i livets slut. Äldreassistenten ska i den svåra situation som är vid livets slut ha förmåga att stödja den äldre och dennes närstående.

### 11. Sjukvård

Äldreassistenten ska ha kunskap om sjukvårdande insatser. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra kontroller, provtagningar och behandlingar. Äldreassistenten ska ha kunskaper om smitta och smittspridning och förmåga att utföra sina arbetsuppgifter med beaktande av hygieniska principer. Äldreassistenten ska också ha förmåga att administrera läkemedel.

3 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om ytterligare preciseringar av varje yrkeskrav enligt 2 §.

4 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om preciseringar av specialiseringar för äldreassistent inom vilka specialistkompetens kan uppnås.

5 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka yrkesgrupper utöver äldreassistent som får arbeta ensamma med arbetsuppgifter som omfattas av lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m..

6 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hur kommunerna uppfyller kraven i 4 § lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.

7 § Socialstyrelsen ska vara särskilt behörig myndighet för yrket inom lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m. enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, ändrat genom rådets direktiv 2006/100/EG.

---

Denna förordning träder ikraft den 1 januari 2010.

# 1 Ett nytt yrke för omsorg och vård för äldre

## 1.1 Behovet av en kompetensreform

Regeringen har i direktiven angett följande.

Att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre kvinnor och män i behov av omsorg och vård ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen.

Fler personer blir allt äldre och fler äldre kvinnor och män får sin vård och omsorg i den ordinära bostaden eller i särskilt boende, mot att tidigare ha vårdats inom slutenvården. Detta har inneburit att arbete inom vård och omsorg om äldre blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat. Det kräver att personalen har både bredd och djup i sin kompetens.

På tio års sikt kommer pensionsavgångarna från äldreomsorgen att vara stora, samtidigt som antalet personer med vård- och omsorgsbehov beräknas öka. Efterfrågan på kompetent personal kommer alltså att öka kraftigt. Sedan lång tid tillbaka har allt färre sökt sig till omsorgen via de reguljära utbildningsvägarna såsom gymnasieskolans omvårdnadsprogram. För att klara den framtida personalförsörjningen måste omvårdnadsarbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få tillgång till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som ger kompetens för arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas. Flexibla och individuella lösningar behöver utvecklas. Bara drygt tio procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg är män. En framtida utmaning är att bredda rekryteringsbasen och därmed öka denna andel.

Regeringen ställer sig i direktiven bakom den analys som bl.a. Socialstyrelsen gjort, dvs.

- att den fortsatt låga andelen yrkeskompetent omvårdnadspersonal inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen,
- att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet av yrkeskompetent omvårdnadspersonal,
- att det är angeläget att lägga fast kraven på att all personal ska ha en definierad lägsta yrkeskompetens,
- att utbildningssystemet bör ses över och
- att förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna behöver förbättras.

Regeringen anger att det finns ett behov av en samlad kompetensreform. Syftet med en sådan reform är att öka kvaliteten och effektiviteten, att få en ökad nationell likvärdighet och att göra arbete inom vården och omsorgen om äldre mer attraktivt. Reformens mål är att all personal ska ha grundläggande yrkesutbildning för sina uppgifter. Vidare är ett mål att personalen får bättre förutsättningar för kompetens- och karriärutveckling. Därmed bör verksamheterna få bättre möjlighet att kunna rekrytera och behålla personal med god kompetens.

## 1.2 Uppdraget

I direktiven anges att

- Utredaren ska ge förslag på utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg samt yrkesbenämningar för omvårdnadspersonal som arbetar inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Utredaren ska ge förslag på yrkeskrav för sådan omvårdnadspersonal och föreslå hur yrkesbenämningar och krav ska införas på ett för verksamheterna rimligt och smidigt sätt.
- Utredaren ska analysera och ge förslag på hur kompetensbehovet inom sektorn ska kunna tillgodoses i syfte att försörja vården och omsorgen om äldre med grundutbildad personal.
- Utredaren ska lämna förslag på hur vidareutbildningen kan förbättras i syfte att höja kvaliteten och underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Vidare ska utredaren analysera behovet av att utveckla vidareutbildningar inom området.

### 1.3 Ett nytt yrke

Omsorgspersonalen är Sveriges i särklass största yrkeskår med ca 185 000 anställda (2006). Den ger stöd och hjälp till ca 250 000 personer, 65 år och äldre. Kommunens kostnader för omsorg och vård för äldre är ca 83 miljarder kronor per år. Omkring fyra femtedelar av dessa kostnader utgörs av personalkostnader. Omsorgspersonalen utgör i sin tur 85 procent av hela personalstyrkan. Ska man påverka kvalitet och effektivitet i verksamheten bör man rikta in sig på personalen i verksamheten.

Många arbetsgivare har som ambition eller krav att man ska ha genomgått gymnasiets omvårdnadsprogram för att få anställning, men eftersom verksamheten hela tiden måste bemannas, så är det ofta möjligt att få arbete utan att ha utbildning inom omsorg och vård. Det finns också en risk att omsorg och vård för äldre kan bli ett arbetsmarknadspolitiskt dragspel, där arbetslösa kan få anställning utan att de egentligen är lämpade för arbetsuppgifterna eller ens vill arbeta där. Antalet timanställda och vikarier är stort och många av dessa får så småningom fast anställning trots att de saknar kompetens för arbete inom omsorg och vård för äldre.

Vi anser att det finns ett stort behov av att på nationellt plan förtydliga yrkesrollen, göra kompetensen mer enhetlig och skapa en ny yrkestitel för omsorgspersonalen. Detta är av värde för såväl de äldre som för omsorgspersonalen och arbetsgivarna.

- Den äldre med behov av stöd och dennes närstående ska kunna vara trygga i förvissningen om att omsorgspersonalen har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna och att den omsorg och vård som ges är av god kvalitet och kvalitetssäkrad.
- Omsorgspersonalen får en yrkesidentitet. En tydligare yrkesroll leder till en statushöjning, en känsla av stolthet, trygghet, egenansvar och sammanhang. Det minskar risken att omsorgspersonalen känner sig otillräcklig. Därmed ökar möjligheten att de stannar kvar i yrket och kontinuiteten kring den äldre kan öka. Med en nationellt enhetlig yrkesbeteckning och kompetens underlättas möjligheten till rörlighet då kompetensen och yrkestiteln blir gångbar överallt i landet.
- Arbetsgivaren kommer med en ökad enhetlighet att ha bättre möjlighet att veta vilken kompetens omsorgspersonalen och arbetssökande har och därmed kunna säkerställa ökad kvalitet och effektivitet i verksamheten.

Kommittén för Kompetensstegen<sup>1</sup> lyfter fram tre strategiskt viktiga frågor inför framtiden – Professionalisering, Organisering samt Bemötande och värdegrund. Den sistnämnda frågan behandlas i vårt betänkande som ett kompetensområde som är nödvändigt för den nya yrkesgruppen. Frågan om organisering är i huvudsak ett ansvar för arbetsgivaren men naturligtvis är organiseringen av arbetet avgörande för personalens möjlighet att göra ett kvalitativt gott arbete. Under rubriken Professionalisering nämns i Kompetensstegens betänkande bl.a. följande:

Baspersonalen inom omsorg och vård av äldre utför ett viktigt, kvalificerat och ansvarsfullt arbete. Att peka på behovet av professionalisering ska inte ses som kritik av de anställdas faktiska förmågor och färdigheter. Det handlar tvärtom om att beskriva, tydliggöra och utveckla de mycket komplexa kunskaper och färdigheter som de besitter och som omsorgs- och vårdyrket närmast den äldre kräver. Att arbeta närmast den äldre – som undersköterska eller vårdbiträde – ställer dagligen krav på en kombination av professionella yrkeskunskaper och ett professionellt förhållningssätt. Den medicinska utvecklingen och teknikutvecklingen inom området har inneburit att möjligheterna att behandla sjukdomar och skador även i hög ålder har blivit bättre. Denna utveckling ställer dock högre och förändrade krav på personalens kunskap och kompetens. Människor överlever tidigare dödliga sjukdomar men har i gengäld omfattande och sammansatta vårdbehov. Detta leder till en förändrad yrkesroll och ett förändrat arbetsinnehåll för den personal som arbetar närmast den äldre i vardagen. Det är kommitténs bedömning att dessa förändringar inte i tillräcklig utsträckning återspeglas i nuvarande arbetsbeskrivningar och därmed inte heller i kompetensutvecklingens utformning och innehåll. Detta visar sammantaget på behovet av att lyfta fram omsorgs- och vårdyrket som en profession med många olika inriktningar och med höga och komplexa krav på kunskap och kompetens. Mot bakgrund av erfarenheterna från Kompetensstegen och de många satsningar på validering och grundutbildning, karriärvägar och spetskompetens som genomförs runt om i landet, gör kommittén bedömningen att kompetensutvecklingsinsatser i syfte att öka professionaliseringen av omsorgs- och vårdyrket är ett av de mest strategiskt viktiga områdena för kvalitetsutvecklingen i stort.

Vi finner behov av att nu beskriva den kompetens som arbetsuppgifterna verkligen kräver och visa att omsorgspersonalens arbete förtjänar anseende och respekt. Vår utmaning är att skapa ett nytt yrke för framtiden – ett yrke i den äldres tjänst.

---

<sup>1</sup> Att lära nära. Stöd till kommunerna för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre. SOU 2007:88.

## 1.4 Samråd

Det sker mycket i vår omvärld som påverkar vilka förslag vi kan lägga. Det pågår parallellt med denna utredning andra processer som vi har tagit hänsyn till. De viktigaste är förslagen från Gymnasieutredningen, Yrkehögskoleutredning, Vårdighetsutredningen samt Valideringsdelegationens slutrapport som samtliga är under beredning. Socialstyrelsen ser över regleringarna inom hälso- och sjukvårdsområdet i syfte att avreglera. Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Kommunal håller tillsammans på att bygga upp en branschsamverkan – Vård- och omsorgscollege.

Skulle dessa processer ha varit slutförda är det troligt att våra förslag hade sett delvis annorlunda ut. En del av det ansvar som vi nu föreslår ska läggas på Socialstyrelsen skulle eventuellt kunna passa bättre inom ett framtida utbildningssystem eller hos branschens parter men det går inte att säga i dag. Vi har därför försökt anpassa våra förslag så att de ska fungera oavsett resultaten i andra pågående processer.

Vi har i enlighet med direktiven haft samråd med eller tagit del av resultat och förslag från ett antal utredningar och andra arbeten. Det gäller Vårdighetsutredningen (S 2007:03) som lämnat betänkandet Värdigt liv i äldreomsorgen (SOU 2008:51), Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (S 2007:4) som lämnat betänkandet LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2000:15), Kompetensstegen (S 2004:10) som lämnat betänkandet Att lära nära (SOU 2007:88), Gymnasieutredningen (U 2007:01) som lämnat betänkandet Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola (SOU 2008:27), Yrkehögskoleutredningen (U 2007:7) som lämnat betänkandet Yrkehögskolan – För yrkeskunnande i förändring (SOU 2008:29) samt Valideringsdelegationen som lämnat rapporten Mot en nationell struktur.

Vi har medvetet valt att i första hand möta personer som är yrkesverksamma inom omsorg och vård för äldre. Vi har haft kontakt med undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och sjuksköterskor. I tidigt skede hade vi tre möten i olika delar av landet där vi mötte personer med ansvar för omsorg och vård för äldre i kommunerna. Det var socialchefer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor, enhetschefer, biståndshandläggare, omsorgspersonal m.fl. Mötena var förlagda till Göteborg, Kalmar och Umeå och representanterna kom från kommuner i respektive

region. Vid ett studiebesök i Sandviken fick vi ta del av deras arbete med E-validering.

Vi har också haft ett antal möten och kontakter med representanter för berörda myndigheter och organisationer och fått värdefulla synpunkter. Det gäller t.ex. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Länsstyrelserna i Kalmar och Göteborg, Kommunal (bl.a. två möten med branschrådet för undersköterskor), Vårdförbundet, Äldrecentrum i Stockholm, Kravmärkt Yrkesroll, Distriktssköterskeföreningen, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, Karolinska institutet, stiftelsen Äldrecentrum, PRO – pensionärernas riksorganisation, RPG – Riksförbundet pensionärs gemenskap, SKPF – Svenska kommunal pensionärernas förbund, SPRF – Sveriges pensionärs riksförbund, dietister och kostchefer från Stockholms län, rektorer från kommunal vuxenutbildning i kommunerna på Södertörn, Sveriges Dövas Riksförbund (SDR), Sveriges elevråd (SVEA) samt Läkemedelsindustriföreningen (LIF).

Vi har haft flera möten med forskare och experter inom olika discipliner och också fått skriftliga och muntliga synpunkter från enskilda forskare och andra personer som berörs av omsorg och vård för äldre.

Två besök har genomförts i våra nordiska grannländer i syfte att jämföra och lära av hur dessa länder arbetar med omsorgspersonal och kompetensförsörjning. I Helsingfors fick vi möjlighet att möta representanter för Social- och Hälsovårdsministeriet, STAKES samt träffa lokala företrädare för omsorg och vård för äldre i Helsingfors stad. I Oslo studerades bl.a. hur man där arbetat med auktorisering av omsorgspersonal. I Oslo träffade vi representanter för Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Statens autoisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) samt KS – Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

## 1.5 Begrepp

### Äldre

I betänkandet använder vi genomgående begreppen ”äldre” och ”den äldre” för att beteckna den personkrets som är föremål för kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Det finns en rad



alternativa begrepp som används i olika sammanhang. Brukare, kund, patient och klient är exempel på sådana begrepp. Patient används oftast i hälso- och sjukvården, klient inom individ- och familjeomsorgen och brukare inom hela socialtjänsten. Kund betecknar ofta en person med betydligt större makt över tjänsten än vad som för närvarande är fallet efter en behovsbedömning.

Begreppet äldre har den bristen att det är ett betydligt vidare begrepp än de dryga 15 procent av befolkningen över 65 år som får stöd i form av hemtjänst eller särskilt boende (37 procent av de som är 80 år och äldre).<sup>2</sup> Till dessa kommer de som endast har hemsjukvård.

För att avgränsa begreppet äldre nedåt i åldrarna har vi valt att räkna med de som är 67 år och över. Det är numera den gängse övre pensionsåldern. Det är också den avgränsning som gjorts i den relativt nyligen antagna lagen om kommunal befogenhet att tillhandahålla servicetjänster för äldre.<sup>3</sup>

Med begreppet äldre i betänkandet avses alltså personer 67 år och över som beviljats kommunalt finansierad omsorg och vård.

## Omsorgspersonal

Det finns en mängd befattningsbenämningar inom omsorg och vård för äldre som exempelvis undersköterska, vårdbiträde, hemvårdare, skötare, vårdare, hemsamarit, hemtjänstbiträde, hemsjukvårdare och vårdassistent. Inom kommunernas omsorg och vård för äldre dominerar benämningarna vårdbiträde och undersköterska. Många av dem som återfinns bakom de olika titlarna arbetar med likartade uppgifter och skillnaden kan i många fall vara svår att beskriva.

I betänkandet har vi, där inte annat framgår, valt att benämna den personalkategori som är vår målgrupp för omsorgspersonal. Med det menar vi personal anställd inom kommunalt finansierad service, omsorg och vård för äldre och som i dag har grundläggande kompetens motsvarande gymnasieutbildning eller lägre.

---

<sup>2</sup> Socialtjänststatistiken 2007 ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se))

<sup>3</sup> Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

## Service, omsorg, vård

Vi har identifierat tre arbetsområden för omsorgspersonalen – service, omsorg och vård. Vi har tagit del av ett antal olika källor för att definiera dessa och vi kan då konstatera att gränserna mellan olika begrepp ibland är flytande och att begreppen ibland används synonymt. Det gäller exempelvis omsorg, omvårdnad och vård, vilket Agneta Törnquist konstaterar i sin avhandling<sup>4</sup>:

Begreppen omsorg, omvårdnad och vård används både i vardagliga och vetenskapliga sammanhang på ett mångtydigt och oprecist sätt. Ibland används de för att beskriva en verksamhet och ibland för att förtydliga kvaliteter i det mänskliga samspelet. Begreppen används dessutom i många sammanhang synonymt.

*Service:* I betänkandet använder vi begreppet service för att beskriva insatser som inte kräver särskild omsorgs- eller vårdkompetens t.ex. städning, bäddning, tvätt, inköp och matdistribution.

I förarbetena till 2 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) avgränsas service till hjälp i form av enbart städning, inköp, matlagning och liknande service.<sup>5</sup> Vi har valt att avgränsa begreppet på samma sätt.

*Omsorg:* Med omsorg menar vi insatser som består i att stödja och hjälpa (assistera) äldre människor som pga. funktionsnedsättning, sjukdom eller av andra skäl behöver personlig fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt stöd för det dagliga livet och för att ha en aktiv och meningsfull tillvaro. Omsorg innebär att tillsammans med den äldre bevara, utveckla, förändra och skapa livsstrategier för och i olika livssituationer. Vi använder alltså begreppet omsorg som ett samlingsbegrepp. Vi har brutit ut serviceuppgifter och betonat andra arbetsuppgifter såsom att stödja och motivera den äldre till fysisk aktivitet eller att stödja socialt och emotionellt innehåll liksom arbetsuppgifter som ibland betecknas som omsorg och i andra situationer betecknas som omvårdnad.

Från olika håll har synpunkter framförts att omsorg inte är någon egen vetenskaplig disciplin och att omsorgspersonalens kompetens vilar på en kombination av vetenskapliga discipliner t.ex. socialt arbete, pedagogik, hälsa, rehabilitering och omvårdnad. Vi delar uppfattningen att kunskapsbasen hämtas från flera veten-

---

<sup>4</sup> Törnquist, A., *Vad ska man kunna och hur ska man vara*. Stockholm: Lärarhögskolan, 2004.

<sup>5</sup> Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen.

skapliga områden, men vårt uppdrag är att formulera vad man ska kunna, dvs. vilken yrkeskompetens man behöver ha för att arbeta med omsorg och vård för äldre. Det betyder att vi inte utgått från utbildning eller vetenskapliga och akademiska discipliner när vi formulerat kompetensen. I stället har vi utgått från de äldres behov och de arbetsuppgifter som behöver utföras. Utifrån detta har vi formulerat olika kompetensområden.

Någon enhetlig definition av omsorg har vi inte funnit i litteraturen eller i Socialstyrelsens termbank. Följande definition har Socialstyrelsen använt när vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer formulerats: Med (social) omsorg avses insatser som består i att hjälpa människor med olika funktionshinder och/eller särskilda behov att hantera sin vardag. Omsorgsarbetare tillsammans med brukare söker bevara, utveckla, förändra, skapa livsstrategier för och i olika livssituationer.<sup>6</sup> Denna definition täcker enligt vår bedömning inte hela omsorgspersonalens arbetsområde. Den omsorg som behövs på grund av en persons sjukdom inryms inte. Dessutom inbegriper denna definition serviceuppgifter som vi av andra skäl önskar skilja ut ur begreppet omsorg. Vi har dock använt delar av definitionen i vår definition av omsorg.

Det har framförts att omvårdnad vore ett bättre begrepp att använda. Omvårdnadsbegreppet är kopplat till hälso- och sjukvård medan omsorgsbegreppet används inom socialtjänsten. Den personalkategori som vår yrkeskompetens formulerats för arbetar i huvudsak enligt SoL.

Virginia Henderson gjorde på 1950-talet en definition av begreppet omvårdnad som fortfarande är aktuell. Omvårdnad är

Att hjälpa individen, frisk eller sjuk, att utföra sådana handlingar som främjar hälsa eller leder till återvinnande av hälsa (eller till en fridfull död), och som individen skulle kunna utföra utan hjälp om han eller hon hade haft den nödvändiga styrkan, viljan eller kunskapen. Denna uppgift ska utföras på sådant sätt att man hjälper vederbörande att klara sig på egen hand så snart som möjligt.<sup>7</sup>

En viss arbetsuppgift, t.ex. stöd vid måltidssituationen, kan betecknas som en omsorgsuppgift i vissa situationer medan samma uppgift i andra sammanhang kan betecknas som omvårdnad. Likaså kan personlig hygien beskrivas som kroppsnära omsorg eller som personlig omvårdnad.

<sup>6</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå.* Socialstyrelsen, 2006.

<sup>7</sup> Dulong, J. & Poulsen, C., *Grundbok i omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur, 1997.

Omvårdnad, som begrepp, är enligt vår bedömning i stor utsträckning kopplat till hälso- och sjukvård och leder tankarna till sjukvårdande uppgifter. Omsorgspersonalen utför dem ofta på delegering eller efter instruktion av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är också endast i dessa fall som omsorgspersonalen är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal i lagens mening. Specifik omvårdnad är huvudkompetensen i sjuksköterskans yrkesprofession. Allmän omvårdnad ingår som en del i den kompetens som omsorgspersonalen ska ha.

Det ingår allmän omvårdnad både i det vi definierar som omsorg och i det vi definierar som vård. Vi menar att omsorg är ett vidare begrepp än omvårdnad och vi använder därför omsorg för att sammanfattande beskriva de uppgifter som omsorgspersonalen inom omsorg och vård för äldre huvudsakligen arbetar med.

*Vård:* Med vård menar vi insatser som kräver sjukvårdskunskaper, exempelvis sårvård, administrering av läkemedel samt utförande av sjukvårdande och rehabiliterande behandling efter instruktion eller på delegation av sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Vård definieras ofta i samband med begreppet omsorg. T.ex. anger Socialstyrelsen att vård och omsorg innebär åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar.<sup>8</sup> Vård och omvårdnad används vid beskrivningar av det arbete som utförs inom hälso- och sjukvården. Vård är ett mer medicinskt begrepp än omsorg och innebär insatser som har till syfte att återställa individen till sitt ursprungliga tillstånd.<sup>9</sup>

Vård ingår också i begreppet hälso- och sjukvård som enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 1 § definieras ”Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.”

Vi har valt att använda begreppet vård för sjukvårdande insatser, eftersom vi definierat alla övriga insatser under service och omsorg.

*Omsorg och vård för äldre* är vårt sätt att beskriva det som vanligen benämns som äldreomsorg eller vård och omsorg om äldre, dvs. kommunalt finansierade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre. Vi har valt att placera ordet ”omsorg” först för att därmed betona att insatserna för äldre i huvudsak består av omsorg och till en mindre, dock inte oviktig, del av vård. Genom

<sup>8</sup> Socialstyrelsens termbank, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>9</sup> Törnquist A., *Vad ska man kunna och hur ska man vara*. Stockholm: Lärarhögskolan, 2004.

att föra in ordet ”för” framför äldre betonar vi att det är den äldre som ska vara i centrum för insatserna.

När vi relaterar till andras texter använder vi deras begrepp.

## 2 Framtidens omsorg och vård för äldre

### 2.1 Faktorer som påverkar framtidens omsorg och vård för äldre

Kontinuerligt påverkas och i vissa fall förändras förutsättningarna för omsorg och vård för äldre av den demografiska utvecklingen, samhällsekonomin samt den medicinska och tekniska utvecklingen m.m. Detta kan leda till att omsorg och vård för äldre kan få ett delvis annat uppdrag och/eller innehåll. Vi har därför funnit att vi först behöver beskriva hur vi bedömer att framtiden kommer att se ut. Vi måste dra slutsatser utifrån nuvarande trender och tendenser, även om de inte är entydiga, för att kunna lämna förslag som också håller för den omsorg och vård för äldre som Sverige kommer att ha om tio till femton år. Det gäller särskilt våra förslag om den framtida yrkeskompetensen. Vilka behov kommer äldre människor att ha och vad kommer de att efterfråga? Var och hur kommer äldre människor att bo? Vilka är de som ska/kan utföra omsorgs- och vårduppgifter?

Äldreberedningen Senior 2005 har i sitt slutbetänkande Äldrepolitik för framtiden<sup>1</sup> utifrån forskning, hearingar m.m. identifierat några av de faktorer (drivkrafter) som påverkar förutsättningarna för framtidens omsorg och vård för äldre. De faktorer som de bedömde som mest relevanta är:

- demografisk utveckling,
- samhällsekonomisk utveckling,
- hälsoutveckling,
- utveckling av behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården,

---

<sup>1</sup> Äldrepolitik för framtiden. SOU 2003:91.

- skillnader mellan olika äldre avseende tillgång till resurser som t.ex. hälsa, (privat)ekonomi, familj och socialt nätverk samt utbildning och ny teknik,
- mainstreaming av äldre frågor inom andra politikområden, som t.ex. förebyggande och hälsofrämjande arbete, samhällsplanering och boende,
- regionala och lokala skillnader i förutsättningar att ge vård och omsorg,
- individualisering av önskemål om vård och service,
- familjemönster och förutsättningar för anhängvård/närstående vård samt
- människors egen planering inför åldrandet, t.ex. sparande och ordnande av boende.

Det är också vår bedömning att dessa faktorer eller drivkrafter är de mest betydelsefulla för hur omsorg och vård för äldre kommer att se ut i framtiden. Vissa är mer påverkbara än andra vilket betyder att politiska beslut i högsta grad kan påverka utvecklingen. Utöver de faktorer som nämnts ovan anser vi att också människors förändrade attityder och värderingar kommer att påverka vad som efterfrågas. Framförallt kommande äldres respektive kommande yrkesverksamma generationers attityder och värderingar är av betydelse. Även den tekniska utvecklingen påverkar förutsättningarna.

## 2.2 Framtidens omsorg och vård för äldre – slutsatser

### *Fler äldre med större behov av omsorg och vård i ordinärt boende*

På lång sikt, tio till tjugo år framåt i tiden, kommer andelen 80 år och äldre att öka avsevärt dels pga. att de många som är födda på 40-talet då blir 80 år, dels pga. den ökande livslängden. Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) prognoser kommer antalet 80 år och äldre att öka med omkring 45 procent 2020 till 2030.<sup>2</sup> Fram till 2050 beräknas antalet 80 år och äldre att ha fördubblats jämfört med vid sekelskiftet (453 000 år 2000 och 903 000 år 2050). Fram

<sup>2</sup> Sveriges framtida befolkning 2006–2050. Demografiska rapporter 2006:2. Statistiska Centralbyrån, 2006.

till 2050 beräknas medellivslängden för män att öka från 78,9 år till 83,8 år. För kvinnor förväntas medellivslängden öka något mindre, från 83,0 år till 86,3 år. Kvinnornas andel bland dem 80 år eller äldre förväntas minska från i dag 64 procent till 56 procent 2050.<sup>3</sup>

Det finns ingen entydig bild inom forskningen om vad den ökande livslängden betyder för de äldres hälsa.<sup>4</sup> De flesta studierna redovisar en positiv utveckling bland de äldsta när det gäller rörlighet samt förmåga att klara dagliga aktiviteter. Samtidigt visar flera studier att andelen äldre med besvär av olika sjukdomar ökat. När det gäller de förbättringar avseende självskattad ADL (hur väl man klarar basala funktioner som att ta sig ur sängen, toalettbesök etc.) och IADL-förmåga (om man klarar praktiska uppgifter som att handla och städa) som rapporteras kan de avspegla förbättringar i hälsa men kan också bero på ökad tillgänglighet, bättre teknik i hemmet, bättre hjälpmedel m.m.<sup>5</sup>

Vår bedömning är att den medicinska utvecklingen med bättre behandlingsmetoder, nya medicinska preparat m.m. gör att allt fler överlever längre med olika sjukdomar. Fler äldre än i dag kommer därmed ha större behov av omsorg och vård och dessa behov kommer att finnas under en längre period. Samtidigt kommer trenden att låta den äldre bo kvar hemma i sin ordinarie bostad så länge som hon eller han kan och så önskar med all sannolikhet att fortsätta. Under de senaste sju åren har antalet personer som fick hemtjänst ökat med drygt 16 procent medan antalet personer i särskilt boende minskat med närmare 17 procent. Antalet personer som både har hemtjänst och kommunal hemsjukvård har successivt ökat under de senaste sju åren.<sup>6</sup> Möjligheten att bo kvar i sitt ordinarie boende trots sjukdom och/eller funktionsnedsättning kommer ytterligare att förbättras genom framförallt den medicinska tekniska utvecklingen, nya läkemedel och den tekniska

<sup>3</sup> SCB Statistiska meddelanden BE 18 SM 0801.

<sup>4</sup> Tre teorier brukar tas upp om den framtida utvecklingen som förenklat kan beskrivas enligt följande (*Folkhälsorapport 2005*. Socialstyrelsen, 2005):

- *Komprimerad sjuklighet*: Den del i livet då äldre människor är sjuka pressas ihop till ett smalare åldersintervall än tidigare. Den tid då man är sjuk och behöver vård blir därmed kortare.

- *Upps skjuten sjuklighet*: När livslängden ökar skjuts människors sjuklighet upp i högre åldrar. Behovet av omsorg och vård är således lika lång som tidigare men inträffar senare.

- *Expanderad sjuklighet*: När livslängden ökar blir den period som människor är sjuka också längre. Den ökande livslängden innebär att åren med sjukdom och behov av omsorg och vård ökar.

Se också: *Hur mår egentligen de äldre? Motstridiga forskningsresultat tyder på både förbättrad och försämrad hälsa*. Läkartidningen Nr 432005 Vol 102.

<sup>5</sup> *Folkhälsorapport 2005*. Socialstyrelsen, 2005.

<sup>6</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen, 2008.



utvecklingen i form av förbättrade hjälpmedel, förbättrade möjligheter att utöva tillsyn av individen på distans genom larm, på sikt bättre bostäder m.m. En ökad ambition att låta människor som så önskar få dö hemma innebär också ökat behov av omsorg och vård i livets slut i det ordinarie boendet.

Behovet av service kommer parallellt att kvarstå. I kontakter med Boverket anges att anpassningen av ordinarie bostäder troligen inte kommer att ha hunnit komma så långt att alla bostäder har hiss eller t.ex. handikappanpassade huvudingångar eller badrum inom de närmaste decennierna. Det gör att äldre med funktionsnedsättning som gör att de har svårt att ta sig ut fortsatt kommer att vara beroende av stöd för att utföra vardagliga sysslor. Att utföra enklare ärenden i närmiljön kommer troligen också att bli svårare om mindre centrum fortsatt ersätts med stora – ofta i utkanten av samhällena. För äldre med mindre omfattande behov betyder det att möjligheterna att genom vardagliga göromål/ärenden hålla sig fysiskt aktiv och rörlig respektive träffa andra människor kommer att minska. Samtidigt bedömer vi att kunskapen om vikten av fysisk aktivitet och av sociala kontakter för människors hälsa troligen kommer att göra att detta blir ett viktigare inslag i omsorgen.

#### *Mer individuell efterfrågan på omsorg och vård*

Framtidens äldre i behov av omsorg och vård, och kanske framförallt deras närstående, kommer att vara betydligt mer välinformerade och ifrågasättande än i dag i takt med bl.a. stigande utbildningsnivå samt bättre och mer lättillgänglig information. De kommer att ställa ökade krav på individuellt anpassad omsorg och vård med hög kvalitet och efterfråga fler valmöjligheter och större inflytande. Framtidens äldre kommer att i högre grad vilja ha inflytande över omsorgens och vårdens utformning och utförande. Utöver stöd att sköta vardagliga sysslor gör vi bedömningen att fler äldre (och deras närstående) kommer att efterfråga och ställa krav på insatser som gör att de så länge som möjligt kan fortsätta att leva det liv de varit vana vid och att få bo kvar hemma. En ökad insikt redan i dag om vilka beteenden som främjar god hälsa och välbefinnande kommer att leda till att fler efterfrågar möjligheter att få stöd att leva ett hälsosamt liv. En ökad kunskap om vilka sjukdomar som går att behandla kommer också att öka efterfrågan

och kraven på olika typer av behandling. Vidare kommer en ökad medvetenhet om individens rättigheter bidra till att fler efterfrågar att omsorg och vård utformas så att den respekterar och tar hänsyn till exempelvis etniska minoriteters rättigheter, människors religiösa övertygelse eller sexuella läggning. När antalet äldre med utländsk bakgrund i behov av omsorg och vård ökar kommer det att leda till en efterfrågan på särskilda boenden där olika språk talas. Samtidigt kommer vissa grupper av äldre med mer begränsade socioekonomiska resurser att vara sämre på att göra sig gällande med sina behov. Ensamma äldre personer med stort omsorgs- och vårdbehov kommer fortsatt att ha en svag ställning med mindre möjligheter att vara starka i sin efterfrågan.<sup>7</sup>

### *Minskande efterfrågan på offentligfinansierad service*

Redan i dag är biståndsbedömda serviceuppgifter som städning, tvättning m.m. på tillbakagång om den äldre inte också är i behov av viss omsorg och vård. Vår bedömning är att enbart service som en del av det offentliga åtagandet i framtiden inte kommer att öka på samma sätt som omsorg och vård. Genom införandet av avdrag för hushållsnära tjänster har kommande generationers äldre redan i dag fått ökade möjligheter att själva köpa den service de vill ha. Många äldre, men inte alla, kommer framöver att ha en bättre ekonomi än tidigare generationer. Till viss del kommer dessa äldre att använda en del av sina resurser till att köpa enklare hjälpmedel och liknande, i takt med att dessa kommer ut på marknaden. Omkring 70 procent av alla hjälpmedel som förskrivs är till personer över 65 år.<sup>8</sup> Utvecklingen av hjälpmedel och modern informationsteknik kommer att innebära att många serviceuppgifter kommer att kunna skötas på ett enklare sätt och att tillgång till datorer och Internet gör det lättare att ha kontakt med t.ex. myndigheter. Den förbättrade jämställdheten kommer att innebära att fler äldre män har vana av och klarar enklare hushållssysslor. Förändrade levnadsmönster, ökad geografisk rörlighet och erfarenheter av att resa, bo, studera eller arbeta utomlands tidigare i livet kommer troligen leda till att

<sup>7</sup> Slutsatserna byggs på *Socialstyrelsens omvärldsrappport 2005*. Socialstyrelsen, 2005.; *Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.; *Rekordgenerationen – födda 1945–54*. Kairos Future. *Framtidens äldreomsorg – Utvecklingsdokument inom projektet Språnget*. Stockholms stad, 2007. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>8</sup> Teknik för äldre ([www.hi.se](http://www.hi.se))

fler väljer att bo en tid i andra länder under de friskare åren, vilket gör att behovet av enklare service och omsorg minskar i Sverige.

### *Ökad konkurrens om arbetskraften och nya förväntningar på arbetets innehåll*

De stora pensionsavgångarna de närmaste åren innebär ett stort behov av nyrekrytering inte enbart inom omsorg och vård för äldre. Inom denna sektor ökar dock behovet av nyrekrytering ytterligare framförallt därför att personer 80 år och över väntas bli fler och därmed också behöver mer stöd och hjälp. Samtidigt minskar gymnasiekullarna kraftigt.<sup>9</sup> Sammantaget kommer detta att leda till kraftigt ökad konkurrens om arbetskraft. Det kommer att troligen tvinga fram delvis nya sätt att organisera omsorg och vård för äldre. Redan i dag finns exempelvis en tendens bland kommunerna att dela på serviceuppgifter och omsorgsuppgifter.<sup>10</sup> Detta tror vi kommer att öka i framtiden.

I delar av landet där de unga flyttar ut kommer konkurrensen om arbetskraften att vara särskilt kännbar. I vissa utflyttningskommuner kommer behovet av arbetskraft inom omsorg och vård relativt den arbetsföra befolkningen att vara mycket stor. Enligt en prognos från Sveriges Kommuner och Landsting skulle mer än 70 procent av de förvärvsaktiva kvinnorna i en norrländsk inlandskommun behöva arbeta i den kommunala verksamheten 2030 om den nuvarande könsstrukturen består.<sup>11</sup> Det betyder att fler män måste förmås att söka sig till arbete inom omsorg och vård. Brist på arbetskraft leder troligen också till efterfrågan på arbetskraftsinvandring.

I takt med det ökade omsorgs- och vårdbehovet kommer efterfrågan att öka på den kunskap som framförallt sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter besitter. Efterfrågan kommer också att öka på fritidspedagoger, kulturarbetare och dietister och deras kompetens. En majoritet av de unga anger att de vill läsa vidare på högskolenivå<sup>12</sup>. Politiska ställningstaganden blir avgörande för om många utbildas till högskoleyrken och om de

<sup>9</sup> *Sveriges framtida befolkning 2006–2050*. Demografiska rapporter 2006:2, Statistiska Centralbyrån, 2006.

<sup>10</sup> *LOV att välja. Lag Om Valfribetssystem*. SOU 2008:15.

<sup>11</sup> *Färre kommuner? Om små kommuners problem och utmaningar*. Sveriges Kommuner och Landsting och Finansdepartementet, 2006.

<sup>12</sup> *Unga med attityd. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2007*. Ungdomsstyrelsen 2007:11.

anställs inom omsorg och vård för äldre. Vi tror att möjligheterna att rekrytera högt utbildad utländsk arbetskraft kommer att vara begränsade, dels pga. av språksvårigheter och att flertalet andra europeiska länder kommer att ha liknande behov,<sup>13</sup> dels av etiska/moraliska skäl. Här kan vara värt att notera att Norge tar aktivt avstånd från arbetskraftsinvandring från fattigare länder av bl.a. moraliska skäl medan andra gör tvärtom. Vissa svenska lands-ting har exempelvis satt i system att rekrytera utländsk arbetskraft för att kunna täcka sina behov. Skulle utvecklingen gå mot en stor arbetskraftsinvandring när det gäller omsorgspersonal kommer det att ställa mycket stora krav på språkutbildning och annan kompetensutveckling för att tillförsäkra de äldre en värdig omsorg och vård av hög kvalitet.

Förutom ökad konkurrens om arbetskraft kommer framtidens omsorgspersonal att ställa delvis andra och tuffare krav på arbetsplatsen än dagens anställda. Hittills har omsorgsycket dominerats av kvinnor som växte upp på 1940-talet och 1950-talet. Dagens och morgondagens kvinnor har större förväntningar på yrkeslivet både i form av lön, inflytande och egen utveckling. Dessutom ökar rörligheten på arbetsmarknaden, delvis som ett resultat av att färre ser det som en självklarhet att endast vara på en arbetsplats hela livet. Det betyder att fler män behövs i yrket liksom att stora krav kommer ställas på attraktiva arbetsplatser med stimulerande arbetsuppgifter, karriärmöjligheter, löneutveckling och möjligheter till heltidsarbete.<sup>14</sup>

Förväntningarna på yrkeslivet i kombination med att det på tio års sikt kommer att vara betydligt mindre ungdomskullar innebär enligt vår bedömning ökade krav på gymnasieprogrammen. Enligt vissa beräkningar förväntas antalet gymnasieungdomar minska med över 100 000, eller nästan en fjärdedel, inom tio år.<sup>15</sup> Troligtvis innebär det att, om inget radikalt görs, färre än i dag kommer att välja dagens omvårdnadsprogram. Det innebär att betydelsen av vuxenutbildning kommer att bli ännu större än i dag för att kunna rekrytera utbildad personal.

---

<sup>13</sup> *Från folkökning till folkminskning Befolkningsutvecklingen i världen 1950 till 2050.* Demografiska rapporter 2005:4. Statistiska Centralbyrån, 2005.

<sup>14</sup> Nya generationers förväntningar på yrkeslivet är bl.a. hämtade från rapporterna *Unga med attityd. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2007.* Ungdomsstyrelsen 2007:11; Parment A, *Generation Y.* Stockholm: Liber, 2008. Herlitz, C. & Lundgren, E., *Det går väl an ett tag. Om unga människors syn på arbete inom äldreomsorgen.* Dalarnas Forskningsråd DFR-Rapport 2005:1.

<sup>15</sup> Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik ([www.scb.se](http://www.scb.se)).

*Fler olika utförare av service, omsorg och vård*

Trenden med allt fler alternativ att välja på som utförare av service, omsorg och vård kommer att fortsätta. Intresset för att införa valfrihetssystem i enlighet med Lagen om valfrihet har varit mycket stort.<sup>16</sup> De nya bestämmelserna kommer att förenkla upphandling av tjänster och förutom att leda till ökade valmöjligheter för de äldre även öka antalet utförare av omsorg och vård för äldre. Fler privata såväl som ideella aktörer, stora som små, kommer att finnas. Det kommer att bidra till en viss specialisering. Redan i dag ser vi, som tidigare nämnts, att flera kommuner exempelvis har delat på service- och omsorgsuppgifter. Med en tydligare individuell efterfrågan från äldre och deras närstående kommer också boenden eller hemtjänst som erbjuder omsorg och vård med viss inriktning att öka.

Förändrade attityder till frivilligarbete och ett stort antal friska pensionärer är en potential för ökade frivilliga insatser. Det kommer att ställa ökade krav på samarbete mellan omsorgs- och vårdgivare och de frivilliga. En möjlig utveckling är t.ex. att ideella krafter i högre utsträckning kommer stå för fritids- och kulturverksamheter av olika slag.

Anhöriga och närstående gör redan i dag mycket stora insatser för att stödja de äldre. Det är svårt att se att detta kan öka i omfattning framförallt när det gäller de äldre som är i behov av vård. Förändrade familjemönster, ökad geografisk rörlighet och ökad jämställdhet bidrar till att anhöriga oförändrat eller i lägre grad kommer att kunna eller vilja bidra till eller sköta omsorg och vård. Möjligheterna att få stöd från sina anhöriga eller närstående kommer att minska, framförallt för de äldre som bor i glesbygden. Däremot kommer närstående troligen att få en ökande betydelse när det gäller att lotsa mellan olika valmöjligheter, att hålla i allt tätare kontakter med omsorgs- och vårdgivarna och de kommer även framöver att vara oundgängliga när det gäller att ge de äldre ett socialt sammanhang.

---

<sup>16</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

### *Ekonomiska begränsningar men dagens politiska prioriteringar kvarstår*

Den demografiska utvecklingen i sig innebär att utgifterna för omsorg och vård för äldre kommer att öka. Framtagandet av nya avancerade behandlingar och läkemedel liksom teknikutvecklingen innebär ytterligare ekonomiska påfrestningar. Det kommer därför att bli ännu viktigare än i dag att effektivisera verksamheterna och att prioritera. Samtidigt bedömer vi att de politiska prioriteringarna kommer att kvarstå, dvs. att ge alla äldre, oavsett ekonomiska eller andra resurser, en jämlik omsorg och vård med målet att den äldre ska ges goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. De begränsade ekonomiska resurserna kommer emellertid att ställa ännu högre krav än i dag på att de insatser som görs bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.

## **2.3 Vad innebär utvecklingen för omsorgspersonalen?**

Framtidens omsorg och vård för äldre kommer att se annorlunda ut än vad den gör i dag. Individerna kommer att på ett helt annat sätt vara i centrum och det är dennes behov och önsknings som kommer att styra i högre grad. På samma sätt som inom andra delar av omsorg och vård kommer det att ställas tydligare krav på att arbetet sker evidensbaserat och med kvalitetsuppföljning. Den ökade konkurrensen mellan omsorgs- och vårdgivare kommer att ställa högre krav även på de anställda både i relation till "kunderna" (de äldre med behov och deras närstående) och till arbetsgivarna. Antalet arbetsgivare kommer att öka kraftigt.

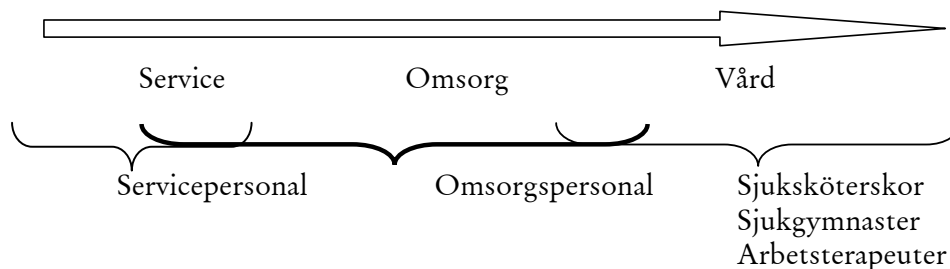
Vi har identifierat att omsorgspersonalen i dag arbetar inom tre arbetsområden – service, omsorg och vård enligt våra definitioner. De som arbetar inom omsorg och vård för äldre i framtiden kommer att få stödja allt fler personer med olika och ibland flera sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar. Äldre människors behov av och önskemål om att få leva ett aktivt liv kommer även att öka. Det betyder att omsorgspersonalen förväntas utföra en större andel arbetsuppgifter än i dag inom omsorg och vård. Därmed sker relativt sett en förskjutning av omsorgspersonalens arbetsuppgifter från arbetsområdena service och omsorg mot arbetsområdena omsorg och vård.

Uppgifter som kommer att öka för omsorgspersonalen tror vi t.ex. är att stödja och motivera den äldre till fysisk aktivitet, att stödja social och emotionell stimulans samt att utveckla måltiden. Därutöver tror vi att omsorg och vård i livets slut och vissa vårduppgifter kommer att öka. I och med förskjutningen kommer fokus än mer på omsorg. Vi bedömer därför att omsorg blir det nya yrkets huvudsakliga arbetsområde.

Det kommer att bli än viktigare att arbeta i team kring den äldre där flera personalkategorier samarbetar för att tillsammans kunna ge den bästa omsorgen och vården. Omsorgspersonalens arbete kommer dock även i fortsättningen i hög grad att vara ett ensamarbete i mötet med den äldre vilket gör det nödvändigt med god kompetens inom flera olika områden.

Den förskjutning i arbetsuppgifter som vi ser framför oss för omsorgspersonalen från arbetsområdena service och omsorg till arbetsområdena omsorg och vård kan illustreras med följande bild (Figur 1).

**Figur 1** En förskjutning av arbetsuppgifter för omsorgspersonalen



## 3 Att definiera yrket

### 3.1 Nationella yrkeskrav för arbete med omsorg och vård

**Vårt förslag:** Nationella yrkeskrav införs för arbete med omsorg och vård. Nationella yrkeskrav införs inte för arbete med service.

#### *Utgångspunkter*

Enligt direktiven ska utredaren lämna förslag på enhetliga kriterier för yrkeskompetens för omsorgspersonal som arbetar inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Med enhetliga avses, enligt vår tolkning, att det på nationell nivå ska anges en lägsta kompetensnivå för personalen. Kriterier för yrkeskompetens har vi valt att benämna yrkeskrav.

Redan i dag finns krav på personalens kompetens. Enligt SoL ska insatserna vara av god kvalitet och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 §). I HSL finns krav på god vård samt att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e §). Ytterligare förtydliganden saknas.

I våra överväganden om vilken yrkeskompetens som ska föreslås och därmed förtydliga vad som avses i SoL och HSL är den äldres säkerhet och trygghet en central utgångspunkt. För att formulera kompetensen måste en avvägning också göras av hur stort arbetsområde en person kan förväntas behärska och vilket djup i kompetens som hon eller han behöver för att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra och säkert sätt för den äldre. De arbetsområden som omsorgspersonalen arbetar inom är – som vi tidigare angett och definierat – service, omsorg och vård. För arbete med såväl service som omsorg och vård krävs särskild yrkeskompetens. Till övervägandena hör också vad som bör regleras på nationell nivå och



vad som bättre regleras lokalt av kommuner och andra arbetsgivare. Omfattningen och inriktningen på våra yrkeskrav kan indirekt påverka organiseringen.

#### *Nationella yrkeskrav för omsorg och vård*

Som tidigare har framgått gör vi bedömningen att det i framtiden kommer att bli fler omsorgs- och vårduppgifter att utföra för omsorgspersonalen. Vi tror att socialt och emotionellt stöd, förebyggande och hälsofrämjande arbete samt vissa vårduppgifter kommer att öka. Krav på att såväl omsorgs- som vårdinsatserna är kvalitets-säkrade och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet kommer att öka, liksom krav på säkerhet. Samtidigt kommer efterfrågan på offentligfinansierad service på sikt att minska. Det beror bl.a. på den tekniska utvecklingen som gör att serviceuppgifter lättare kan utföras även av den som är ”skröplig”, att jämställdheten förbättras vilket bl.a. gör att fler män själva kan utföra serviceuppgifter samt att fler anlitar hushållsnära tjänster.

Vi föreslår mot denna bakgrund att nationella yrkeskrav införs för arbete med omsorg och vård, men inte för service. Vår bedömning är att i takt med att såväl omsorgs- som vårduppgifterna blir fler och mer kvalificerade kommer de att kräva fördjupad kompetens. Vi ser därför ett behov av att för den äldres säkerhet och trygghet kvalitetssäkra arbetet genom att formulera nationella yrkeskrav. Äldre, närstående och arbetsgivare ska kunna känna sig trygga i förvisningen om att omsorgspersonalen har kompetens för att arbeta med äldre med behov av omsorg och vård. Med ökad valfrihet och fler utförare av omsorg och vård blir en fastställd lägsta tillåten nivå för personalens kompetens än viktigare, särskilt för de sköraste individerna, de som kan ha svårigheter att göra sin röst hörd eller göra informerade val. Fler och mer kvalificerade omsorgs- och vårduppgifter betyder också, enligt vår bedömning, ett nog så omfattande arbetsområde för en person att behärska om denne ska ha tillräckligt djup kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifterna på ett bra sätt.

*Inga nationella yrkeskrav för service*

Vi formulerar inte nationella yrkeskrav för service. Skälet är att vi här inte ser samma behov som för omsorg och vård av att formulera viss kompetens på nationell nivå för att säkerställa den äldres trygghet och säkerhet. Det finns dock argument mot detta. Några argument är att service ingår i det stöd som kan ges enligt SoL, att det bör vara så få personer som möjligt kring den äldre – särskilt om denne är mycket sjuk – samt att utförande av serviceuppgifter kan vara ett sätt att aktivera den äldre och bibehålla dennes autonomi. Genom att exempelvis gå och handla eller vattna blommor tillsammans kan behovet av att ge den äldre möjlighet att röra på sig integreras på ett naturligt sätt. Att få utföra så mycket som möjligt av vardagsarbetet själv kan också bidra till att den äldres självkänsla bibehålls. Den som enbart utför service i ett hem kommer naturligtvis ofta i kontakt med den äldre som bor där vilket betyder att det utöver kompetens för att utföra serviceuppgifter också krävs kompetens avseende bemötande, kommunikation och att t.ex. bedöma om det finns behov av att kontakta annan personal pga. av den äldres fysiska eller psykiska tillstånd. Vi erfar emellertid att allt fler kommuner och andra arbetsgivare redan har börjat och att fler avser att organisatoriskt dela på service- och omsorgsuppgifter<sup>1</sup>. Ett skäl kan vara att arbetsgivaren vill utveckla och renodla nya yrkesroller för att bättre ta tillvara personalens kompetens och engagemang.<sup>2</sup>

Vi har inte någon uppfattning om hur kommuner och andra arbetsgivare ska organisera sin verksamhet men vi vill inte hindra dem från att skilja ut serviceuppgifterna och låta andra personalgrupper utföra dem. Att kräva att alla som utför serviceuppgifter också måste omfattas av de nationella yrkeskraven för omsorg och vård vore, enligt vår bedömning, att skapa ett alltför stelbent system utan att det krävs för den äldres säkerhet och trygghet. Vi menar att man lokalt kan bedöma både kompetenskrav för serviceuppgifter och hur man organiserar arbetet.

Farhågor har framförts att kommuner och andra arbetsgivare för att spara pengar eller på grund av att de saknar kompetent personal kommer att dra ner på omsorgen om nationella yrkeskrav inte ställs på service. Kommunens skyldighet att leverera omsorg

---

<sup>1</sup> LOV att välja. Lag Om Valfrihet. SOU 2008:15; [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>2</sup> *Framtidens hemtjänst? Om valfrihet, inflytande, förenklad biståndsbedömning och nya yrkesroller.* FoU i Väst, 2007.

förändras emellertid inte på något sätt av våra förslag. Vår bedömning är att i takt med en ökad fokusering på individens välbefinnande kommer både den äldre själv och de närstående att ställa krav på god omsorg och därmed efterfråga kompetens enligt våra nationella yrkeskrav. Att som arbetsgivare kunna ange att man enbart eller i huvudsak har personal med sådan kompetens blir då viktig information och en konkurrensfördel på en alltmer öppen marknad. Det kommer naturligtvis också att stå verksamheterna fritt att använda sig av personal som lever upp till de nationella yrkeskraven för omsorg och vård även för serviceuppgifter där de så finner lämpligt.

### 3.2 Yrkestitel – Äldreassistent

**Vårt förslag:** Den som har dokumenterad kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent får yrkestiteln Äldreassistent.

#### *Utgångspunkter*

Enligt direktiven ska vi ta fram förslag på yrkesbenämningar för personal som arbetar inom kommunernas omsorg och vård för äldre. Med yrkesbenämningar som är likvärdiga och erkända över hela landet ökar möjligheten till geografisk rörlighet samt till ett utökat och tydligare yrkesansvar.

De personalkategorier som i dag arbetar med omsorg och vård för äldre brukar oftast benämnas undersköterskor eller vårdbiträden men även andra benämningar används lokalt. Dessa titlar är anställningstitlar eller befattningsbenämningar och inte utbildnings- eller yrkestitlar. Inga av de olika titlarna och yrkesbeteckningarna är nationellt definierade eller reglerade utan här finns en stor spännvidd och lokal variation avseende vilken kompetens som avses. Varje kommun och ibland enskilda arbetsgivare kan själva definiera anställningstiteln undersköterska även om det är vanligt att man menar genomgången omvårdnadsprogram på gymnasienivå eller motsvarande.

Frågan om titel för personal med grundläggande kompetens som arbetar inom omsorg och vård för äldre måste noga övervägas. En titel sänder många signaler om såväl status som om arbetets

innehåll. När yrket nu definieras och personalen måste leva upp till viss kompetens anser vi att det är viktigt att de också förses med en adekvat yrkestitel. Vi har för vårt arbete formulerat några utgångspunkter:

- Titeln bör vara könsneutral. Även om det i dagsläget är drygt 90 procent av personalen som är kvinnor måste rekryteringsbasen breddas i framtiden, av både personalförsörjnings- och arbetsmiljömässiga skäl. Fler män måste motiveras att arbeta i verksamheten.
- Titeln bör inte signalera underordning eller hierarki.
- Titeln bör markera att det är ett nytt yrke skilt från tidigare gängse arbetsområden och titlar som spänner över ett "bredare" område än omsorg och vård för äldre.
- Vi vill med titeln signalera ett ökat fokus på individen och stärkande av den enskildes inflytande över omsorgen och vården. Titeln bör alltså relatera till vem man är till för.

#### *Valet av titeln Äldreassistent*

Vi föreslår att den som har dokumenterad kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent får yrkestiteln Äldreassistent.

Vi har i valet av titel jämfört med anställningstiteln personlig assistent. De personer som ger olika typer av stöd åt personer med funktionsnedsättning kallas personlig assistent. Yrkesgruppen uppstod i samband med att 1994 års handikappreform trädde ikraft och då LSS infördes. Personliga assistenter arbetar oftast i en person med funktionsnedsättnings eget hem men det förekommer även arbete i gruppboende, där flera personer med funktionsnedsättning delar boende och personal.

Även om vi ser att arbete som personlig assistent och arbete som Äldreassistent är två helt skilda yrken och att arbetsuppgifterna skiljer sig åt på många plan ser vi också likheter. En personlig assistent ger assistans åt personer med funktionsnedsättning och vår personalkategori ger stöd och hjälp åt äldre personer i kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Både "personlig" och "äldre" syftar på den man är till för att hjälpa. Båda kategorierna personal har oftast gymnasieutbildning men inte högskoleutbildning.

Vi anser att ordet *äldre* i begreppet Äldreassistent anger målgruppen. Genom att direkt hänvisa till den äldre, dvs. den som ska assisteras, hänför vi inte till att det är någon annan yrkeskategori som ska assisteras som t.ex. i fallet "undersköterska". Att hänvisa till "kunden/brukaren" ligger också väl i tiden med ökat fokus på individen och stärkande av den enskildes inflytande över omsorgen och vården.

Det finns också ett behov av att tydliggöra vem den nya yrkesgruppen har kompetens att stödja. I vissa kommuner har man organiserat verksamheten så att omsorgspersonalen även ger omsorg och vård till yngre personer. Enligt direktiven handlar vårt uppdrag om personal inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre kvinnor och män. I praktiken är det också så att de allra flesta som får omsorg och vård av kommunerna är över 80 år<sup>3</sup>. När det gäller arbete med personer som är under 67 år är det arbetsgivaren som måste bedöma om omsorgspersonalen har tillräcklig kompetens för att även ge dem stöd eller om omsorgspersonalen behöver viss kompletterande utbildning.

Ordet *assistent* i begreppet Äldreassistent hänvisar till arbetsuppgiften att assistera och stödja den äldre. Det handlar alltså inte i första hand om att vårda någon utan om att stödja en person att på bästa sätt själv klara sin vardag. Då vi konstaterar att yrket i första hand handlar om omsorg och i mindre, om än ökande, grad om vård menar vi att titlar som anspelar på vård, såsom -sköterska, -vårdare etc., leder tanken fel. SoL, som är den lag som huvudsakligen styr verksamheten, talar om stöd och hjälp vilket vi menar är synonymt med att assistera.

I en tidig version av Socialstyrelsens rapport Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer, där syftet var att formulera de kvalifikationer som de ansåg bör gälla som grundläggande nivå för olika arbetsområden inom omsorg och vård, föreslogs titeln omvårdnadsassistent. Kommunal har, i sitt yttrande över Socialstyrelsens förslag till titel anfört att begreppet "assistent innebär en inplacering i ett hierarkiskt system som inte anknyter till den dagliga arbetssituationen//". Vi menar dock att assistent i vårt fall

---

<sup>3</sup> Av socialtjänststatistiken för 2007 kan man utläsa att drygt 153 700 äldre, som bodde i ordinärt boende, var beviljade hemtjänst 1 oktober 2007. Detta motsvarar ca 10 procent av befolkningen i hela åldersgruppen 65 år och äldre. Ungefär 23 procent av befolkningen 80 år och äldre var beviljade hemtjänst i ordinärt boende. Drygt 95 200 personer 65 år och äldre bodde permanent i särskilda boendeformer den 1 oktober 2007, vilket motsvarar 6 procent av befolkningen i denna åldersgrupp. Bland personer 80 år och äldre var motsvarande andel 16 procent. ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

inte hänvisar till någon annan yrkesgrupp utan enbart hänvisar till den äldre som det är Äldreassistentens yrkesuppgift att ge individuellt anpassad omsorg och vård. Kommunal föreslår i sitt yttrande över förslaget till titel istället benämningen omvårdnadspersonal.

I Socialstyrelsens slutrapport Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer föreslår de titeln vård- och omsorgsassistent. Motivet är att beteckningen motsvarar arbetets innehåll, modernt språkbruk och är könsneutral. Denna beteckning täcker omsorgspersonalen inom all vård och omsorg, dvs. även handikappomsorg och hälso- och sjukvård i landstinget, och alltså inte specifikt omsorg och vård för äldre som är denna utrednings uppdrag.

Vi anser att omsorg och vård för äldre, handikappomsorg och hälso- och sjukvård i landstinget är verksamheter som till del liknar varandra men som också har betydande skillnader. Litteraturen visar att arbetsuppgifter för arbete inom omsorger om äldre, personer med funktionsnedsättning och sjuka är likartade och kräver samma slags yrkeskunskaper, men att användandet av kunskaperna i det faktiska arbetet skiljer sig stort<sup>4</sup>. De nationella yrkeskraven för arbete inom omsorg och vård för äldre är tänkta att avspegla vilken kompetens som det faktiska arbetet kräver. Vår bedömning är också att de framtida äldres behov och efterfrågan ännu mer än i dag kommer att kräva särskild kompetens avseende äldre. I vårt uppdrag ingår att tydliggöra yrket och yrkesrollen för arbete med äldre. Att ha en ”bred” titel som ska omfatta så skilda arbetsområden bidrar inte till tydliggörandet. Vår uppfattning är att arbetsuppgifterna inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre i framtiden innehållsmässigt kommer att skilja sig än mer från arbete med personer med funktionsnedsättning respektive från arbete med personer i landstingets hälso- och sjukvård vilket motiverar en egen yrkestitel.

Sveriges Kommuner och Landsting anförde i sitt yttrande över Socialstyrelsens rapport Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer att ”Det är personal som arbetar inom verksamhetsområden där arbetets karaktär är mycket olika” samt att ”det ter sig märkligt att // (ha samma) kompetensbeskrivning för personal med så olika yrken och inriktningar.”

Andra förslag till titel som har nämnts är äldrepedagog, omsorgsterapeut och omsorgssköterska. Vi anser att dessa titlar

---

<sup>4</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. Socialstyrelsen, 2006.

endast berör en del av arbetsinnehållet och för tankarna till specialiserade högskoleyrken och därför inte bidrar till att tydliggöra det nya yrke som vi vill skapa. Att hänvisa till omsorg blir också ett alltför vitt begrepp då vårt uppdrag och den yrkeskår vi ska skapa yrkeskrav för enbart arbetar med äldre. Vi har även diskuterat förslag som äldreomsorgsassistent och seniorstödjure. Båda förslagen har fördelar men vi ser att nackdelarna överväger i förhållande till vårt förslag. Det första förslaget, som ju påminner om Äldreassistent, anser vi för tankarna till verksamheten och organisationen snarare än till den äldre. Förslaget om seniorstödjure är nytt men ses av många, trots att det finns etablerade yrken som boendestödjure, som mindre seriöst och att det snarare för tankarna till grundskolans kamratstödjure.

### 3.3 Det nya yrket kräver bred kompetens

**Vårt förslag:** Elva nationella yrkeskrav ska införas inom följande kompetensområden:

1. Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga.
2. Kommunikation.
3. Lagar och regler.
4. Det friska (normala) åldrandet.
5. Åldrandets sjukdomar.
6. Funktionsbevarande omsorg.
7. Emotionell och social omsorg.
8. Kroppsnära omsorg.
9. Måltid, kost och näring.
10. Omsorg och vård i livets slut.
11. Sjukvård.

De fem första yrkeskraven är generella och ska gälla i alla arbets-situationer. De följande sex yrkeskraven är uppgiftsrelaterade. Yrkeskraven går således in varandra och ett krav är oftast en förutsättning för ett annat. Tillsammans utgör de elva yrkeskraven en odelbar helhet som beskriver den grundläggande kompetens som Äldreassistenten ska besitta. (Yrkeskraven utvecklas under respektive rubrik i betänkandet).

*Tidigare underlag*

Till stöd för vårt arbete med att formulera nationella yrkeskrav för arbete med omsorg och vård har vi haft ett antal dokument vars syfte varit att beskriva vilken kompetens personalen behöver ha för att kunna fullgöra ett gott arbete inom omsorg och vård i allmänhet, dvs. inte specifikt inom omsorg och vård för äldre. Dokumenten är intressanta för oss både när det gäller vilka kompetenser som valts ut och när det gäller vilken struktur som har valts för att beskriva kompetenserna. Materialet beskrivs mer utförligt i bilaga 3.

Socialstyrelsen har i sin rapport *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer*<sup>5</sup> formulerat de kvalifikationer som de anser bör gälla vård- och omsorgsassistenterna, som är en grundläggande nivå för olika delar inom omsorgen och vården. Socialstyrelsen anger generella och uppgiftsrelaterade förmågor som

- Yrkesmässig hållning.
- Attityder och ideologier.
- Tekniker och produkter.
- Miljöns betydelse.
- Stöd i personlig vård.
- Stöd i hemliv, Stödja brukarens/patientens hälsa och funktionsförmåga.
- Stödja brukarens/patientens relationer.

Sveriges Kommuner och Landsting har i sin rapport *Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn*<sup>6</sup> formulerat kvalifikationer för att beskriva den baskompetens som bör gälla för alla som ska arbeta inom omsorg och vård oavsett profession. Sveriges Kommuner och Landsting anger olika kompetensområden såsom

- Bemötande.
- Kommunikation.
- Information och handledning.
- Hälsöfrämjande och förebyggande.
- Omvårdnad.

---

<sup>5</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå.* Socialstyrelsen, 2006.

<sup>6</sup> *Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn.* Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.



- Hälso- och sjukdomslära, läkemedel, omvårdnad.

Kravmärkt Yrkesroll, som är ett lokalt arbete inom Stockholmsregionen, har utifrån omsorgspersonalens egna beskrivningar av vilken kompetens som krävs för att utföra arbete i omsorg och vård för äldre och handikappomsorg formulerat sex yrkeskrav med vidhängande "fokusområden" och kriterier. Tillsammans beskriver de vad en undersköterska eller ett vårdbiträde ska kunna. De sex yrkeskraven är

- Kontakt och samspel.
- Aktivitets- och relationsskapande.
- Servicegivande.
- Hälsobefrämjande.
- Planering och administration.
- Aktivt deltagande i utvecklingen på arbetsplatsen.

När det gäller struktur har Socialstyrelsen så långt det varit möjligt använt de begrepp som Världshälsoorganisationen rekommenderat i rapporten *Klassifikation av funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*.<sup>7</sup> De övergripande rubrikerna i ICF är

- Kroppsfunktioner.
- Kroppsstrukturer.
- Aktiviteter och delaktighet.
- Omgivningsfaktorer.

Under varje sådan rubrik finns fem till åtta underrubriker. Målet med ICF är att skapa en struktur för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Socialstyrelsen har bl.a. motiverat användandet av ICF med att den utgår från individen samt att dess begrepp får alltmer genomslag såväl nationellt som internationellt när vård- och omsorgsarbete beskrivs. Yrkeskompetens har i en underlagsrapport till Socialstyrelsens dokument också beskrivits med begreppen nyckelkvalifikationer (kognitiva färdigheter; kommunikativa färdigheter; sociala färdigheter och interpersonella relationsfärdigheter; personliga färdigheter), yrkeskunskaper respektive värdegrund<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer. Grundläggande nivå.* Socialstyrelsen, 2006.

<sup>8</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång.* Socialstyrelsen, 2006.

Sveriges Kommuner och Landsting har i sin strukturering av kvalifikationerna utgått från Bologna-deklarationen som beskriver lärandemål för utbildningar på högskolenivå. Deklarationen anger tre områden där individen bör besitta kompetens:

- Förhållningssätt och värderingar.
- Kunskaper och förståelse.
- Förmågor och färdigheter.

Kravmärkt Yrkesroll har inte använt någon vedertagen modell för att strukturera sina yrkeskrav. Vi har också tittat på Europaparlamentets och Europeiska rådets rekommendation om nyckelkompetenser för livslångt lärande<sup>9</sup> och Valideringsdelegationens beskrivning av tio generella kompetenser<sup>10</sup>. Den kompetens som formulerats i bägge dessa dokument gäller allt arbetsliv och är inte specifikt inriktade mot något yrkesområde. Exempel från Valideringsdelegationens generella kompetenser är kompetens att hantera information, att handla språkligt och kommunikativt, att lösa problem och att samarbeta. Exempel på EU:s nyckelkompetenser är kommunikation på modersmålet och på främmande språk, matematiskt kunnande, digital kompetens och lära att lära.

#### *Vårt val av kompetensområden, yrkeskrav samt struktur*

De kompetenser som beskrivs i dokumenten publicerade av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesroll spänner över ett vidare arbetsfält än omsorg och vård för äldre. Vi har dock använt oss av delar av samtliga tre dokument liksom av underlagsrapporten till Socialstyrelsen för att definiera *kompetensområden* för yrkeskraven. Vi har också använt samtliga tre dokument för att formulera vilka *yrkeskrav* som behövs. För att formulera kompetensområden och yrkeskrav har också möten och diskussioner med chefer och personal inom omsorg och vård för äldre liksom med andra yrkesgrupper, forskare, fackliga- och ideella organisationer varit viktiga underlag (se också 1.4 Samråd). Vi har också tagit hänsyn till tillsynsrapporter, forskningsrapporter och

---

<sup>9</sup> Europaparlamentets och rådets rekommendation om nyckelkompetenser för livslångt lärande. 2006/962/EG.

<sup>10</sup> Valideringsdelegationens slutrapport. *Mot en nationell struktur*. Västerås: Edita, 2008.

våra egna bedömningar av den framtida utvecklingen inom omsorg och vård för äldre.

När det gäller *struktur* har vi funnit att Bolognadeklarationen, som Sveriges Kommuner och Landsting använt, är bäst tillämpbar för våra syften. Yrkeskraven ska enligt uppdraget beskriva den kompetens som behövs i verksamheten. Trots detta har vi valt Bolognadeklarationens struktur eftersom vår bedömning är att yrkeskraven behöver passa in i ett erkänt utbildningssystem. Även om våra förslag i ett inledningsskede riktar sig till befintlig omsorgspersonal som framförallt kommer att behöva validera befintlig kompetens, och eventuellt komplettera denna, är målet på sikt att de flesta personer som söker sig till arbete inom omsorg och vård för äldre ska ha en omsorgsutbildning. Det är därför viktigt att våra förslag passar in i utbildningsväsendets strukturer. Våra yrkeskrav behöver påverka kurser på gymnasienivå så att blivande omsorgspersonal kan erhålla kompetens via det offentliga skolväsendet. Bolognadeklarationens struktur är främst avsedd för utbildningar på högskolenivå, men vi anser att strukturen även kan användas för våra syften.

I ICF, som är den struktur som Socialstyrelsen till viss del använt, handlar två av fyra områden om kroppsliga funktioner. Eftersom vi anser att dessa i huvudsak inte är användbara för att beskriva den kompetens som vårt nya yrke kräver, och vi därför liksom Socialstyrelsen bara kan använda delar av strukturen, anser vi att en av poängerna med att använda ICF faller. Kravmärkt Yrkesroll har inte använt någon vedertagen struktur vilket gör den mindre lämplig enligt vår bedömning. Valideringsdelegationens tio generella kompetenser och Europaparlamentets och Europeiska rådets rekommendationer om nyckelkompetenser är alltför generella och i vissa delar inte möjliga att tillämpa för att strukturera våra yrkeskrav.

*Det nya yrket kräver bred kompetens – Elva yrkeskrav föreslås*

Vi har utgått från de äldres behov och formulerat elva yrkeskrav inom följande kompetensområden som vi föreslår ska införas:

1. Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga.
2. Kommunikation.
3. Lagar och regler.
4. Det friska (normala) åldrandet.
5. Åldrandets sjukdomar.
6. Funktionsbevarande omsorg.
7. Emotionell och social omsorg.
8. Kroppsnära omsorg.
9. Måltid, kost och näring.
10. Omsorg och vård i livets slut.
11. Sjukvård.

Yrkeskraven beskrivs närmare under respektive rubrik i betänkandet. Yrkeskraven är ett sätt att urskilja och beskriva de kompetenser det nya yrket ska omfatta men utgör självklart en förenkling av verkligheten. Yrkeskraven går ibland in i varandra och ett krav är oftast en förutsättning för ett annat. De fem första yrkeskraven är generella och ska gälla i alla arbetssituationer. De följande sex yrkeskraven är uppgiftsrelaterade. Alltså måste alltid flera yrkeskrav kombineras i arbetet. Tillsammans utgör de elva yrkeskraven en odelbar helhet som beskriver den grundläggande kompetens som Äldreassistenten ska besitta.

I yrkeskraven har vi tagit fasta på vilken kompetens vi bedömer behövs för att motsvara de framtida äldres behov av och efterfrågan på omsorg och vård. Det har bl.a. gjort att vi försöker att bättre integrera omsorgskompetens och vårdkompetens till en helhet. Det betyder att vi i yrkeskrav som benämns omsorg också inkluderar kompetens för att utföra vissa vårduppgifter. I t.ex. Funktionsbevarande omsorg tar vi också upp att Äldreassistenten ska ha förmåga att på delegation från rehabiliteringspersonalen utföra rörelseprogram vilket innebär att de omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvarsbestämmelser. Med yrkeskraven har vi också velat synliggöra kompetenser som i dag kan vara eftersatta. En ytterligare ambition har varit att lyfta det specifika med yrket i förhållande till andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med den äldre.

Ett mål med yrkeskraven är att all omsorgspersonal som utför omsorgs- och vårduppgifter ska ha grundläggande kompetens för sina arbetsuppgifter. Ytterst är målet att öka kvaliteten och effektiviteten för de äldre. I detta ligger bl.a. att uppnå intentionerna i SoL om att äldre människor ska ges möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det handlar om att ta tillvara individens resurser och att ge individuellt anpassat stöd och hjälp. Det är särskilt viktigt att ge stöd till de som, t.ex. på grund av sjukdom, kan ha svårigheter att göra sin röst hörd. Vi har också tagit fasta på ett hälsosamt åldrande och att det aldrig är försent att förbättra sin hälsa. Antonovsky har i sin forskning studerat människans hälsa och vilka faktorer som befrämjar hälsa. Ett hälsofrämjande, salutogent, synsätt, innebär att alla insatser utgår från vad som är bra för hälsan och det som är friskt hos varje människa. Han använder begreppet KASAM, känsla av sammanhang. Hälsa kräver meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet.<sup>11</sup> Statens folkhälsoinstitut pekar på fyra hörnstenar för ett hälsosamt åldrande: Social gemenskap; Meningsfull sysselsättning/att känna sig behövd; Fysisk aktivitet samt Goda matvanor. Dessa fyra hörnstenar motsvaras i hög utsträckning av yrkeskraven Funktionsbevarande omsorg, Emotionell och social omsorg, Kroppsnära omsorg samt Måltid, kost och näring. Ytterligare ett syfte är att yrkeskraven också ska bidra till att intentionerna om god vård enligt HSL kan uppfyllas.

Det är viktigt att poängtera att vårt uppdrag handlar om omsorgspersonalen. Därför lägger vi inga förslag angående andra yrken. Däremot menar vi att det är av största vikt att alla yrkesgrupper inom omsorg och vård för äldre samarbetar och bidrar med sina olika kompetenser. Syftet är att kvaliteten och säkerheten ska öka genom en kompetenshöjning av omsorgspersonalen. Syftet är inte att denna personalgrupp ska ta över de högskoleutbildade yrkesgruppernas arbetsuppgifter utan snarare att omsorgspersonalen ska kunna vara ett ännu bättre stöd i lagarbetet kring den äldre. Omsorgspersonalen utgör ca 85 procent av personalen i kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Omsorgspersonalen är därmed en viktig målgrupp om man vill påverka kvaliteten.

---

<sup>11</sup> Westlund, P. & Sjöberg, A., *Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg och vård*. Solna: FortbildningsFörlaget, 2005.

### 3.4 Struktur för våra yrkeskrav – Bolognadeklarationen

**Sammanfattning:** Varje yrkeskrav omfattar tre dimensioner enligt Bolognadeklarationens tre huvudområden för kompetens, dvs. värderingsförmåga och förhållningssätt, kunskap och förståelse respektive färdighet och förmåga. Vi har emellertid för enkelhetens skull endast använt begreppen förhållningssätt/värderingsförmåga, kunskap respektive förmåga. Yrkeskraven presenteras i rutor under respektive rubrik för de elva kompetensområdena. När det gäller Bolognadeklarationens begrepp förhållningssätt och värderingsförmåga har vi velat betona betydelsen av dessa och att de krävs genomgående i allt arbete som utförs. Därför har vi samlat dem under ett eget yrkeskrav och lagt det först med rubriken Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga och upprepar det inte i de övriga yrkeskraven.

#### *Struktur för våra yrkeskrav*

Yrkeskraven presenteras i en ruta under respektive rubrik för de elva kompetensområdena. Varje yrkeskrav omfattar tre dimensioner enligt Bolognadeklarationens tre huvudområden för kompetens, dvs. förhållningssätt/värderingsförmåga, kunskap respektive förmåga (se mer nedan). Förhållningssätt/värderingsförmåga har vi dock lyft ut som ett eget yrkeskrav och upprepar det därför inte i övriga tio yrkeskrav. Yrkeskravet inom t.ex. kompetensområdet Emotionell och social omsorg ser därför ut enligt följande:

Äldreassistenten ska ha *kunskap* om betydelsen av emotionell och social stimulans för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha *förmåga* att stödja den äldre att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och att vara delaktig i samhället.

Yrkeskraven är formulerade för att ha en sådan detaljeringsnivå att de är styrande och kan fungera som stöd bl.a. vid anställning, för utbildningsanordnare och vid tillsyn. Samtidigt är yrkeskraven så pass generella att de kan vara giltiga i åtminstone tio till femton år framåt i tiden.

Under rubriken *Våra argument för och en precisering av yrkeskravet* presenteras våra argument för yrkeskravet. En precisering görs också av yrkeskravet. Denna precisering är tänkt att sedan vidareutvecklas av Socialstyrelsen (5.4 Yrkeskravsnivå). Under rubriken *Bakgrund* presenteras det underlag vi har haft för att föreslå respektive yrkeskrav.

*Begreppen förhållningssätt, kunskap och förmåga enligt Bologna-deklarationen*

Enligt Bologna-deklarationens struktur beskrivs lärandemål under följande tre huvudområden: Kunskap och förståelse, Färdighet och förmåga samt Värderingsförmåga och förhållningssätt. Vid genomgång av några svenska universitets och högskolors arbete med att utforma lärandemål för olika utbildningar framkommer att någon tydlig, gemensam definition av dessa huvudområden inte finns, men flera av dem arbetar enligt teoretiska modeller som Blooms taxonomi eller Biggs SOLO-taxonomi (Structure of the Observed Learning Outcomes).<sup>12</sup> Enligt Blooms taxonomi definieras kunskap hierarkiskt från lägre till högre nivå<sup>13</sup>. I universitetens och högskolornas exempel på hur lärandemål inom varje kurs kan formuleras används ofta aktiva verb. I det följande ges några exempel på beskrivningar hämtade från några universitet.

Kunskap och förståelse formuleras exempelvis som att ha kunskap och visa förståelse inom ett särskilt huvudområde, analysera, beräkna, beskriva, formulera, förklara, problematisera osv. Färdighet och förmåga formuleras exempelvis som att ha förmåga i praktisk handling, förmåga att identifiera, formulera och lösa problem, använda, diskutera, redogöra för, konstruera osv.. Värderingsförmåga och förhållningssätt formuleras exempelvis som visa ansvar för, kan etiskt värdera, visa förmåga att inom huvudområde göra bedömningar, bevisa, föreslå, ta ställning, välja, värdera osv.

Vi har valt att definiera begreppen enligt följande:

*Värderingsförmåga och förhållningssätt:* Med detta avser vi förhållningssätt, värderingar och attityder samt förmåga att kritiskt

---

<sup>12</sup> Exempelvis Örebro Universitet: Att formulera lärandemål enligt Bologna-processens intentioner, Hellertz Pia, 2006 [www.oru.se](http://www.oru.se) och Karolinska Institutet Institutet: Att formulera lärandemål Weurlander Maria 2006, CUL Guide No 1 och 2.

<sup>13</sup> Edgren, G. & Thomé, G., 2006 Handledning om förväntade studieresultat eller learning outcomes. Lunds universitet, Medicinska fakultetens centrum för undervisning och lärande [www.med.lu.se](http://www.med.lu.se)

granska, analysera, bedöma, värdera och utveckla det egna arbetet. Det handlar om förhållningssätt gentemot andra människor och beskriver de värderingar och attityder som goda relationer ska vila på. Vi har valt att komplettera med begreppet värdegrund, en värdegrund som speglar FN:s deklaration för mänskliga rättigheter.

*Kunskap och förståelse:* Med detta avser vi dels teoretisk faktakunskap grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet, dels den kvalitativt djupare kunskap som förståelse innebär. Faktakunskap innebär att veta att något förhåller sig på ett visst sätt och är ofta en kvantitativ kunskapsform, men samma fenomen kan förstås på kvalitativt olika sätt, vilket också inbegrips i denna kompetensform.

*Färdighet och förmåga:* Med detta avser vi det praktiska yrkeskunnandet. Det innebär att omsätta teoretiska kunskaper i praktiska kunskaper, dvs. *hur* något ska göras, men också om att i praktiken utveckla en förtrogenhetskunskap som innebär att kunna göra bedömningar av olika slag, att veta *när* något ska göras.

I våra yrkeskrav använder vi för enkelhetens skull enbart begreppen förhållningssätt och värderingsförmåga, kunskap respektive förmåga, även om både förståelse liksom färdighet också ingår.

Yrkeskraven beskriver enbart kompetens att agera och säger inte att omsorgspersonalen ska agera på ett visst sätt. Omsorgspersonalens agerande styrs av biståndsbedömningar, hur arbetsgivaren valt att organisera arbetet samt av den specifika situationen. Yrkeskraven beskriver förhållningssätt/värderingsförmåga, kunskaper respektive förmågor som sedan ska omvandlas till individ- och situationsanpassat agerande i arbetslivet.



*Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga ska genomsyra alla yrkeskrav*

När det gäller Bolognadeklarationens begrepp förhållningssätt och värderingsförmåga har vi velat betona betydelsen av att dessa krävs genomgående i allt arbete som utförs. Därför har vi samlat dessa under ett eget yrkeskrav och lagt det först med rubriken Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga. Det betyder att förhållningssätt inte upprepas i övriga yrkeskrav utan att enbart Bolognadeklarationens begrepp kunskap och förmåga tas upp i dessa.

## 4 Elva nationella yrkeskrav

Äldreassistentens yrke är mångfacetterat och kräver många olika typer av kompetenser för att hon eller han ska kunna ge individuellt anpassat stöd till den äldre utifrån dennes fysiska, psykisk, emotionella och sociala behov. Det kräver bl.a. empatisk, kommunikativ och pedagogisk förmåga, flexibilitet, lyhördhet, kompetens att göra avvägningar mellan vad den äldre efterfrågar och vad hon eller han har bedömts ha behov av, förmåga att planera, lösa problem, fatta beslut, ta ansvar och ha civilkurage. Om Äldreassistenten ser att det behov den äldre har, eller säger sig ha, skiljer sig från biståndsbedömningen ska denne föra tillbaka frågan till sin chef. Det krävs också förmåga att reflektera över sitt eget arbete.<sup>1</sup>

Yrket innebär ofta, särskilt inom ordinärt boende, ensamarbete vilket ställer särskilda krav på kompetens och ansvarsförmåga. Samtidigt är det ett yrke som i högsta grad måste utövas i ett nära samarbete med andra yrkesgrupper för att bl.a. skapa den helhet i stödet till den äldre som är nödvändigt.

Det specifika med yrket är att det är den yrkesgrupp som arbetar närmast den äldre i vardagen. Äldreassistenten har en unik plats i omsorgs- och vårdkedjan som innebär att de kan göra iakttagelser och har information som är viktig för andra yrkesgrupper att känna till. Det är i detta sammanhang viktigt att påpeka att omsorgspersonalen utgör ca 85 procent av personalen i kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Sjuksköterskor utgör ca 6,5 procent, arbetsterapeuter ca 1,25 procent och sjukgymnaster ca 0,7 procent<sup>2</sup>.

I det följande beskrivs närmare de elva nationella yrkeskraven som tillsammans utgör den lägsta kompetens Äldreassistenten ska ha.

---

<sup>1</sup> Samtal med bl.a. chefer och personal inom omsorg och vård för äldre; *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. Socialstyrelsen, 2006.

<sup>2</sup> Baserat på uppgifter från *Aktuellt på äldreområdet 2007*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

## 4.1 Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om den värdegrund som gäller för omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att omsätta värdegrunden och tillämpa ett etiskt förhållningssätt och ett gott bemötande i sitt arbete. Äldreassistenten ska ha kunskap om vad som avses med att kritiskt analysera, bedöma och värdera. Äldreassistenten ska ha förmåga att kritiskt granska, bedöma och värdera det egna arbetet och därmed kunna medverka till verksamhetens utveckling.

### 4.1.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Med värdegrund och förhållningssätt menar vi att allt arbete i omsorg och vård för äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande och att förhållningssättet i relation till andra ska utgå från FN:s deklaration för mänskliga rättigheter<sup>3</sup>. Värderingsförmåga innebär att kritiskt granska, bedöma och värdera i första hand det egna arbetet.

I samtliga yrkeskrav utgör värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga viktiga kriterier. Kunskap om något och förmåga att utföra något är kriterier som formuleras olika utifrån respektive kompetensområde. Yrkeskravet värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga är unikt på så sätt att detta krav måste genomgå alla de andra. Vi menar att detta yrkeskrav utgör en förutsättning för god kvalitet i omsorg och vård för äldre.

Vi skulle kunna skriva in yrkeskrav för Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga i samtliga yrkeskrav. För att slippa sådana upprepningar väljer vi att formulera ett övergripande yrkeskrav som alltså ska ingå i samtliga övriga.

Den värdegrund och det förhållningssätt som ska gälla inom omsorg och vård för äldre innebär att respektera den äldres självständighet, integritet och värdighet, bedöma vad som är den äldres egna önskemål även om hon eller han inte själv kan formulera dem, kunna skapa trygghet och beakta den äldres livssituation och livserfarenhet och försöka tillmötesgå den äldre inom ramen för

---

<sup>3</sup> [www.manskligarattigheter.gov.se](http://www.manskligarattigheter.gov.se)

biståndsbeslutet. En sådan värdegrund, väl förankrad i Äldreassistentens attityder, bemötande och förhållningssätt, är avgörande för den äldres välbefinnande.

Ibland diskuteras huruvida personlig lämplighet eller formell utbildning är viktigast för arbete i omsorg och vård för äldre. Vi menar att det självklart behövs både och. Personlig lämplighet, vänlighet och empati är utmärkta utgångspunkter, men det behövs också utbildning, erfarenhet och reflektion för att utveckla kunskaper, förmågor och god kompetens. Värdegrund är kunskap som man kan tillägna sig och ett etiskt förhållningssätt, förmåga till empati och ett bra bemötande kan tränas, vilket också forskare på området framhåller. Empati är inte detsamma som att vara snäll eller tycka om utan något som är mer komplicerat. Det innebär att fånga upp och förstå en annan människas känslor och handla i enlighet med den förståelsen. Med utbildning och handledning kan man öka den empatiska förmågan.<sup>4</sup> Samtidigt är kunskap och förmågor i dessa frågor något av en "färskvara" som behöver underhållas och successivt förstärkas genom möjlighet till samtal och reflektion i arbetet. Värdegrunden är en förutsättning för att kunskap om omsorg och vård ska kunna bli till insikt och förståelse och tillämpas på ett sätt som bidrar till livskvalitet för den äldre.

Att möta varje äldre person som en unik individ kräver också kunskaper om olika aspekter av mångfald. Det gäller förmåga att ta hänsyn till religiös, etnisk och kulturell mångfald, genusperspektiv och sexuell läggning. Likaså behövs kunskap om hur man i olika religioner och kulturer hanterar döende, död och sorg. Men det räcker inte enbart med kunskap och erfarenhet. Den egna attityden i dessa frågor behöver också bearbetas. Äldreassistenten behöver vara klar över sina egna värderingar och attityder till olika mångfaldsfrågor. En enskild anställd kan inte ha djupa kunskaper rörande alla mångfaldens aspekter, men det är nödvändigt att ha förmåga att när behov uppstår informera sig om vanor och traditioner i olika kulturer och ha förståelse för när andra kompetenser behöver kopplas in.

Äldreassistenten ska också ha förmåga att kritiskt granska och värdera det egna arbetet och kunna reflektera kring egna drivkrafter och egna behov i relation till den äldres behov. Dessa kunskaper och förmågor utgör viktiga förutsättningar för en god kvalitet i omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten är den i personalen

---

<sup>4</sup> Holm, U., *Det räcker inte att vara snäll*. Stockholm: Natur och kultur, 2007.

som oftast träffar den äldre och måste därför ha kunskap och förmåga att uppmärksamma kvalitetsbrister. Kunskap om värdegrund, ett etiskt förhållningssätt och en förmåga att värdera utfört arbete är viktigt för att kunna och våga påtala när kvaliteten i omsorgen och vården brister, dvs. ha tillräckligt civilkurage.

Sammanfattningsvis anser vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om den värdegrund som gäller för omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att omsätta värdegrunden och tillämpa ett etiskt förhållningssätt och ett gott bemötande i sitt arbete. Äldreassistenten ska ha kunskap om vad som avses med att kritiskt analysera, bedöma och värdera. Äldreassistenten ska ha förmåga att kritiskt granska, bedöma och värdera det egna arbetet och därmed kunna medverka till verksamhetens utveckling.

#### 4.1.2 Bakgrund

##### *Definition*

Begreppet värdegrund tar sin utgångspunkt i FN:s deklaration för mänskliga rättigheter från 1948. Där anges att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter oavsett ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt. Var och en har också rätt till en tillfredsställande levnadsstandard, till hälsovård och till utbildning.

Värdighetsutredningen<sup>5</sup> föreslår att en nationell värdegrund ska införas i SoL. Syftet är att tydliggöra den människosyn, de värderingar och de förhållningssätt som ska gälla i den dagliga verksamheten. En ny paragraf med följande innehåll föreslås (5 kap. 4 §):

Äldre människor ska, så långt det är möjligt, kunna leva utifrån sin identitet och personlighet. Verksamheten ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Till ett värdigt liv hör

- integritet såsom rätt till ett privatliv och kroppslig integritet,
- möjlighet att upprätthålla sitt självbestämmande,
- individanpassning och delaktighet i beslut och insatser,
- insatser av god kvalitet, samt
- att den äldre och dennes närstående ges ett gott bemötande.

Till välbefinnande hör att den äldre känner trygghet och meningsfullhet.

---

<sup>5</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU 2008:51.

Förslaget om en nationell värdegrund för äldreomsorgen är för närvarande, hösten 2008, under beredning i regeringskansliet. Skulle denna process resultera i en reglering är det naturligt att det är denna värdegrund som ska utgöra riktmärke för Äldreassistentens kompetens. I avvaktan på detta ansluter vi oss till Värdegrundsutredningens förslag om nationell värdegrund och använder oss av deras definition av värdegrund.

Värdegrunden är nära sammanbunden med förhållningssätt. Med utgångspunkt i värdegrunden formas individens sätt att bemöta andra och på vilket sätt arbetsuppgifter och omsorgsinsatser utförs. Det handlar om att, oavsett egna personliga värderingar, ändå kunna utföra sitt arbete professionellt utifrån de värderingar som värdegrunden formulerat.

Begreppet värderingsförmåga är hämtat från Bolognaprocessens arbete med högskoleutbildningar. Det handlar om förmåga att kritiskt granska, analysera, bedöma och värdera olika företeelser t.ex. den egna och arbetsgruppens arbetsinsatser samt att förstå sin egen yrkesroll och dess betydelse i ett större sammanhang. Värderingsförmågan bidrar till ökad kunskap och medvetenhet i relationen till andra personer och bidrar till utveckling av den egna yrkesrollen. Därigenom utgör värderingsförmåga också grund för kvalitetsutveckling i verksamheten.

Sammanfattningsvis menar vi att värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga innebär att allt arbete i omsorg och vård för äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, att förhållningssättet i relation till andra ska utgå från FN:s deklaration för mänskliga rättigheter och att värderingsförmåga innebär att kritiskt granska, värdera och bedöma sina egna värderingar och attityder samt det egna arbetet.

#### *Ett gott bemötande*

En gemensam värdegrund som innebär ett gott bemötande, ett etiskt förhållningssätt och en förmåga att granska och värdera den egna arbetsinsatsen betonas i utredningar, rapporter och vid möten med olika grupper som berörs av frågor avseende omsorg och vård för äldre.

I flera av de brukarundersökningar som olika kommuner genomfört uppges att brukarna upplever bemötandefrågorna viktiga eller mycket viktiga. Socialstyrelsen har i en rapport<sup>6</sup> gjort en sammanställning och analys av lokala brukarstudier i nio sydsvenska kommuner. Av denna framgår att det för brukarna är mycket viktigt att personalen är ärlig och pålitlig och möter brukarna med respekt. Detta ger, enligt rapporten, stöd för tanken att det är den personliga relationen till omsorgspersonalen som framförallt avgör hur brukaren upplever kvaliteten.

Rapporter från landets patientnämnder visar att de flesta klagomålen inom hälso- och sjukvården handlar om brister i bemötandet. Enligt Vårdighetsutredningen<sup>7</sup> saknas liknande information kring klagomål inom omsorg och vård för äldre, men de menar att det ändå finns anledning att tro att bemötandefrågan även här är central. Bemötandeutredningen<sup>8</sup> konstaterar att respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet måste ha en fast grund i ett medvetet val av människosyn. Utredaren konstaterar också att det finns brister i det personliga bemötandet av äldre t.ex. bristfälligt samspel i en omvårdnadssituation.

Att ta hänsyn till den enskildes behov och önskemål ställer höga krav på kunskap och förståelse för människors individuella olikheter. Omkring 13 procent av alla personer 65 år och äldre är födda i något annat land än Sverige. Många av dessa kommer från Iran, Irak och f.d. Jugoslavien.<sup>9</sup> I skriften *Möten som utmanar*<sup>10</sup> konstateras att samhällets omsorg och service till äldre har formats utifrån en svensk syn på ålderdom, hjälpbehov, familjemönster och generationer och som inte alltid stämmer överens med äldre invandrades behov och önskemål. Självklara honnörsord som valfrihet, trygghet och integritet kan vara svåra att förstå för den som inte är upp vuxen i Sverige. För att undvika missförstånd måste det finnas ett socialt samspel mellan svenskfödda personer och personer med utländsk bakgrund. Skriftens slutord lyder:

---

<sup>6</sup> *Brukare och anhöriga om kvalitet i äldreomsorgen – Kvalitetsbarometern 1998, 1999, 2002, 2004 och 2005*. Socialstyrelsen, 2006.

<sup>7</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU:2008:51.

<sup>8</sup> *Bemötande av äldre. Trygghet, självbestämmande, värdighet*. SOU 1997:170.

<sup>9</sup> *Asylsökande till Sverige under 1984–2007*. [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se)

<sup>10</sup> *Möten som utmanar*. Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, 2003.

Att bemöta varje människa värdigt är ett ansvar för alla individer i samhället. Men ansvaret vilar särskilt tungt på dem som fått ett politiskt uppdrag eller som är anställda för att överföra politiska beslut till handling.<sup>11</sup>

Omsorg och vård för äldre är en verksamhet med mycket sned könsfördelning. Kvinnor är i majoritet både vad gäller de äldre som får omsorg och vård, bland anhörigvårdare och bland omsorgspersonalen. Cirka 70 procent av de äldre med biståndsbeslutade insatser är kvinnor, vilket huvudsakligen beror på att kvinnor lever längre än män. Kvinnor är oftare än män missnöjda med den omsorg och vård de får och de vill ha mer hjälp. Det kan tyda på att insatserna inte är anpassade efter kvinnors behov.<sup>12</sup> Bemötande i omsorg och vård styrs ofta av värderingar och attityder kring kön, vad som anses kvinnligt eller manligt och vad som är normalt och onormalt. Oavsett vilken den egna inställningen är måste den äldre ha rätt till ett gott och respektfullt bemötande.

En kartläggning som Socialstyrelsen gjort visar att socialtjänsten i de flesta kontakterna med brukare och anhöriga utgår från att alla lever ett heterosexuellt liv. Bristande observans är den vanligaste orsaken till att homo- och bisexuella personer bemöts dåligt i socialtjänsten.<sup>13</sup> Även om denna utredning gäller hela socialtjänsten finns det knappast någon anledning att tro att förhållandena skulle vara särskilt annorlunda inom omsorg och vård för äldre.

Frågor om jämställdhet, kön och sexualitet diskuteras ibland i studiecirkel och reflektionsgrupper. Ett dilemma som t.ex. uppmärksammats i Kompetensstegen är hur man tar hänsyn till skillnader utan att cementera fördomar och föreställningar kring vad som är kvinnligt respektive manligt.<sup>14</sup>

Värdegrund, förhållningssätt, bemötande och empati är områden som uppmärksammats av många kommuner och enskilda vårdgivare. Inom ramen för Kompetensstegen har ett stort antal kommuner genomfört kompetensutveckling kring dessa frågor. Även utbildningsaktiviteter där t.ex. dokumentation och demenssjukdomar är huvudteman har ofta innehållit bemötande- och värdegrundsfrågor. Innehållet i insatserna har berört yrkesrollen och vem man är till för, etiska ställningstaganden utifrån olika situatio-

---

<sup>11</sup> *Möten som utmanar*. Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, 2003.

<sup>12</sup> *Jämställdhet socialtjänst, Könsperspektiv på socialtjänsten*. Socialstyrelsen, 2005.

<sup>13</sup> *Sexuell läggning och bemötande i socialtjänsten*. Socialstyrelsen, 2004.

<sup>14</sup> *Att lära nära*. SOU 2007:88.



ner (exempelvis utåtagerande eller aggressiva personer), det goda mötets kännetecken och klimatet i en arbetsgrupp.<sup>15</sup>

Vid i stort sett samtliga besök och i andra kontakter som vi haft med olika aktörer, chefer och personalgrupper inom omsorg och vård för äldre och i möten med företrädare för pensionärsorganisationer har värdegrund, förhållningssätt, bemötande och etik lyfts fram som en viktig, kanske den viktigaste, kompetensfrågan. Inte därför att det nödvändigtvis är ett område med stora brister utan därför att relationen/mötet mellan den äldre och omsorgspersonalen har avgörande betydelse för den äldres livskvalitet.

### *Förmåga att granska och värdera*

Omsorgsarbete handlar i stor utsträckning om möten mellan människor. För att kunna stödja andra personer är det väsentligt att ha kunskap om sig själv, sina egna värderingar och attityder och också förmåga att värdera och ta ställning till dem. Det innebär att kunna se sin egen roll i mötet med andra och hur den egna attityden påverkar omgivningen. I vissa högskoleutbildningar har detta uppmärksamrats genom reflekterande samtal under handledning. Syftet är att reflektera kring egna drivkrafter, civilturage, sin och samhällets syn på äldre, egna behov i relation till andras, hur man bör arbeta med inflytande och makt och hur man hanterar klagomål.

Skillnader i värderingar hänger ofta samman med faktorer som utbildningsnivå, inkomstnivå, ålder, politiska idéer etc. Människor har oändligt många olika identiteter och kan identifiera sig med olika grupper vid olika tillfällen. Den som dagligen i sitt arbete möter människor med olika behov och förväntningar, olika bakgrund, erfarenheter och kultur behöver ha god kunskap om sig själv och sina egna värderingar, men också om vad som påverkar andras.

Förmåga att kritiskt granska, bedöma och värdera egna värderingar, attityder och förhållningssätt behöver kompletteras med förmåga att granska den egna arbetsinsatsen och dess betydelse för kvaliteten i verksamheten.

---

<sup>15</sup> *Kompetensstegen*. [www.aldreportalen.se](http://www.aldreportalen.se)

### *Andras bedömningar*

I den dokumentation kring omsorgspersonalens kompetens som Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesroll tagit fram betonas förmåga att tillämpa ett etiskt grundat förhållningssätt, förmåga att uppmärksamma och ta hänsyn till attityders, normers och ideologiers betydelse i vård- och omsorgsarbete hos brukare, närstående och vänner, egna och andra yrkesutövare, samhälleliga attityder och sociala normer. Även förmåga att respektera brukarens självständighet, integritet och värdighet och agera därefter nämns. Att vara professionell i mötet med brukaren och närstående och förmåga att uppmärksamma, diskutera och hantera etiska dilemman och överväganden anges också som nödvändig kompetens för omsorgs- och vårdarbete.

Därutöver anges att omsorgspersonal ska ha kunskaper om och förmåga att granska sitt arbete och medverka till utveckling av verksamheten. Socialstyrelsen anger att vård- och omsorgsassistenten ska ha förmåga att målinriktat följa upp och utvärdera sitt arbete och bidra till utveckling av arbetets innehåll och metod, medan Sveriges Kommuner och Landsting har formulerat ett antal förmågor under rubriken kvalitets- och förbättringsarbete.

## 4.2 Kommunikation

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om olika former för kommunikation och förståelse för dess betydelse för äldre, närstående och arbetskamrater. Äldreassistenten ska ha förmåga att tala, läsa och skriva svenska. Äldreassistenten ska också ha förmåga att anpassa sättet att kommunicera till olika situationer och olika individers förutsättningar och behov.

### 4.2.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Äldreassistentens arbete är ett "relationsarbete" och innebär i stort sett alltid personliga möten med den äldre. Varje äldre har rätt till ett individuellt och gott bemötande. Det ställer stora krav på kommunikationen och att samtalet sker på ett sådant sätt att Äldreassistenten och den äldre förstår varandra. Förmågan att

lyssna, att kommunicera på olika sätt och att skapa god kontakt är därför en central kompetens. Detta gäller även i kontakter med närstående, arbetskamrater och andra yrkesgrupper inom omsorg och vård för äldre.

Med kommunikation avser vi att i samspellet och relationen mellan människor muntligt, skriftligt eller på annat sätt överföra information, upplevelser och känslor. I Äldreassistentens funktion ingår både att vara den som överför och att vara den som tar emot information och båda dessa funktioner sker i samspel med äldre, närstående och arbetskamrater.

Mötet med andra människor påverkas av vårt sätt att tala, vår mimik och vårt kroppsspråk. Äldreassistenten möter i sitt arbete många olika personer med varierande bakgrund, erfarenheter, sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar. Någon är rädd och orolig, någon har en hörselnedsättning, någon annan har svårt att förstå och uttrycka sig på svenska och ytterligare någon har en begynnande demenssjukdom. Sammantaget innebär detta att Äldreassistenten måste ha goda kunskaper om kommunikation, både verbal och ickeverbal, samt förmåga att kommunicera i tal, skrift, med sitt kroppsspråk och med beröring. Äldreassistenten bör också känna till vanliga hjälpmedel för kommunikation samt ha förmåga att anpassa sättet att kommunicera utifrån individen och dennes förmågor.

Förmågan att kommunicera är ett viktigt redskap för att skapa kontakt och umgås men har också stor betydelse när man behöver förklara, berätta eller tydliggöra varför en åtgärd behöver utföras. Vissa funktionsnedsättningar eller sjukdomstillstånd gör att den äldre har svårt att förstå eller har nedsatt beslutsförmåga, vilket kan innebära att hon eller han kanske inte vill äta, inte få blöjan bytt eller vill avstå från duschningen. I ett sådant läge krävs att Äldreassistenten har goda kunskaper om kommunikation och förmåga att med tålmod samtala och motivera utan att kränka den enskilde.

En god kommunikation innebär också att kunna lyssna och förstå vad någon annan vill framföra, särskilt om personen av olika skäl har svårt att uttrycka sig. Ett gott möte kräver inlevelseförmåga, engagemang, vilja och förståelse. Äldreassistenten ska därför ha förmåga att försöka förstå och tolka muntliga och skriftliga budskap, men också andra ickeverbala uttryck som kroppsspråk via ögon, mimik och gester.

I det dagliga arbetet kan Äldreassistenten ibland möta äldre eller närstående som kan vara känslomässigt upprivna, frustrerade eller

aggressiva. De kan uppträda förvirrat, hotfullt eller ha beteendestörningar. I dessa lägen finns ett stort behov av förmåga att hantera besvärliga mellanmännsliga situationer genom att tillämpa kunskaper om kommunikation, konflikthantering och utåtagerande beteende. Härigenom kan konfrontationer undvikas vilket bidrar till en bättre omsorg för den äldre och en god arbetsmiljö för personalen.

Allt fler utlandsfödda anställs i omsorg och vård för äldre, särskilt i storstadsområdena. Flerspråkighet och kulturkompetens är viktiga tillgångar i omsorgen om äldre med utländsk bakgrund eller annat modersmål än svenska. Det är därför viktigt att uppmuntra att flerspråkiga personer anställs och förmås stanna kvar inom omsorg och vård för äldre.

Det ingår i omsorgspersonalens arbetsuppgifter att dokumentera genomfört arbete, rapportera avvikelser, bidra till kvalitetsförbättrande åtgärder, läsa instruktioner, genomföra samtal med närstående, planera och delta i möten etc. Äldreassistenten ska därför ha förmåga att tala, läsa och skriva vardaglig svenska inklusive vårdsvenska, dvs. ord och fackuttryck av vikt för arbete inom omsorg och vård för äldre. Kunskaper i svenska är också en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig kompetensutveckling. Därutöver behövs allmän datakunskap för att kunna dokumentera och söka information på Internet.

I arbete med människor är också den psykosociala arbetsmiljön av stor betydelse. ”Vi är varandras arbetsmiljö” är ett uttryck som ibland används och kunskap om och förståelse för hur relationer och kommunikation påverkar den psykosociala arbetsmiljön är viktig.

Sammanfattningsvis anser vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om olika former för kommunikation och förståelse för dess betydelse för äldre, närstående och arbetskamrater. Äldreassistenten ska ha förmåga att tala, läsa och skriva svenska. Äldreassistenten ska också ha förmåga att anpassa sättet att kommunicera till olika situationer och olika individers förutsättningar och behov.

## 4.2.2 Bakgrund

### *Kommunikation*

Kommunikation människor emellan har avgörande betydelse för möjligheten till inflytande över sin situation och därmed ett värdigt liv. Att kommunicera är att meddela sig, att göra en tanke eller känsla till en gemensam angelägenhet. Ordet kommunikation har sitt ursprung i det latinska ordet *communis* som betyder gemenskap.<sup>16</sup>

Kommunikation brukar i dagligt tal betyda att föra över och dela information mellan människor. Kommunikation kan ske verbalt, t.ex. via tal, skrift eller icke verbalt i form av kroppsspråk, minspel, tecken och bilder. Med god konstruktiv kommunikation menas i detta sammanhang att kommunikationen kännetecknas av öppenhet och tillit samt att de inblandade har en vilja till förståelse, förmåga att lyssna och ömsesidig respekt för varandras synpunkter.<sup>17</sup>

I Socialstyrelsens temanummer om kommunikation (Nummer 2–2008) anges att kommunikation kan beskrivas på olika sätt, ofta som överföring av information. Överföringen kan förstås som att en samling fakta formulerade av avsändaren därefter överförs orört till mottagaren. En sådan beskrivning förenklar synen på mänsklig kommunikation, eftersom människor tolkar fakta med hjälp av tidigare förståelse och sina egna värderingar och känslor. Det betyder att samma fakta kan ge en person känslor av lättnad, tillit och hopp medan de kan ge en annan person ängslan och känslor av hjälplöshet.<sup>18</sup>

När yrkeskraven i kommunikation formulerats har vi därför valt att betona samspelet mellan den äldre och Äldreassistenten.

### *Att förstå varandra i den dagliga kommunikationen*

Kommunikation är ett viktigt redskap i Äldreassistentens arbete. Möjligheterna till kommunikation kan ibland försvåras t.ex. vid afasi (språkstörning) eller demenssjukdom eller när den äldre har ett annat modersmål än svenska.

---

<sup>16</sup> Duong, J. & Poulsen, C. *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.

<sup>17</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU:2008:51.

<sup>18</sup> Sachs, L. *Samtalet – sjukvårdens viktigaste verktyg*. Socialstyrelsen: Kommunikation i vården 2–2008.

Cirka 13 procent av alla personer 65 år och äldre är födda i något annat land än Sverige, varav över 20 procent bor i Stockholmsområdet och i tre kommuner som gränsar till Norge och Finland och många av dessa personer kommer också från Norge eller Finland.<sup>19</sup> Enligt statistik från Migrationsverket<sup>20</sup> kommer många av de utlandsfödda svenskarna från Irak, Iran och före detta Jugoslavien. De största grupperna med äldre över 75 år är från Finland eller övriga Norden. Andra grupper med stor andel äldre över 75 år är från USA, de forna Sovjetstaterna, Polen, Ungern, Iran, Chile, Turkiet och Kina.<sup>21</sup>

Ett gott bemötande förutsätter att samtal förs på ett språk som den äldre förstår. Bland det totala antalet anställda i omsorgen om äldre och funktionshindrade har andelen utrikes födda ökat från drygt nio procent 1995 till 13,5 procent år 2006 och av de som rekryterades samma år var ca 20 procent födda utomlands. Det är framförallt andelen födda utanför Norden och EU som ökat.<sup>22</sup> Denna utveckling är mycket glädjande men det ställer samtidigt stora krav på utbildning och kompetensutveckling i en verksamhet som i så hög grad bygger på kommunikation mellan personal i arbetslaget etc. och mellan personal, de äldre och deras närstående. Personalens språkkunskaper är också av stor betydelse för att kunna erbjuda de nationella minoriteterna kvalitativ och likvärdig omsorg och vård för äldre. Sedan 2000 har enskilda en lagstadgad rätt till omsorg och vård för äldre helt eller delvis på samiska, finska respektive meänkieli (tornedalsfinska) inom sju kommuner i Norrbottens län. Äldre som har ett annat modersmål än svenska eller tillhör de nationella minoriteterna bör kunna få omsorg och vård på sitt modersmål. Språk- och kulturkompetens bör därför ses som en merit vid utbildning och anställning i omsorg och vård för äldre. Det innebär också att äldre med svenska som modersmål bör kunna få omsorg och vård på svenska.<sup>23</sup>

Olika funktionsnedsättningar och sjukdomstillstånd kan bidra till en försvårad kommunikation, exempelvis olika demenssjukdomar eller stroke med efterföljande afasi (språkstörning). Flera av de symtom som uppträder vid demenssjukdom påverkar förmågan att kommunicera. Som exempel kan nämnas glömska, svårighet att klara abstrakt tänkande och att analysera komplexa situationer

<sup>19</sup> *Aktuellt på äldreområdet*. Sveriges Kommuner och Landsting 2007.

<sup>20</sup> *Asylsökande till Sverige under 1984–2007*. [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se)

<sup>21</sup> *På väg mot en god demensvård*. Ds 2003:47.

<sup>22</sup> *Aktuellt på äldreområdet*. Sveriges Kommuner och Landsting 2007.

<sup>23</sup> Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

samt olika typer av språkstörningar och oförmåga att tolka sinnesintryck.<sup>24</sup> Stroke, som är ett sammanfattande namn på hjärnfarkt (blodpropp i hjärnan) och hjärnblödning, kan påverka språk och psykiska funktioner. Stroke kan också ge minnesproblem och koncentrationssvårigheter.<sup>25</sup>

För vissa funktionsnedsättningar som påverkar kommunikationen – t.ex. hörselnedsättning – kan tekniska hjälpmedel, som hörapparat, kompensera bristen. För den som är döv är teckenspråk det främsta och primära kommunikationsspråket. I och med att döva inte hör blir synen kanalen för att kunna ta emot information och få kunskap. Kontakten med icke teckenspråkiga personer sker främst genom teckenspråkstolk. Det finns kunskapsbrister vad gäller äldre döva inom socialtjänsten.<sup>26</sup>

Arbetspråket, det språk som används personalen emellan, är i huvudsak svenska. Det gäller även den kompetensutveckling som genomförs, den dokumentation och rapportering som ska göras och de lagar, författningar etc. som styr omsorgspersonalens arbete. För många yrken inom omsorg och vård krävs att personer med utbildning från andra länder har tillräcklig kunskap i svenska språket. Detta gäller t.ex. läkare och sjuksköterskor som genomgått utbildning i tredje land. Sådana personer ska, före anställning, visa att de har nödvändiga kunskaper i svenska språket.<sup>27</sup>

### *Samtalet, kommunikationen som pedagogiskt verktyg*

Arbete med omsorg och vård för äldre innehåller viktiga pedagogiska moment. Det gäller att kunna förklara och motivera den äldre, så att hon eller han är delaktig i vad som sker och hur det sker. Att tillämpa ett funktionsbevarande eller rehabiliterande arbetsätt förutsätter en god pedagogisk förmåga för att motivera den äldre att utföra sysslor som kan bidra till att träna upp och behålla funktioner. Även i kontakten med närstående krävs på samma sätt pedagogisk förmåga för att motivera, förklara och beskriva varför olika insatser behöver genomföras.

Pedagogik kan beskrivas som att det handlar om människan, vad hon är, vad hon bör vara och vad hon kan utvecklas till. Den omsorgspersonal som har stark tilltro till den äldres förmågor kan

<sup>24</sup> *På väg mot en god demensvård*. Ds 2003:47.

<sup>25</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

<sup>26</sup> *Sveriges Dövas Riksförbund*. [www.sdrf.se](http://www.sdrf.se)

<sup>27</sup> *Hälso- och sjukvårdspersonal med examen utanför EU/EES 2007*. ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se))

skapa ett psykologiskt klimat som har stor betydelse för den äldre. I det pedagogiska samtalet lotsas då den äldre framåt i hur hon eller han kan bidra till att förbättra omsorgen och höja livskvaliteten.<sup>28</sup>

#### *Samtalet, kommunikationen i svåra situationer*

Konflikter, aggressioner, hot om våld och våld förekommer ibland i omsorg och vård för äldre och är inte helt ovanligt i omsorgen om demenssjuka personer. Däremot finns inga säkra uppgifter hur vanligt det är. Våld kan exempelvis uppträda i samband med påklädning, vilket innebär att både personalen och den äldre kan vara den utsatte respektive utövare av våldet. Orsakerna till våld kan enligt forskare vara väldigt skiftande men påverkas bl.a. av påfrestningar och stress. Relationen och interaktionen mellan vårdare och vårdtagare har också betydelse för om våld uppstår.<sup>29</sup>

Både Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har uppmärksammat att kunskapen om våld mot äldre behöver öka. I detta fall handlar det om det hot och våld som äldre ibland utsätts för av närstående eller andra personer. Eftersom offret kan vara en person med demenssjukdom som har få kontakter med omvärlden är det extra viktigt att även omsorgspersonalen har kunskap om hur denna form av våld kan förebyggas och upptäckas.<sup>30</sup>

En kris kan uppstå då den äldre hamnar i en situation där hennes eller hans vanliga resurser för att möta problem inte längre räcker till. Allvarlig sjukdom, att drabbas av funktionsnedsättning, döende, sorg och död är exempel på situationer och svårigheter som kan utlösa kriser. Även i dessa sammanhang är det viktigt med god kommunikation, såväl ordlös som verbal samt att den bygger på ärlighet och pålitlighet samt inger realistiskt hopp.<sup>31</sup>

#### *Samarbete, rapportering och dokumentation*

Omsorg och vård för äldre är verksamhet som pågår dygnet runt och med personal som har olika yrkestillhörighet och funktion. För att detta ska fungera på ett tryggt och säkert sätt för den äldre krävs ett gott samarbete. Detta förutsätter att en muntlig och

---

<sup>28</sup> Johansson, R. & Skärgren, L., *Vårdpedagogik*. Stockholm: Liber, 2003.

<sup>29</sup> *På väg mot en god demensvård*. Ds 2003:47.

<sup>30</sup> *Öka kunskapen om våld mot äldre*. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>31</sup> Duong, J. & Poulsen, C., *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.



skriftlig rapportering samt att den sociala dokumentationen utförs på ett ändamålsenligt sätt och enligt gällande regelverk.

Äldre som får hemtjänst eller som bor i särskilt boende har ofta en kontaktman i personalen. Denna informellt utsedde kontaktman har till uppgift att inom ramen för sitt arbete ha ett särskilt ansvar för och känna till "sin" pensionär som person och ge stöd och hjälp enligt de omsorgs- och vårdplaner som upprättats. I uppgifterna kan ligga att ha kontakt med närstående. Som kontaktman är det nödvändigt med en god kommunikation, grundad på respekt och förtroende mellan den äldre, dennes närstående och kontaktmannen.<sup>32</sup>

Bemötandeutredningen konstaterade att kommunikationsförmåga är en viktig förutsättning för god omsorg och vård för äldre och anger att kommunikation bör ses som en yrkesfärdighet inom omsorg och vård. En kommunikation som sker på jämställd nivå, som anpassas till båda parter behov och som tillåter att båda kommer till tals med eller utan ord har formen av en dialog. Dialoger som måste upprätthållas även under ogynnsamma förhållanden. Även den svårtillgänglige, den tysta, den klagande eller den som har en demenssjukdom har kommunikationsresurser. Dessa kan frigöras om omsorgspersonal medvetet söker efter minsta signal som kan antyda vad den äldre är inriktad på.<sup>33</sup>

#### *Andras bedömningar*

I Socialstyrelsens, Sveriges Kommuner och Landstings och Kravmärkt Yrkesrolls dokument om omsorgspersonalens kompetens lägger samtliga mycket stor vikt vid förmåga att kommunicera. Socialstyrelsen anger att vård- och omsorgsassistenten ska kunna svenska, vara lyhörd för brukarens/patientens uppfattning, vara empatisk, kunna motivera, stödja och informera brukare/patient, förstå och använda kroppsspråk och delta i lösning av kris- och konfliktsituationer. Sveriges Kommuner och Landsting anger under rubriken Kommunikation liknande förmågor som Socialstyrelsen och har dessutom med förmågor som att formulera sig i tal och skrift, att tydliggöra insatserna och dess förväntade effekter samt att förvissa sig om att patienten/brukaren/närstående förstår given information. Kravmärkt Yrkesroll har ett kompetensområde

---

<sup>32</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU 2008:51.

<sup>33</sup> *Bemötande av äldre*. SOU 1997:170.

benämnt Kontakt och samspel. Inom detta område finns ett avsnitt som handlar om att kommunicera via kropp och beröring och som omfattar reducerad kommunikation, beröring och kroppskontakt och hjälpmedel. Svenska i skriftlig dokumentation, muntligt framförande (vid rapportering), förmåga att nyttja verktyg för att hitta information anges som nödvändig kompetens.

### 4.3 Lagar och regler

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som styr omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra sitt arbete så att den äldres säkerhet och god kvalitet tillgodoses i enlighet med gällande lagar och regler.

#### 4.3.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Med en stärkt yrkesroll följer förutsättningar för ett ökat handlingsutrymme och ett ökat ansvar vilket gör att regelverket blir viktigt för Äldreassistenten. Det är därför centralt att Äldreassistenten har kunskaper om det regelverk som direkt styr hur hon eller han ska utöva sitt yrke och agera i sin yrkesutövning. Kunskap om relevanta lagar m.m. bidrar även till att Äldreassistenten kan se sitt arbete som en del i ett större sammanhang som bl.a. handlar om att utveckla kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre.

Mot denna bakgrund föreslår vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om relevanta lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som styr verksamheten. Äldreassistenten ska också ha förmåga att utföra sitt arbete så att den äldres säkerhet och god kvalitet tillgodoses i enlighet med gällande lagar och regler. Det regelverk som avses är bl.a. SoL, HSL, LYHS, sekretesslagen, smittskyddslagen, livsmedelslagen, patientdatalagen och arbetsmiljölagen samt vissa av Socialstyrelsens och andra myndigheters föreskrifter. Äldreassistenten behöver för det första ha allmän kunskap om lagarnas olika karaktär och vad detta innebär för verksamheten. I detta sammanhang bör Äldreassistenten också förvärva övergripande kunskap om roller och ansvarsfördelning avseende socialtjänsten och särskilt omsorg och vård för äldre samt hälso- och sjukvården. För det andra behöver Äldreassistenten ha kunskap om den praktiska till-

lämpningen, t.ex. att värdegrund och förhållningssätt är relevant för vad som dokumenteras eller att sekretesslagen är av relevans för vad som får kommuniceras med andra, både kollegor och närstående. För det tredje bör arbetsmiljölagen särskilt belysas. Arbetsgivaren har ansvar för att arbetsmiljölagen följs, men Äldreassistenten ska ha kunskap om det regelverk som allmänt gäller för arbetsmiljön inom omsorg och vård för äldre, för att veta vilka krav man har rätt att ställa som anställd och för att kunna medverka till att förebygga risker för olycksfall, skador och sjukdomar.

Det kan förväntas att arbetet inom omsorg och vård för äldre som i dag mest styrs av SoL i framtiden i ökad utsträckning kommer att omfattas av HSL då allt fler behöver vård i hemmet. Fler kommuner kommer troligen ta över hemsjukvården. Äldreassistenten måste därför, förutom kunskap om nämnda lagar, även ha kunskap om förutsättningarna för delegering och vilket ansvar som följer av detta. Äldreassistenten måste också ha mer allmän kunskap om hur SoL och HSL förhåller sig till varandra, likheter och skillnader samt de gränsdragningsproblem som finns.

Äldreassistenten ska i framtiden bättre kunna bidra till en kvalitetsutveckling inom omsorg och vård för äldre. Det är därför väsentligt att Äldreassistenten får kunskap om varför kvalitetsutveckling lyfts fram de senaste åren samt det regelverk som finns kring kvalitet och kvalitetssäkring. I detta sammanhang ska också ingå kunskap om vad som avses med evidensbaserad praktik och att förstå sin roll i att kunna bidra till en sådan praktik. Äldreassistenten ska ha kunskap om regelverket kring dokumentation och förmåga att systematiskt dokumentera genomförandet av insatserna. Vidare ska Äldreassistenten särskilt ha kunskap om innebörden av Lex Sarah och Lex Maria och deras inbördes relation samt ha förmåga att tillämpa dem i sitt arbete.

Sammanfattningsvis, föreslår vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd som styr omsorg och vård för äldre. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra sitt arbete så att den äldres säkerhet och god kvalitet tillgodoses i enlighet med gällande lagar och regler.

### 4.3.2 Bakgrund

#### *Gällande regelverk*

Det finns vissa generella utgångspunkter för all offentligt finansierad verksamhet i Sverige. I första kapitlet av regeringsformen slås fast att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Här anges också att det allmänna särskilt ska trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö. Vidare framgår att etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjlighet att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv bör främjas. Där tydliggörs också att det allmänna ska motverka diskriminering bl.a. på grund av ålder. Sverige har, som tidigare nämnts under yrkeskravet Värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga, tillträtt en rad konventioner som betonar alla människors lika värde och rättigheter. De mänskliga rättigheterna reglerar förhållandet mellan statsmakten och enskilda människor. De utgör en begränsning av statens makt över individen och slår samtidigt fast vissa skyldigheter för staten gentemot individen.

Kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre styrs av ett omfattande regelverk i form av lagar, förordningar och föreskrifter. De övergripande lagarna är SoL och HSL. SoL brukar beskrivas som en ramlag med vissa rättighetsinslag. Vid sidan av rätten till försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd) kan enskilda personer beviljas bistånd i form av stöd och hjälp, t.ex. genom hemtjänst och boende. En förutsättning är att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Det anges inte särskilt i lagen hur ett behov bör tillgodoses. Lagstiftaren har för att skapa flexibilitet lämnat frågan öppen för kommunen och den enskilde att komma överens om. Det som ger lagen en karaktär av rättighetslag är möjligheten för den enskilde att överklaga biståndsbeslut till förvaltningsdomstol. I HSL anges bl.a. olika krav som hälso- och sjukvårdens huvudmän (landstingen och kommunerna) är skyldiga att uppfylla. Det handlar i huvudsak om vilken hälso- och sjukvård som ska bedrivas. HSL har inget inslag av rättigheter.

Till dessa båda övergripande lagstiftningar finns olika regelverk vars syfte är att mer i detalj styra verksamheterna. I t.ex. LYHS finns ytterligare regler om hälso- och sjukvård och i första hand om hälso- och sjukvårdspersonal. Det handlar bl.a. om olika behörig-

hetsfrågor inom hälso- och sjukvården och tillsyn av denna, både på verksamhets- och individnivå.

Utöver dessa lagar styrs också arbetet av andra lagar som personalen måste förhålla sig till, t.ex. sekretesslagen, smittskyddslagen, livsmedelslagen, patientdatalagen och arbetsmiljölagen.

#### *Om vikten av kompetens avseende regelverket*

I de tre olika dokumenten om kompetens som Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt Kravmärkt Yrkesroll tagit fram framhålls behovet av att personalen inom omsorg och vård för äldre har kunskap om de lagar som styr verksamheten. Socialstyrelsen talar om att vara orienterad om lagstiftarens intentioner. Alla tar upp förmåga att dokumentera enligt gällande författningar, t.ex. planerade och utförda insatser, brukarens hälsoläge samt att kritiskt granska och utveckla egen dokumentation. Vikten av kunskap om lagar och regler har även framhållits vid de samtal som förts med chefer och personal inom omsorg och vård för äldre. Cheferna inom offentligt bedriven omsorg och vård har också påtalat att det ofta finns en omedvetenhet bland omsorgspersonalen om vilken typ av organisation man arbetar inom, t.ex. att den ytterst är politiskt styrd.

Vi har i det följande valt att lyfta fram två områden avseende regelverket som det i dag finns kompetensbrister inom och som vi bedömer kommer att bli ännu viktigare i framtiden att omsorgspersonalen har kunskap om och förmåga att applicera i det dagliga arbetet. Det handlar om att verka inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården samt om kvalitets- och kunskapsutveckling.

#### *Att verka inom två lagområden*

Den som arbetar inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre utför ofta både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Av framförallt patientsäkerhetsskäl är skyldigheter och ansvarsförhållanden mer omfattande och specificerade för hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är därför centralt för omsorgspersonalen att ha kunskap om hur lagarna förhåller sig till varandra, likheter och skillnader samt de gränsdragningsproblem som finns.

Det är inte alltid uppenbart att omsorgspersonal som utför sjukvårdande uppgifter i det enskilda fallet är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Vilka som är hälso- och sjukvårdspersonal styrs av 1 kap. 4 § LYHS. Inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre handlar det i praktiken om omsorgspersonal som biträder legitimerad personal (punkten 3)<sup>34</sup>. Det är i stora delar oklart vad som avses med att biträda. I de ursprungliga förarbetena beskrivs detta som en individuellt anpassad åtgärd som görs på anvisning. Detta utvecklas i praxis, bl.a. genom att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) driver disciplinärenden. Att utföra en arbetsuppgift på delegation i den äldres ordinära boende eller i ett särskilt boende anses vara att biträda. En delegation ska vara personlig och skriftlig och den som ger en delegation är ansvarig för att den som mottar delegationen har kompetens för uppgiften. Den som mottar en delegation blir också ansvarig enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningarna. Den som däremot ger den äldre läkemedel, t.ex. en värktablett, på den äldres begäran har dock troligen inte biträtt i lagens mening. Likaså om en uppgift utförs enligt generella lokala föreskrifter är det inte alls säkert att detta medför att personalen definieras som hälso- och sjukvårdspersonal. Det betyder att det finns en osäkerhet om omsorgspersonalen i dessa fall omfattas av det ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal har.

En annan otydlighet är att det inte alltid går att avgöra om en enskild insats är en socialtjänstinsats eller en hälso- och sjukvårdsinsats. Här kan personalen dessutom ha olika uppfattningar i frågan.<sup>35</sup> Socialstyrelsen har skrivit om problemet och anger att

I varje enskilt fall och beträffande varje enskild insats får man ta ställning till om den är att hänföra till det ena eller andra vårdområdet vid den tidpunkt då insatsen ges. En insats kan ju uppenbarligen ändra karaktär beroende på om medicinska kunskaper är nödvändiga eller inte.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Jfr Prop. 1997/98:109, Prop. 1993/94:149 och Prop. 1978/79:220.

<sup>35</sup> *Investerar nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*. Socialstyrelsen, 2004.

<sup>36</sup> *Lagstiftning inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftning*. Socialstyrelsen, 2006.

*Förbättrad kvalitet och kunskap*

Vikten av kvalitetsutveckling inom omsorg och vård för äldre har betonats det senaste årtiondet. I SoL anges att insatserna ska vara av god kvalitet (3 kap. 3 §) och i HSL finns krav på god vård (1 kap. 2 e §). I motiven till införandet av en ”kvalitetssäkringsparagraf” i SoL anges att socialtjänstens insatser för äldre och funktionshindrade är särskilt angelägna för att äldre människor ska kunna känna trygghet även när deras egna krafter sviktar<sup>37</sup>. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.<sup>38</sup>

Utöver de generella riktlinjerna för kvalitetsutveckling har omsorgspersonalen två konkreta verktyg som ska användas för att bl.a. säkerställa kvalitet och rättssäkerhet samt bidra till att utveckla kvaliteten i verksamheten. Den första är anmälningssplikten och den andra är skyldigheten att dokumentera insatserna för den äldre.

När det gäller anmälningssplikten, finns en sådan reglerad både i SoL och i HSL. I SoL finns den s.k. Lex Sarah bestämmelsen (14 kap. 2 § SoL). Enligt denna ska allvarliga missförhållanden i verksamheten anmälas. Innebörden är att omsorgspersonalen har ett personligt ansvar. I juli 2008 trädde nya föreskrifter och allmänna råd i kraft om Lex Sarah. I dessa lyfts även uppgiften fram att vaka över att enskilda får god omvårdnad, gott stöd och god service samt lever under trygga förhållanden.<sup>39</sup> En motsvarande bestämmelse som Lex Sarah finns i LYHS (2 kap. 7 §), den s.k. Lex Maria. I Länsstyrelsernas tillsynsrapporter har det framkommit brister avseende kunskapen om Lex Sarah. Personalen känner ibland inte till Lex Sarah men framförallt är de okunniga om dess innebörd och vad som ska anmälas. De är också okunniga om lokala rutiner för anmälan.<sup>40</sup> Det finns därutöver svårigheter med att särskilja hanteringen av Lex Maria och Lex Sarah.<sup>41</sup> Tanken med

---

<sup>37</sup> Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.

<sup>38</sup> SOSFS 2006:11 (S). Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt Äldrepolitik för framtiden.

<sup>39</sup> SOSFS 2008:10 (S). Tillämpningen av 14 kap. 2 § SoL.

<sup>40</sup> Se t.ex. *Årsrapport Socialtjänsten 2005*. Länsstyrelsens i Västernorrlands län, 2006:6; *Kännedom men ganska liten kunskap om lex Sarah*. Länsstyrelsen i Värmlands län, 2006:10; *Årsrapport 2005, Socialtjänsten i Östergötland*. Länsstyrelsen i Östergötlands län, 2006:8; *Lex Sarah i Kalmar län*. Länsstyrelsen i Kalmar län, 2007:17.

<sup>41</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen, 2008.

de nya föreskrifterna avseende Lex Sarah är bl.a. att göra Lex Sarah-bestämmelsen mer tydlig än tidigare.<sup>42</sup>

När det gäller dokumentation har omsorgspersonalen en sådan skyldighet enligt bestämmelser i 11 kap. SoL. Det står bl.a. att genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska t.ex. visa de åtgärder som vidtas i ärendet samt omständigheter och händelser av betydelse. Enligt Länsstyrelsernas tillsynsrapporter är dokumentation om genomförandet av beslutade insatser ofta otillräcklig och ofullständig. De anför att bristande dokumentation riskerar att försämra såväl kvaliteten som rättssäkerheten.<sup>43</sup> I en tillsynsrapport av enskild verksamhet från Stockholm sägs att

Överlag är kompetensen bristfällig inom det regelverk som styr socialtjänsten. Det medför bl.a. att dokumentationen har stora brister. Oftast saknas uppgifter om den enskildes omsorgsbehov och vilka önskemål den enskilde själv har. På vilket sätt den enskilde har haft inflytande eller varit delaktig i sin planering framgår inte heller. Det saknas uppgifter om vad som ska göras, vem som ska göra vad och när och hur.<sup>44</sup>

Nära sammanhängande med kvalitetsutveckling är framtagandet av en mer kunskapsbaserad omsorg och vård för äldre. Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten<sup>45</sup> anger följande:

Det är mycket angeläget att förutsättningarna för att utveckla socialtjänstens kunskapsbas förbättras. Enligt vår bedömning behövs mer forskning om det sociala arbetets resultat och effekter. Likaså behövs bättre förutsättningar att dokumentera och systematisera de professionella erfarenheter som görs i det sociala arbetet och att skapa bättre förutsättningar för uppföljning av, och jämförelser mellan, olika verksamheter. En förstärkt kunskapsanvändning förutsätter med andra ord såväl tillgång till relevanta kunskaper, som en förmåga att använda dessa. I praktiken är dessa två aspekter av kunskapsanvändningen tätt sammanvävda, och det är t.ex. en självklar uppgift för grundutbildningen att förmedla de sakkunskaper som är nödvändiga, men också; att förmedla färdigheter när det gäller att tillämpa dessa kunskaper//Avslutningsvis är det också viktigt att se till i vilken mån de

<sup>42</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>43</sup> Se t.ex. *Årsrapport 2005, Socialtjänsten i Östergötland*. Länsstyrelsen i Östergötlands län, 2006:8; *Årsrapport Socialtjänsten 2005*. Länsstyrelsens i Västernorrlands län, 2006:6; *Tillsyn av äldreomsorg inom Göteborgs Stad - Lundby*. Länsstyrelsen i Västra Götalands län, 2008:25; *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2006*. Socialstyrelsen, 2007; *Tillsyn av enskilda verksamheter*. Länsstyrelsen i Stockholms län, faktablad 2008:03.

<sup>44</sup> *Tillsyn av enskilda verksamheter 2007*. Länsstyrelsen i Stockholms län, faktablad 2008:03.

<sup>45</sup> *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna*. SOU 2008:18.



anställda har den kompetens som är nödvändig för att de själva ska kunna bidra till en aktiv *kunskapsutveckling*.

För att få till stånd en mer evidensbaserad praktik lyfter utredningen fram vikten av att personalen har kunskap och förmåga att tillämpa sådan kunskap. Men den tar också upp vikten av att personalen har kompetens att själva kunna bidra till kunskapsutveckling där det bl.a. måste ges bättre förutsättningar för att dels dokumentera och systematisera yrkeserfarenheterna, dels följa upp insatserna.

#### 4.4 Det friska (normala) åldrandet

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om hur åldrande påverkar människan socialt, psykiskt och fysiskt. Äldreassistenten ska ha förmåga att med en positiv syn på ålder och åldrande se det friska hos den äldre.

##### 4.4.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Grundläggande kunskaper om hur åldrande påverkar människan socialt, psykiskt och fysiskt är en av förutsättningarna för att Äldreassistenten ska kunna bidra till och stödja en aktiv ålderdom. Äldreassistentens kunskap och egna föreställningar om hälsa och det friska (normala) åldrandet kommer att påverka den omsorg och det stöd som hon eller han bidrar med. Med en positiv syn på ålder och åldrande och om en äldre person uppfattas som klok, vis och livserfaren ökar förutsättningarna för att Äldreassistenten bidrar till att den äldre får möjlighet att bibehålla ett aktivt, stimulerande liv med god livskvalitet även långt upp i hög ålder.

Ibland förekommer negativa föreställningar om äldre vilket riskerar att osynliggöra behov av stimulans, aktivitet och socialt umgänge. Detta kan bidra till en försämrad hälsa som på sikt leder till onödigt stort omsorgs- och vårdbehov. Kunskap om det friska åldrandet bidrar till att ändra negativa attityder till åldrande och äldre personer och därmed skapa förutsättningar för att omsorg och vård för äldre kan bedrivas utifrån den äldres verkliga behov och inte utifrån stereotypa föreställningar om hur äldre "ska vara".

De allmänna attityderna i samhället utgör ofta hinder för ett bra åldrande. Om äldre ses som inkompetenta och hjälplösa är risken att överbeskyddas stor och den äldre får då inte delta i och göra sådant som yngre personer gör. Bristande kunskaper och oriktiga föreställningar om åldrandet kan bidra till att vanliga åldersförändringar betraktas som sjukdom, men kan också bidra till att tillstånd som går att behandla eller lindra felaktigt bedöms vara "normala". Risken med detta är att den äldre inte får den omsorg och vård som hon eller han behöver. Kunskap om det friska (normala) åldrandet är därför nödvändigt.

Många av de äldre som Äldreassistenten kommer i kontakt med befinner sig i den s.k. fjärde åldern där behovet av omsorg och vård är omfattande och där individen är beroende av andra för att klara av det dagliga livet. En förändring av fysiska eller psykiska funktioner kan ske snabbt eller utvecklas långsamt över tid. Förmågan att uppmärksamma en sådan förändring förutsätter kunskaper om människokroppen och dess funktioner samt om hur åldrandet påverkar människan socialt och psykiskt. Kunskap om det friska (normala) åldrandet är också en nödvändig utgångspunkt för att kunna uppnå andra yrkeskrav såsom Funktionsbevarande omsorg, Emotionell och social omsorg och Åldrandets sjukdomar.

Sammanfattningsvis ska Äldreassistenten ha kunskap om hur åldrande påverkar människan socialt, psykiskt och fysiskt. Äldreassistenten ska ha förmåga att med en positiv syn på ålder och åldrande se det friska hos den äldre.

#### 4.4.2 Bakgrund

*Vad innebär åldrande?*

Åldrandet är en långsam process utan bestämda gränser och med variation mellan olika människor. En vanlig indelning av ålder är att skilja mellan kronologiskt, biologiskt, psykologiskt och socialt åldrande. Det vanligaste sättet att ange ålder är den *kronologiska åldern* dvs. avståndet från födelsen, men den säger inget om funktionsförmågan. *Biologisk ålder* berättar hur prestationsförmågan eller funktionsförmågan i olika avseenden står i relation till livslängden. Funktionen i kroppens olika organ är ett mått på den biologiska åldern. *Psykologisk ålder* anger en persons förmåga att anpassa sig till sin omgivning och förändringar i denna. Viktiga komponenter

är intelligens, minne, inlärningsförmåga och personlighet. *Social ålder* beskriver funktionen inom sociala system exempelvis skolbarn, vuxen eller pensionär. Den sociala åldern anger hur våra roller och positioner förändras under årens lopp.<sup>46</sup>

De mest kända definitionerna av normala biologiska förändringar ställdes i början av 1980-talet. För att räknas som åldrande hos människor eller andra organismer måste förändringarna uppfylla följande krav: de måste vara skadliga och progressiva, de måste vara inre och kan inte bero på olika yttre miljöfaktorer och de ska vara universella; dvs. alla individer i en art får en liknande gradvis försämring med ökande ålder.<sup>47</sup>

Åldrande är normalt och ingen sjukdom, men det kan vara svårt att skilja mellan normalt åldrande och sjukdom. Biologiskt åldrande innebär en nedgång av funktion och kapacitet i celler, vävnader, organ och organsystem hos individen. Under en stor del av livet kan denna nedgång kompenseras genom att kroppen har stor reservkapacitet. Enligt många äldreforskare är biologiskt åldrande detsamma som försämrad reservkapacitet. Homeostas, jämvikt, innebär att kroppens olika system hålls i balans inom vissa bestämda gränser. Det gäller t.ex. kroppstemperatur och olika kemiska värden. När reservkapaciteten minskar blir det svårare att bibehålla jämvikten och olika påfrestningar får då större effekter. En lättare influensa, kyla eller stark värme innebär ökad risk för den äldre. Exempel på biologiska åldersförändringar är att den fysiska prestationsförmågan minskar, nedbrytningen av föda och upptag av näring går långsammare, njurarnas renande förmåga minskar, immunförsvaret förändras, lungfunktionen blir mindre effektiv och syn och hörsel försämras.<sup>48</sup> Även munnens vävnader och tänderna får olika normala åldersförändringar. Tänderna nöts av normalt slitage, munslemhinnan blir tunnare och salivavsöndringen minskar.<sup>49</sup>

Det psykologiska åldrandet påverkas både av grundläggande biologiska förändringar och av den omgivande miljön. De normala förändringar som med stigande ålder sker i hjärnan och nervsystemet har relativt liten betydelse för olika psykiska funktioner. Den psykiska snabbheten försämras med stigande ålder och reaktionsti-

---

<sup>46</sup> Dehlin, O., m.fl., *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur och kultur, 2000.

<sup>47</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*, Malmö: Liber, 2007.

<sup>48</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

<sup>49</sup> Nordenram, G. & Nordström, G., *Åldretandvård*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB, 2000.

den blir längre. En vanlig föreställning är att åldrande innebär en nedgång av intelligensen. Detta har inte kunnat bekräftas i undersökningar. Faktorer som utbildning, arbete och tidigare och nuvarande intressen och aktiviteter har däremot stor betydelse för möjligheterna att behålla och utveckla den intellektuella förmågan.<sup>50</sup>

Det sociala åldrandet påverkas till del av den kronologiska åldern. Att exempelvis gå i pension innebär en förändring av det sociala innehållet. Traditionellt brukar man räkna med att ålderdomen börjar någonstans i slutet av 60-årsåldern. Om man räknar på detta sätt utgör ålderdomen nästan en tredjedel av livet. En indelning som blivit vanligare på senare tid är yngre äldre respektive äldre äldre. Som äldre äldre räknas då personer från 80 års ålder. Det är först då som man i någon större utsträckning kan se åldersförändringar.<sup>51</sup>

Ett annat sätt är att beskriva förändringar med utgångspunkt i funktionsförmågan. *Den första åldern*, är då uppväxten som präglas av beroende av andra, skola och utbildning och att bli vuxen. *Den andra åldern* präglas av arbetsliv, oberoende, socialt och familjemässigt ansvar. Därefter kommer *den tredje åldern* som är den del av pensionärstillvaron som präglas av en arbetsfri period utan nämnvärda begränsningar av aktiviteter på grund av ohälsa och funktionsnedsättning. *Den fjärde åldern* är den period då sjukdomar och funktionsnedsättningar sätter gränser för vad man kan göra och orka med. Man blir återigen beroende av andra.<sup>52</sup>

#### *Varför behövs kunskap om det friska (normala) åldrandet?*

En av de viktigaste faktorerna för äldres möjligheter till utveckling och framgångsrikt åldrande är samhällets och människors attityder till åldrande och äldre. En attityd brukar definieras som en stadigvarande beredskap att tänka, känna och handla på ett visst sätt inför en viss företeelse. Det är vanligt att den som exempelvis tycker att äldre är intressanta och har värdefulla livserfarenheter också gärna träffar äldre personer.<sup>53</sup>

De allmänna attityderna i samhället utgör ofta hinder för ett bra åldrande. En föreställning om äldre personer som sjuka, svaga, inkompetenta och tämligen hjälplösa kan yttra sig i överbeskydd så

<sup>50</sup> *Äldrepolitik i framtiden*. SOU 2003:91.

<sup>51</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

<sup>52</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens Folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>53</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

att den äldre inte får göra det som är vanligt att yngre personer gör. Det kan bli ett slags omyndighetsförklaring i stället för stöd till självständighet och oberoende.<sup>54</sup>

För att kunna ”frigöra och utveckla enskilda och grupper resurser” (1 kap. 1 § SoL) eller att ”ge företräde till den som har störst behov” (2 § HSL) krävs kunskaper om vilka resurser och behov som en människa har. En förutsättning för att göra en sådan bedömning är att ha kunskap och förstå vad som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet tillhör åldrandet. Vad som anses som friskt och normalt i olika frågor varierar beroende av personens ålder men också från tid till annan exempelvis på grund av nya vetenskapliga rön och förändringar och är också beroende av de attityder och värderingar som är generellt förhärskande i ett samhälle. Därutöver måste också hänsyn tas till den enskildes egna subjektiva bedömning av sin hälsa.

Det finns föreställningar i samhället om att det är naturligt att äldre är ledsna, nedstämda och trötta på livet. Synen på psykisk ohälsa har under olika tider bidragit till utanförskap. Även om det nu finns en ökad öppenhet och tolerans så kan den enskildes känsla av skam utgöra ett hinder för att berätta om sin åkomma och söka hjälp. Även vårdpersonal kan ha olika föreställningar både om psykisk ohälsa och åldrande, hur åldrandet ska gestalta sig eller hur en äldre person ”ska vara”. Sådana föreställningar kan utgöra hinder i kontakten mellan människor och bidra till att äldre inte alltid blir korrekt diagnostiserade eller får adekvat behandling.<sup>55</sup>

Risken för fysisk och psykisk sjukdom och handikapp ökar med stigande ålder, men det innebär inte att åldrande och sjukdom är liktydiga begrepp utan många bibehåller en god hälsa även högt upp i åren.<sup>56</sup> Förutom till ålder är ohälsa också kopplad till socioekonomiska faktorer. Ju högre inkomst och utbildning, desto större är sannolikheten för god hälsa, enligt en rapport från Folkhälsoinstitutet<sup>57</sup>.

I de dokument om kompetenskrav som gjorts av Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesroll framgår att en grundläggande förutsättning för vård- och omsorgsarbete är att ha kunskap om människans utveckling under hela livsperioden från

---

<sup>54</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

<sup>55</sup> *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>56</sup> *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>57</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens Folkhälsoinstitut, 2005.

födelse till död samt kunskap om människokroppens uppbyggnad och funktion. Socialstyrelsen beskriver förmågor och har inget specifikt yrkeskrav på kunskaper om det friska åldrandet, men anger att vård- och omsorgsassistenten ska ha förmåga att stödja brukarens hälsa och funktionsförmåga.

## 4.5 Åldrandets sjukdomar

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om vanligt förekommande sjukdomar och hälsoproblem hos äldre samt hur dessa påverkar behovet av omsorg och vård. Äldreassistenten ska ha förmåga att bedöma förändringar i den äldres psykiska och fysiska tillstånd.

### 4.5.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Med åldrandets sjukdomar avser vi somatiska och psykiska sjukdomar samt hälsoproblem som är vanligt förekommande bland äldre.

Allt fler äldre med alltmer komplexa sjukdomstillstånd och omsorgsbehov kommer i framtiden att vårdas i hemmet. Ett antal vanligt förekommande sjukdomstillstånd, funktionsnedsättningar och hälsoproblem hos äldre kräver särskilda kunskaper och förmågor hos omsorgspersonalen för att omsorgen och vården ska kunna utföras med hög kvalitet. Ett exempel kan vara en äldre person med demenssjukdom och där personligheten förändrats, vilket kräver särskilda kunskaper om bemötandets betydelse vid demenssjukdom. Ett annat exempel kan vara hur måltidssituation utformas om den äldre är halvsidigt förlamad efter en stroke och har svårigheter att svälja.

Många arbetsuppgifter som i dag utförs av omsorgspersonal kommer i framtiden att utföras av Äldreassistenten. Eftersom Äldreassistenten är den som dagligen eller flera gånger i veckan har kontakt med den äldre är det också hon eller han som snabbast har möjlighet att bedöma eventuella förändringar. En förändring i den äldres hälsotillstånd kan komma smygande och utvecklas långsamt över tid eller mer akut från det ena besöket till det andra. Äldreassistenten måste därför kunna uppmärksamma de förändringar som

uppstår och också kunna bedöma när och vad som behöver rapporteras vidare.

Äldreassistenten ska ha allmän kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre, deras orsak, hur de yttrar sig, vilka förändringar som kan väntas samt något om vanliga behandlingsmetoder. Omsorg och vård måste utformas med hänsyn till den äldres funktionsförmåga och sjukdomstillstånd, men också till dennes egna bedömningar och önskemål. Sjukdomar, värk och funktionsnedsättningar kan ge upphov till psykisk ohälsa i form av oro, ångest och sömnsvårigheter. Även den äldres närstående kan ha många frågor och vara oroliga. Grundläggande kunskaper om den äldres hälsoproblem och lämpliga åtgärder bidrar till att Äldreassistenten kan svara på frågor och därmed bistå med hjälp, stöd och tröst.

De krav på god omvårdnad som Svensk sjuksköterskeförening formulerat menar vi även gäller för den omsorg och vård om äldre som Äldreassistenten utför. Även omsorg bygger på kontakt mellan människor och det är därför viktigt att en god relation mellan den äldre och Äldreassistenten upprättas. I denna relation är den äldre beroende av Äldreassistenten och det är därför nödvändigt att arbeta för att bevara den äldres integritet, värdighet och autonomi även om behovet av omsorg och vård är omfattande och den äldre kanske lider av flera och svåra sjukdomar.

Vilka somatiska och psykiska sjukdomar samt hälsoproblem som är vanligt förekommande hos äldre kan ändras över tid. Aktuell forskning måste därför ligga till grund för det faktiska innehållet i yrkeskravet.

Sammanfattningsvis ska Äldreassistenten ha kunskap om vanligt förekommande sjukdomar och hälsoproblem hos äldre samt hur dessa påverkar behovet av omsorg och vård. Äldreassistenten ska ha förmåga att bedöma förändringar i den äldres psykiska och fysiska tillstånd och vid behov rapportera för åtgärd.

#### 4.5.2 Bakgrund

##### *Definition*

Med åldrandets sjukdomar avser vi somatiska och psykiska sjukdomar som är vanligt förekommande bland äldre. I dag är dessa hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, cancer, demenssjukdomar,

åldersdiabetes och högt blodtryck. Andra vanligt förekommande hälsoproblem är psykisk ohälsa, benskörhet, syn- och hörselproblem, bristande tandhälsa, urininkontinens, samt rörelsehinder och värk.<sup>58</sup> Hur omsorgen om den äldre ska utformas är exempelvis beroende av individens psykiska och somatiska tillstånd, sjukdomar och eventuella funktionsnedsättningar.

#### *Varför behövs kunskap om åldrandets sjukdomar?*

Enligt tidigare redovisade bedömningar kommer allt fler äldre och multisjuka med omfattande funktionsnedsättningar, olika sjukdomstillstånd och därmed komplexa omsorgsbehov att vårdas i hemmet fram till livets slut. Läkaren ställer vanligen diagnosen och avgör lämpliga behandlingar för olika sjukdomar och tillstånd. Sjukgymnast och arbetsterapeut har specifika kompetenser inom sina respektive områden. I det dagliga arbetet står sjuksköterskan för den medicinska kompetensen och har ansvaret för omvårdnaden, men det är omsorgspersonalen som oftast har kontakt med den äldre.

#### *Äldres hälsa*

Äldres subjektivt upplevda hälsa har de senaste åren successivt förbättrats. Hela 86 procent av alla över 75 år upplever sig ha god hälsa, trots att de kan ha en funktionsnedsättning eller en kronisk sjukdom, men det är relativt vanligt att äldre personer uppger sig ha någon långvarig sjukdom. Enligt Statistiska centralbyråns levnadsundersökningar uppger ca 70 procent i åldersgruppen 65 till 74 år och drygt 80 procent i gruppen 75 till 84 år att de har denna typ av problem. Den klart vanligaste sjukdomsgruppen bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar. Om man i stället för besvär ser till behov av vård på sjukhus så är sjukdomar i cirkulationsorganen och cancersjukdomar de vanligaste orsakerna.<sup>59</sup>

Flera faktorer påverkar den äldres hälsa. I en rapport från Folkhälsoinstitutet redovisas att kvinnor lever längre än män, ändå rapporterar fler kvinnor än män olika former av hälsoproblem. Dessutom har flera stora invandrargrupper betydligt högre risk för att

---

<sup>58</sup> *Hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>59</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.



insjukna i hjärtkärlsjukdomar och psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda. Det finns olika förklaringar till detta, varav en är olikheter i livsstil. Grupper med lägre socioekonomisk standard har högre andel rökare, färre som motionerar och större andel med övervikt.<sup>60</sup>

Olika smärttillstånd, nedsatt hjärt- eller lungfunktion, förlamningar och talsvårigheter är exempel på tillstånd som kräver särskilda hänsyn vid den kroppsnära omsorgen eller vid måltiden. Svårt sjuka och/eller sängliggande personer drabbas lätt av trycksår och bensår särskilt om de själva har svårigheter att röra sig. Kosten har stor betydelse för att förebygga att sår uppstår. Lägesändringar, rörelseträning samt en god hudvård är andra viktiga förebyggande insatser.<sup>61</sup>

Nedan redogörs för några i dag vanligt förekommande sjukdomar och andra hälsoproblem som vart och ett innebär att omsorgen och vården behöver anpassas till den äldres unika svårigheter, symtom och särskilda behov.

### *Demenssjukdomar*

Demenssjukdom kan beskrivas som ett syndrom som karaktäriseras av förlust av intellektuella och emotionella förmågor av en sådan svårighetsgrad att den dagliga funktionen och livskvaliteten påverkas. Demenssjukdom är en progressiv sjukdom som leder till gradvis försämring av kognitiv och fysisk funktionsförmåga och en för tidig död.<sup>62</sup>

Det är mycket ovanligt att demenssjukdomar förekommer före 60 års ålder, men med tilltagande ålder ökar risken för att drabbas av demenssjukdom. Endast 1 procent av personer i 65-årsåldern har en demenssjukdom, bland 80-åringar är det drygt 10 procent som är drabbade och i 90-årsåldern har över hälften en sådan sjukdom. Alla demenssjukdomar leder till att minnet blir sämre, men en rad andra symtom kan ingå: sämre tankeförmåga, sämre kommunikationsförmåga, svårigheter att orientera sig samt minskad praktisk förmåga. Ibland leder demenssjukdomen till personlighetsförändringar.<sup>63</sup> Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen

<sup>60</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens Folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>61</sup> Dulong, J. & Poulsen, C. *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.

<sup>62</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>63</sup> *Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi i dag?* Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, 2006.

och beräknas utgöra 50–60 procent av alla sjukdomsfall. Vaskulär demens utgör 20–25 procent av demensfallen och i övriga fall är demens ett av symtomen vid neurologiska sjukdomar som hjärntumör eller Parkinsons sjukdom.<sup>64</sup>

Modern forskning och praxisnära erfarenheter visar att kognitiv stimulerande terapi bidrar till höjd livskvalitet och att dagliga aktiviteter med personligt anpassat stöd vid morgonrutinen bidrar till att den demenssjuke blir mer aktiv. Insatser med fokus på självkänsla och självuppfattning samt ett gott bemötande och ett stort mått av tålmod och förståelse för sjukdomen är av yttersta vikt för personer med demenssjukdom. Samtal om gamla välkända företeelser och föremål från barndomstiden kan bidra till livslust och glädje.<sup>65</sup>

### *Psykisk ohälsa*

Det är relativt vanligt att äldre upplever besvär i form av ängslan, oro och ångest och besvären ökar med stigande ålder. En hel del drabbas av sömnstörningar som ibland beror på värk och smärtor. Även bland äldre personer finns missbruksproblematik.<sup>66</sup>

Som tidigare redovisats konstaterar Socialstyrelsen i en rapport att det finns en föreställning i samhället om att åldrandet är en period av livet där ledsnad och livströtthet är en naturlig del. Ett sådant synsätt kan bidra till att äldre inte alltid blir korrekt diagnostiserade eller får adekvat behandling. Så kan sömnlöshet, minskad matlust och allmän nedstämdhet vara tecken på depression och inte alls vara del av ett naturligt åldrande.<sup>67</sup>

Depression är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa bland äldre personer. Cirka 10–15 procent av de äldre har depressiva symtom och 5 procent lider av mycket svår depression. Somatiska sjukdomar, demens, stressande livshändelser som en nära anhörigs dödsfall är samtliga riskfaktorer för depression. Andra riskfaktorer är ett svagt socialt nätverk och sömnstörningar.<sup>68</sup> Förekomsten av självmord bland äldre är relativt hög, framför allt bland män över 65 år vilka har den högsta självmordsfrekvensen per 100 000 invå-

<sup>64</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>65</sup> *Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi i dag?* Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, 2006.

<sup>66</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

<sup>67</sup> *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser*. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>68</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

nare. Det finns undersökningar som visar att åtta av tio äldre var deprimerade innan självmordet begicks. De metoder som finns för att förebygga självmord är verksamma oavsett ålder men det behövs medvetenhet, kompetens och mod hos personalen som möter äldre att samtala om dödstankar och livsleda.<sup>69</sup>

En del äldre har under längre eller kortare tid vårdats för olika typer av psykiska sjukdomar. Dessa personer kan ibland, även vid hög ålder, bo i ordinärt boende. Ett avvikande beteende kan av oerfaren personal uppfattas som hotfullt eller skrämmande och ett felaktigt bemötande kan utlösa konflikter och aggressioner. Detta kan även gälla äldre personer med missbruksproblematik.<sup>70</sup> En stor andel av de personer som har haft en långvarig psykisk sjukdom har ett större behov än andra av en tillgänglig vård och omsorg på grund av att man inte sällan levt utan partner eller andra närstående. Detta är särskilt viktigt att beakta mot bakgrund av att en allt större andel av vårdinsatserna till äldre utförs av närstående.<sup>71</sup>

### *Somatiska sjukdomar*

Den vanligaste sjukdomsgruppen bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar och närmare hälften av alla ålderspensionärer har någon form av hjärtkärlsjukdom, t.ex. hjärtsvikt.<sup>72</sup> Hjärtats pumpförmåga är då nedsatt och individen blir trött och andfådd redan vid en mindre ansträngning.<sup>73</sup>

Stroke är en av de stora folksjukdomarna och är en samlingsbeteckning för hjärninfarkt (blodpropp i hjärnan) och hjärnblödning. Stroke kan leda till fysiska funktionsnedsättningar som förlamning, men kan också drabba språk och tal samt ge svårigheter att äta och dricka. Den som drabbats av stroke kan också ha osynliga funktionsnedsättningar som minnesproblem och koncentrationssvårigheter.<sup>74</sup>

Cancer är ett sammanfattande namn på många olika sjukdomar av olika karaktär, men som oftare drabbar äldre än yngre personer. Två tredjedelar av dem som drabbas är över 65 år. Eftersom det

---

<sup>69</sup> *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser.* Socialstyrelsen, 2008.

<sup>70</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle.* Malmö: Liber, 2000.

<sup>71</sup> *Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser.* Socialstyrelsen, 2008.

<sup>72</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar.* Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>73</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle.* Malmö: Liber, 2000.

<sup>74</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar.* Statens folkhälsoinstitut, 2005.

finns en stor variation av cancerformer finns det också många riskfaktorer. Den största enskilda riskfaktorn är rökning.<sup>75</sup> De vanligast förekommande cancerformerna bland äldre är prostatacancer för män och bröstcancer för kvinnor. Utsikterna att överleva cancer har ökat bl.a. på grund av förbättrad diagnostik.<sup>76</sup>

Åldersdiabetes är en av de snabbast ökande sjukdomarna, vilket har samband med att allt fler är överviktiga. Det beräknas att omkring 20 procent av alla personer över 80 år är drabbade av sjukdomen. Personer med diabetessjukdom löper större risk att drabbas av hjärtkärlsjukdomar och skador på olika organ som ögon, njurar och sår på fötterna.<sup>77</sup>

Högt blodtryck är vanligt bland äldre och mer än var fjärde person över 80 år har ett blodtryck som indikerar att blodtrycks-sänkande behandling behövs. Blodtryckssänkande behandling minskar risken för att insjukna i stroke och hjärtsvikt.<sup>78</sup>

### *Andra hälsoproblem bland äldre*

Benskörhet ger inga symtom men innebär ökad risk för kot- och revbensfrakturer. Personer som lider av benskörhet har en förhöjd risk att drabbas av handleds- eller höftfrakturer vid fall. Hörselnedsättning är en vanlig funktionsnedsättning och som drabbar många äldre. Mer än två tredjedelar av i övrigt friska 90-åringar är drabbade och av de hörselskadade är mer än 80 procent över 60 år. Hörselnedsättningen innebär ett stort kommunikationsproblem om den inte korrigeras med hörhjälpmedel. Även synen försämras med ökande ålder. Grå starr är den vanligast förekommande orsaken till synnedsättning. Äldre personer har ett väsentligt sämre seende vid svag belysning och behöver kontrast för att skilja mellan objekt och bakgrund. Urininkontinens förekommer i alla åldrar, men är klart vanligare bland äldre och kan ge bristande självförtroende och skamkänsla hos den drabbade. Andelen personer med rörelsehinder ökar starkt med stigande ålder. Drygt hälften av alla över 80 år kan inte springa en kortare sträcka, stiga upp på en buss eller ta en kortare promenad. Även förekomsten av kronisk värk ökar med stigande ålder. Det beror framförallt på att frekvensen av olika

---

<sup>75</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>76</sup> *Cancerfondens rapport*. Cancerfonden, 2008.

<sup>77</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

<sup>78</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Statens folkhälsoinstitut, 2005.

långvariga sjukdomar som artros och artrit, hjärt- kärlsjukdomar, cancersjukdomar m.fl. ökar med ålder.<sup>79</sup>

### *Individanpassad omsorg och vård*

Den omsorg och vård som omsorgspersonalen ger måste vara anpassad till den äldres behov och förutsättningar. Det dagliga omvårdnadsarbetet leds av sjuksköterskan men utförs till stor del av omsorgspersonal. God omvårdnad innebär, enligt Svensk sjuksköterskeförening<sup>80</sup>, att vårdtagaren tillförsäkras en god och säker vård utifrån de behov och den aktuella situation som råder. Målet för omvårdnadsarbetet är att vårdtagaren ska uppnå och uppleva hälsa. Upplevelsen av hälsa kan påverkas av sjukdom, skada och lidande.

Omvårdnaden bygger på kontakt mellan människor. Det innebär att kärnan i arbetet handlar om att etablera en relation. Denna relation, mellan vårdtagaren och vårdaren, karaktäriseras av ett maktförhållande. Det är därför viktigt att arbeta för att bevara vårdtagarens integritet, värdighet och autonomi samt att sträva efter att individen och de närstående är delaktiga, känner trygghet och upplever sig respekterade.<sup>81</sup>

### *Andras bedömningar*

Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesroll anger i sina dokument om kompetensbehov att omvårdnadspersonal ska ha kunskap och förståelse för de vanligaste sjukdomstillstånden och funktionshindren. Kravmärkt Yrkesroll betonar särskilt olika typer av demenssjukdomar. Sveriges Kommuner och Landsting lyfter också fram psykisk ohälsa. Socialstyrelsen beskriver att omsorgspersonal ska ha förmåga att observera förändringar i brukaren/patientens tillstånd och tillsammans med andra yrkesgrupper bedöma behov och genomföra lämpliga åtgärder. Omsorgspersonal ska också ha förmåga att stödja brukarens/patientens hälsa och funktionsförmåga.

---

<sup>79</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*, 2005, Statens folkhälsoinstitut.

<sup>80</sup> *Strategi för att utveckla vården*, 2008. Svensk sjuksköterskeförening.

<sup>81</sup> *Strategi för att utveckla vården*, 2008. Svensk sjuksköterskeförening.

## 4.6 Funktionsbevarande omsorg

Vårt förslag till yrkeskrav: Äldreassistenten ska ha kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar äldres hälsa och välbefinnande samt vad som avses med rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja och motivera den äldre till egen fysisk aktivitet och ha förmåga att tillämpa ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt.

### 4.6.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

De positiva effekterna av fysisk aktivitet är allmänt kända. Det är heller aldrig för sent att börja för att förbättra sin hälsa. Många äldre personer kan med visst stöd bli mer fysiskt aktiva. Det kan t.ex. vara att promenera, bada eller dansa. Många gånger handlar det om att utifrån den enskilda individens intressen och förmåga möjliggöra och uppmuntra. För den som har mer begränsad rörlighet är alternativen dock mer begränsade. Då handlar det snarare om att aktivt stödja i vardagssituationer för att den äldre ska upprätthålla vissa funktionsförmågor. Oavsett vilket, ger en förlängd möjlighet för den äldre att klara sig själv och de vardagliga sysslorna bättre hälsa och högre livskvalitet liksom ökade möjligheter att bo kvar hemma längre.

Den Funktionsbevarande omsorgen omfattar såväl fysiska som emotionella och sociala förmågor. Vi har emellertid valt att dela upp den på två yrkeskrav, varav det andra är Emotionell och social omsorg. Vi vill med detta tydliggöra omsorgens olika delar och den bredd i kompetens den funktionsbevarande omsorgen omfattar. I verkligheten är de olika förmågorna dock tätt sammanvävda. Vår definition av funktionsbevarande omsorg är stöd och hjälp till den äldre som syftar till att förbättra hennes eller hans förmågor, i detta yrkeskrav med fokus på fysisk förmåga. Vidare avser vi stöd och hjälp till den äldre att upprätthålla och återställa hennes eller hans – här fysiska – förmågor att klara av vardagssituationer.

Vi ser att Äldreassistenten i framtiden har en viktig funktion att uppmuntra den äldre till olika fysiska aktiviteter och i vissa fall vara en förmedlande länk där bl.a. frivilligorganisationer med inriktning på motion, rekreation och friskvård kan spela en roll. Vi ser också att Äldreassistenten har en central roll för att i vardagssituationer

stödja den äldre att återfå och /eller upprätthålla sina funktionsförmågor. I framförallt återskapandet har arbetsterapeuter och sjukgymnaster en viktig uppgift att bl.a. handleda och kvalitets-säkra arbetet så att det är tryggt och säkert både för den äldre och Äldreassistenten. Ett nära samarbete är nödvändigt eftersom Äldreassistenten också genom sin kontinuerliga kontakt med den äldre har kunskap om den äldres funktionsförmåga. Äldreassistenten har också goda möjligheter att uppmärksamma behovet av förebyggande åtgärder när det gäller exempelvis fallolyckor, som ju oftast inträffar i bostaden.

Vi föreslår därför att Äldreassistenten ska ha kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar äldre personers hälsa och välbefinnande samt vad som avses med rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt. Med det senare avser vi att ta tillvara det friska hos den äldre, de egna resurserna, och låta den äldre utföra så mycket som möjligt själv eller med stöd av Äldreassistenten i syfte att bibehålla och förebygga minskad fysisk funktionsförmåga. Det handlar om att t.ex. låta den äldre själv klä på sig, lägga upp mat eller att tillsammans baka bröd. Äldreassistenten ska ha kunskap om äldres skörhet och känslighet för att förlora funktionsförmågor, vanligt förekommande funktionsnedsättningar hos äldre samt miljöns betydelse för aktivitetsutförande. Äldreassistenten ska också ha kunskap om hur hon eller han kan ta reda på den äldres intressen samt ha kunskap om metoder för att motivera till fysisk aktivitet.

Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja och motivera den äldre till egen fysisk aktivitet och förmåga att anpassa stödet till individen. Det kan innebära att stödja den äldres självförtroende och självkänsla liksom initiativförmåga och förutsätter viss pedagogisk förmåga. Äldreassistenten ska ha förmåga att tillämpa ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt. Här ingår också t.ex. förmåga att stödja förflyttning samt att använda och anpassa strategier för rörelsestimulering. Äldreassistenten ska också ha förmåga att uppmärksamma förändringar i den äldres funktionsförmåga och vid behov rapportera för åtgärd. Äldreassistenten ska ha förmåga att arbeta förebyggande genom att vara observant på risker i den äldres miljö. Det kan t.ex. gälla risken för fallolyckor. Äldreassistenten ska också ha förmåga att utföra rörelseprogram efter delegation eller instruktion från rehabiliteringspersonalen.

Äldreassistenten ska ha kunskap om och förmåga att använda de vanligaste hjälpmedlen som stärker rörelseförmågan hos äldre

med viss funktionsnedsättning liksom hjälpmedel som t.ex. kompenserar för syn- och hörselnedsättningar eller underlättar på- och avklädning. Vi anser inte att det i yrkeskravet ska ingå att ha detaljerad kunskap om olika tekniska hjälpmedel eftersom utvecklingen snabbt går framåt när det gäller hjälpmedel och det finns många olika produkter på marknaden.

Äldreassistenten ska ha ett professionellt förhållningssätt som stöttar det friska och bevarar den äldres integritet och självständighet.

Vi vill poängtera vikten av att Äldreassistenten förstår sin roll i relation till den ansvariga rehabiliteringspersonalen, dvs. sjukgymnaster och arbetsterapeuter, och att de olika yrkesgrupperna har förmåga att gemensamt agera utifrån en helhetssyn på den äldres behov av och önskemål om hälsofrämjande och förebyggande arbete samt rehabilitering.

Eftersom arbetet med att assistera den äldre i olika vardagliga situationer ofta innebär för personalen fysiskt påfrestande moment är det centralt att Äldreassistenten har kunskap om ergonomi och förmåga att arbeta ergonomiskt för att kunna ta ansvar för den egna hälsan.

Sammanfattningsvis föreslår vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om hur fysisk aktivitet påverkar äldres hälsa och välbefinnande samt vad som avses med rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja och motivera den äldre till egen fysisk aktivitet och ha förmåga att tillämpa ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt.

#### 4.6.2 Bakgrund

##### *Definition*

När det gäller funktionsbevarande omsorg finns ingen vedertagen definition. En människa har såväl fysiska som sociala och psykiska förmågor. Insatser för att stödja en individ att bibehålla eller återfå dessa förmågor brukar benämnas rehabilitering. Socialstyrelsens definition av rehabilitering<sup>82</sup> är

---

<sup>82</sup> Rehabilitering tas inte med här, dvs. insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. SOFS 2007:9.



insatser som skall bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.<sup>83</sup>

Ibland delas begreppet rehabilitering upp på insatser som utförs enligt HSL och insatser som utförs enligt SoL. Uppdelningen kan vara ett sätt att åskådliggöra den del av rehabiliteringen som omsorgspersonalen framförallt är berörda av. HSL-insatser är sådan rehabilitering som är avgränsad till individuella behandlingsinsatser för att stödja den äldre att återhämta sig efter t.ex. en medicinsk behandling. För sådana insatser, dvs. arbetsterapi eller sjukgymnastik, ansvarar arbetsterapeut eller sjukgymnast för bedömning och beslut.<sup>84</sup> Omsorgspersonalen kan på delegation t.ex. få utföra gångträning, kontrakturförebyggande åtgärder samt inställning av hjälpmedel.<sup>85</sup>

Rehabiliterande insatser som omfattas av SoL syftar till att upprätthålla och förbättra den äldres funktionsförmåga samt att verka för den enskildes psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Sådan rehabilitering brukar rehabiliteringspersonalen genomföra i samarbete med omsorgspersonalen. Denna form av rehabilitering är då, till skillnad mot den andra, kontinuerlig och inte begränsad i tid.<sup>86</sup> Andra benämningar för sådan rehabilitering är ett rehabiliterande arbetsätt, vardagsrehabilitering, aktiverande förhållningssätt, vardagsaktiviteter och funktionsbevarande arbetsätt. Det handlar här om ”att på ett målinriktat och pedagogiskt sätt ta tillvara på personens egna resurser och ge hjälp till självhjälp” samt om ”att väva in träning och aktivering i vardagen där de bästa träningsmöjligheterna finns.”<sup>87</sup> I Östersunds kommun där man har arbetat länge med detta anges att vardagsrehabilitering

---

<sup>83</sup> SOSFS 2007:9 (M och S) Socialstyrelsens föreskrifter om användning av begrepp och termer.

<sup>84</sup> Se t.ex. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001; *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*, Socialstyrelsen, 2001; *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Socialstyrelsen, 2007.

<sup>85</sup> *Patientsäkerhet och kvalitet i hemsjukvården*. Socialstyrelsen, 2005.

<sup>86</sup> Se t.ex. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001; *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*, Socialstyrelsen, 2001; *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Socialstyrelsen, 2007.

<sup>87</sup> *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001.

utförs av undersköterskor och vårdbiträden och innebär att de utför sitt arbete på ett sådant sätt att de inte tar över de förmågor som den boende har utan aktivt stödjer i vardagssituationer.<sup>88</sup>

Den funktionsbevarande omsorgen omfattar, enligt vår definition, bevarande av såväl fysiska som emotionella och sociala förmågor. Vi har emellertid valt att i detta yrkeskrav särskilt fokusera på de fysiska förmågorna. Emotionell och social omsorg behandlas i ett särskilt yrkeskrav eftersom vi vill tydliggöra den funktionsbevarande omsorgens olika delar och den bredd i kompetens omsorgen omfattar. I verkligheten är de olika förmågorna tätt sammanvävda. Vi vill också på ett annat sätt än vad som följer av rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt poängtera insatser som handlar om att uppmuntra den äldre att t.ex. komma iväg på friskvårdsaktiviteter (bad, dans, promenad el.dyl.). Detta eftersom Äldreassistenten enligt vår mening också har ett social-pedagogiskt arbete. Med det avses att ge stöd och hjälp till den äldre att utveckla sina resurser, att ge hjälp till självhjälp i syfte att öka den äldres oberoende och självständighet<sup>89</sup>. Vi ser således en vidare roll för Äldreassistenten än vad som följer av enbart rehabilitering. Vi har motsvarande resonemang när det gäller att uppmuntra till social och emotionell stimulans. Eftersom funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt är en väsentlig insats för de äldre och som i högsta grad involverar omsorgspersonalen har vi emellertid valt att här, förutom allmänna uppgifter om fysisk aktivitet, också redovisa den kunskap som finns om rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt och som är av relevans för oss. Mycket av detta handlar om att bevara och återställa just den fysiska förmågan.

Vår definition av funktionsbevarande omsorg blir utifrån ovanstående resonemang stöd och hjälp till den äldre som syftar till att förbättra hennes eller hans förmågor, i detta yrkeskrav med fokus på fysisk förmåga. Vidare avser vi stöd och hjälp till den äldre att upprätthålla och återställa hennes eller hans – här fysiska – förmågor att klara av vardagssituationer. Det övergripande målet är att den äldre ska få ökad livskvalitet och få bevara sin autonomi så länge som möjligt.

---

<sup>88</sup> [www.ostersund.se](http://www.ostersund.se)

<sup>89</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. Socialstyrelsen, 2006.

*Bättre hälsa och högre livskvalitet*

Det positiva sambandet mellan fysisk aktivitet bland äldre och ökad livslängd och livskvalitet är i dag väldokumenterat. Forskning visar att fysisk aktivitet påverkar äldres hälsa positivt, t.ex. ger det ökad styrka, syreupptagningsförmåga liksom rörlighet och balans. Ett internationellt projekt<sup>90</sup>, vars syfte varit att främja hälsan hos äldre (50+), rekommenderar att den fysiska aktiviteten bland äldre bör öka till den internationella rekommendationen om minst 30 minuters medelintensiv fysisk aktivitet under de flesta av veckans dagar, helst varje dag.<sup>91</sup> Fysisk aktivitet avser alla typer av kroppsövelser som ger ökad energiförbrukning, exempelvis hushållsarbete, trädgårdsarbete, promenader, friluftsliv, cykling och att gå i trappor.

Fallolyckor kan delvis motverkas genom fysisk aktivitet. Det är ett stort problem i dag och drabbar mer än 8 av 10 personer över 65 år. Enligt Räddningsverket söker varje år ca 84 000 äldre personer vård efter att ha fallit.<sup>92</sup>

Studier visar att personer som inte använder sina färdigheter till slut tappar förmågan att använda dem vilket i förlängningen innebär problem i utförandet av olika aktiviteter i det dagliga livet. Nedsatt förmåga att klara sina dagliga aktiviteter är också en riskfaktor för att utveckla depression och det försvårar även förloppet av en depression. Nedsatt ADL-förmåga innebär en ökad risk för institutionalisering och dödlighet.<sup>93</sup>

Ett antal projekt som genom rehabilitering, inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt, syftat till att stärka enskilda äldres möjligheter att bo kvar hemma indikerar både vinster för individen och för samhället. För de äldre har det bl.a. handlat om förbättrad funktion, motorik, balans och kondition liksom till viss del ett ökat oberoende, större självständighet och förbättrad livskvalitet. För hemtjänstpersonalen och rehabiliteringspersonalen har det gett resultat i form av bättre arbetsmiljö och därutöver kostnadsbesparingar i form av minskat behov av hemtjänst.<sup>94</sup>

---

<sup>90</sup> Statens Folkhälsoinstitut har med stöd från Europeiska Kommissionen och tillsammans med 11 olika parter inklusive Världshälsoorganisationen (WHO), European Older People's Platform (AGE) och EuroHealth Net arbetat med "the Healthy Ageing project" inom EU Public Health Programme.

<sup>91</sup> *Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing projektets huvudrapport.* Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:02.

<sup>92</sup> [www.raddningsverket.se](http://www.raddningsverket.se)

<sup>93</sup> *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö.* Socialstyrelsen, 2001.

<sup>94</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2006.* Socialstyrelsen, 2007.

*Om behovet av kompetens bland omsorgspersonalen*

När det gäller förutsättningarna för fysisk aktivitet i allmänhet är samhällsplaneringen central. Vikten av att det finns ett utbud för äldre som inkluderar olika intellektuella, sociala och fysiska aktiviteter har poängterats i olika sammanhang och bl.a. i propositionen *En förnyad folkhälsopolitik*<sup>95</sup>. Där lyfts också särskilt fram frivilligorganisationerna med inriktning på motion, rekreation och friskvård i gemenskap som en viktig aktör i denna utveckling.

Människor har olika erfarenheter av att vara fysiskt aktiva sedan tidigare i livet. Även individens, personalens och omgivningens attityder till åldrande kan påverka i vilken utsträckning möjligheter att vara fysiskt aktiv efterfrågas och erbjuds. Om synen på åldrandet är en period av sjuklighet och passivitet påverkar det agerandet. En erfarenhet från ett projekt för att förbättra äldres hälsa genom bl.a. fysiska och sociala aktiviteter var dels att det behövs aktiviteter som är anpassade till äldre människors behov, dels att de äldre ofta behöver en ”puff” för att börja delta i olika aktiviteter.<sup>96</sup>

Enligt Äldreberedningen Senior 2005 måste kompetensen öka bland personalen med att arbeta med frågor som berör olika former av aktiviteter hos äldre i såväl särskilt boende som i ordinärt boende. Personalen bör också kunna se och skapa förutsättningar för aktiviteter utifrån individens intressen och förmåga.<sup>97</sup>

De kortare vårdtiderna inom slutenvården har inneburit att äldre med betydande rehabiliteringsbehov återvänder till särskilda boenden och hemtjänsten. Den medicinsk-tekniska utvecklingen har gjort att allt fler överlever allvarliga sjukdomar men ofta med nedsatt funktionsförmåga som följd. Ambitionen att låta äldre bo kvar hemma så länge som möjligt har också inneburit att det har blivit allt viktigare att satsa på rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt i vardagen. Kommuner och lands- ting har bl.a. med stöd av statliga utvecklingsmedel de senaste åren satsat på att utveckla detta. Tendensen är att rehabilitering sker alltmer i de äldres egna hem och att omsorgspersonalen ofta deltar tillsammans med arbetsterapeuter och sjukgymnaster i de hemrehabiliteringsteam som kommunerna har startat.<sup>98</sup>

I olika rapporter som tagits fram på uppdrag av Socialstyrelsen liksom i Länsstyrelsernas tillsynsrapporter har återkommande

<sup>95</sup> Prop. 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik.

<sup>96</sup> *Äldrepolitik i framtiden*. SOU 2003:91.

<sup>97</sup> *Äldrepolitik i framtiden*. SOU 2003:91.

<sup>98</sup> *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001.

pekats på brister eller problem i dagens rehabilitering för äldre. Ett problem är att antalet äldre med behov av rehabilitering är större än tillgänglig rehabiliteringspersonal. Ett annat problem är bristen på kompetens och erfarenhet bland omsorgspersonalen, som t.ex. gör att behoven av rehabilitering inte alltid upptäcks eller ger problem vid delegering inom hemsjukvården. Ett ytterligare problem är olika synsätt. Hälso- och sjukvårdspersonalen är vana att arbeta rehabiliterande, medan personal inom socialtjänsten i högre utsträckning är vana att kompensera bortfall i funktioner. Även personalomsättningen bland omsorgspersonalen är ett problem. Omsorgspersonalen själva har pekat på att de har bristande kunskap samt att det finns brister i handledning vid delegering.<sup>99</sup>

Erfarenheter från olika lokala projekt har visat att för att förbättra arbetet bör bl.a. biståndsbedömd tid ges för insatserna, omsorgspersonalen få kunskap om rehabilitering inklusive ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt, en samsyn skapas mellan dem och den rehabiliterande personalen kring vad som avses med ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt samt omsorgspersonalen få handledning och möjligheter att arbeta i team med flera yrkeskategorier. Omsorgspersonalen har god kännedom om de enskilda äldre och om deras rehabilitering och kan stå för en kontinuitet i rehabiliteringen.<sup>100</sup> Äldrevårdsutredningen angav att rehabiliteringsresurserna kan förbättras om arbetsterapeuter och sjukgymnaster även kan arbeta indirekt genom att handleda undersköterskor och vårdbiträden i ett rehabiliterande förhållningssätt.<sup>101</sup>

Hjälpmedel är en naturlig del i rehabiliteringsarbetet. Här behövs omsorgspersonalens uppmärksamhet och kompetens bl.a. för att lägga märke till om problem uppstår avseende hjälpmedlen.<sup>102</sup> Äldrevårdsutredningen poängterade vikten av att undersköterskor och vårdbiträden har kunskaper om hjälpmedel för att

---

<sup>99</sup> Se t.ex. *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001; *Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre*, Socialstyrelsen, 2001; *Äldres rehabilitering i särskilt boende. Allt faller om den sista länken brister*. Socialstyrelsen, 2003; *Patientsäkerhet och kvalitet i hemsjukvården – Rapport från en tematisk tillsyn av hemsjukvården i de fyra nordligaste länen*; Socialstyrelsen, 2005; *Rehabilitering för hemmaboende äldre personer*. Socialstyrelsen, 2007; *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2005*. Socialstyrelsen, 2006; *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2006*. Socialstyrelsen, 2007.

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> *Sammanhållen hemvård*. SOU 2004:68.

<sup>102</sup> *Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö*. Socialstyrelsen, 2001.

kunna stödja den enskilde och dennes närstående i hur de ska användas.<sup>103</sup>

I Socialstyrelsens dokument om kompetenskrav anger de att ett yrkeskrav bör vara att omsorgspersonalen ska stödja brukarens/patientens hälsa och funktionsförmåga och att det bl.a. kan handla om förebyggande/hälsofrämjande respektive rehabilitering/habiliterande insatser. De tar också upp yrkeskravet att de ska ha förmåga att stödja de äldres delaktighet, t.ex. i fritidsaktiviteter, respektive att uppmärksamma hinder för delaktighet. Kravmärkt Yrkesroll tar upp hälsofrämjande och fallprevention respektive aktivitetskapande. T.ex. anges att personalen ska kunna arrangera och stimulera till aktiviteter respektive att med hjälp av instruktioner från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast ska kunna träna rörelser och fysiskt aktivera äldre. Sveriges Kommuner och Lands-ting anger allmänt vikten av att ta vara på det friska, de egna resurserna och förmågorna hos patienten/brukarna samt vikten av att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Vikten av ett rehabiliterande arbetssätt har lyfts fram vid våra samtal med personal och chefer inom omsorg och vård för äldre liksom av arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

## 4.7 Emotionell och social omsorg

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om betydelsen av emotionell och social stimulans för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja den äldre att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och att vara delaktig i samhället.

### 4.7.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Trots att de flesta är eniga om att ett socialt nätverk och ett aktivt liv ökar välbefinnande och hälsa och trots upprepade påpekanden från riksdag, regering, tillsynsmyndigheter och forskning om att det sociala innehållet inom omsorg och vård för äldre inte får tillräckligt stort utrymme, finns stora brister. Det har naturligtvis mycket att göra med biståndsbedömning och ledarskap, men en

<sup>103</sup> Sammanhållen hemvård. SOU 2004:68.

bidragande förklaring kan vara bristande kunskap och förmåga hos omsorgspersonalen att stödja den äldre att ha en så aktiv och meningsfull tillvaro som möjligt. Om uppgiften att stödja den äldre att ha ett känslomässigt rikt liv och ett aktivt liv i samvaro med andra på ett klarare sätt ingår i yrkesbeskrivningen, blir det mer naturligt för omsorgspersonalen att aktivt arbeta med detta.

Emotionell omsorg har av oss definierats som omsorg som handlar om att på olika sätt stimulera den äldres sinnen. Social omsorg inbegriper, enligt oss, att stödja den äldres sociala nätverk och interaktion med andra människor. Emotionell och social omsorg måste i första hand utgå från den enskildes egna intressen och önskemål och inte utifrån en föreställning om hur äldre människor ska "aktiveras". Vi menar att Äldreassistenten i framtiden framförallt har en viktig funktion som möjliggörare och förmedlande länk till olika sociala nätverk och aktiviteter men också som utförare av vissa insatser som kan stimulera sinnen. Det kan således handla om allt från att stödja och möjliggöra för den äldre att träffa sina barnbarn, gå på bio eller till biblioteket, till att Äldreassistenten sätter på musik eller samtalar med den äldre om sådant som intresserar henne eller honom även när övrig omsorg utförs.

När det gäller kunskap och förmåga betyder det att Äldreassistenten ska ha kunskap om betydelsen av emotionell och social stimulans för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska också ha kunskap om hur sinnen kan stimuleras och ha kunskap om metoder för att ta reda på den äldres önskemål om emotionell och social omsorg. Här kan ibland de närstående ha en viktig roll. Äldreassistenten ska även ha kunskap om generella faktorer som kan påverka den äldres intressen och behov av stimulans och aktivitet (t.ex. kön, utbildning, kultur men också livshistorik). En viktig kunskap att ha med sig i detta sammanhang är också att de existentiella behoven kan öka med åldern, dvs. att finna en mening i den tid som är kvar, att finna en mening i livet sammantaget och att förbereda sin bortgång<sup>104</sup>.

Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja den äldre att få social och emotionell stimulans och förmåga att anpassa stödet till individen. Häri ingår att Äldreassistenten ska ha förmåga att stimulera till och möjliggöra egen aktivitet, vilket kan inbegripa att stödja den äldres självförtroende och självkänsla liksom initiativförmåga. Det handlar bl.a. om viss pedagogisk förmåga. Äldreassistenten ska

---

<sup>104</sup> *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.* SOU 2003:91.

också ha förmåga att vara uppmärksam på förändringar hos den äldre som kan vara tecken på nedstämdhet eller ensamhet och vid behov rapportera för åtgärd.

Det är vår uppfattning att Äldreassistenten aldrig kan ersätta den typ av relationer som man har med släkt, vänner och bekanta. Däremot kan Äldreassistenten på ett mer aktivt sätt stödja den äldre att få tillgång till olika sociala nätverk och aktiviteter. Vi anser också att det är arbetsgivarens ansvar att ge Äldreassistenten kunskap om det lokala utbudet av kultur- och fritidsaktiviteter och eventuella samarbeten som finns med exempelvis olika frivilligorganisationer.

Sammanfattningsvis, föreslår vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om betydelsen av emotionell och social stimulans för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att stödja den äldre att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och att vara delaktig i samhället.

#### 4.7.2 Bakgrund

##### *Definition*

Vi har inte funnit någon vedertagen definition varken för emotionell eller social omsorg. Men det finns många yrkesgrupper som på olika sätt arbetar med att stimulera och stödja människors emotionella och sociala behov, t.ex. fritidsledare, olika typer av kulturarbetare, trädgårdspedagoger och arbetsterapeuter.

Äldreberedningen Senior 2005<sup>105</sup> definierar social omsorg som äldre människors behov som inte är av direkt medicinsk karaktär. Social omsorg delar de sedan in i praktiska omsorgsbehov, emotionella omsorgsbehov och existentiella omsorgsbehov. Här ges således begreppet social omsorg en bred definition som i princip omfattar båda våra arbetsområden service och omsorg. Socialstyrelsen har i sin rapport Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer definierat (social) omsorg som

insatser som består i att hjälpa människor med olika funktionshinder, nedsättning och/eller särskilda behov att hantera sin vardagsverksamhet. Omsorgsarbetare tillsammans med brukare söker bevara, utveckla, förändra, skapa livsstrategier för och i olika livssituationer.

---

<sup>105</sup> Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning. SOU 2003:91.



I samma rapport tar Socialstyrelsen också upp begreppen socialt arbete respektive socialpedagogik.

Socialt arbete verkar för social förändring, problemlösning i mänskliga relationer, för empowerment och frigörelse med syfte att främja människors välfärd. Med utgångspunkt i teorier om mänskligt beteende och sociala system verkar socialt arbete i de områden där människor samspelar med sin omgivning. Principer om mänskliga rättigheter och social rättvisa är grundläggande för socialt arbete.

Socialpedagogiken verkar i fältet mellan människan som en individuell psykisk varelse och människan som en kollektiv social varelse. Den är primärt inriktad på pedagogiskt utåtriktade sociala aktiviteter som förväntas få psykiska effekter. Socialpedagogik bygger på en mängd olika teorifragment.

Ett ytterligare begrepp av intresse är arbetsterapi. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter anger att ämnet

omfattar det mänskliga görandet så som det uttrycks i socialt och kulturellt definierade aktiviteter. Arbetsterapiämnet är kunskapen och vetenskapen om hur resurser i individen, omgivningen och aktiviteter interagerar och stimulerar till delaktighet i livssituationen. Kunskapen och vetenskapen innefattar även förebyggande och terapeutisk tillämpning med syfte att stimulera till välbefinnande i det dagliga livet.

När det gäller yrket anges att

Arbetsterapi har till uppgift att träna människor som på grund av en olycka, en sjukdom eller ett medfött handikapp har svårigheter att klara sitt dagliga liv. Arbetsterapi stimulerar till och möjliggör egen aktivitet. Då utvecklas och tillvaratas de färdigheter som alla människor besitter.<sup>106</sup>

Även WHO:s definition av psykisk hälsa är intressant, ”ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sin förmåga, kan hantera livets normala påfrestningar, kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete och har förmågan att bidra till samhället.”<sup>107</sup>

Det vi vill fånga med begreppen emotionell och social omsorg sammanfaller delvis med begreppen psykisk hälsa, socialt arbete och socialpedagogik men har också beröringspunkter med arbetsterapi. Emotionell omsorg handlar om att utgå från människans olika sinnen – syn, hörsel, känsel, lukt och smak – och att på olika sätt stimulera dem. Social omsorg handlar enligt vår definition om att

---

<sup>106</sup> [www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se)

<sup>107</sup> *Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport.* Statens Folkhälsoinstitut S 2007:2.

stödja en persons sociala nätverk och interaktion med andra människor. Emotionell och social omsorg inbegriper således stöd och insatser för att ge den äldre möjligheter att i vardagen uppleva lust, glädje och trygghet, tillgång till aktiviteter och kontakter med andra människor.

När det gäller de fysiska förmågorna har vi som tidigare nämnts valt att särskilja dem och redovisar dem under rubriken Funktionsbevarande omsorg.

#### *Om vikten av stimulans och att känna delaktighet och meningsfullhet*

Äldreberedningen Senior 2005 konstaterar att om en person på olika sätt är socialt aktiv och engagerad har det en positiv inverkan på hälsan samtidigt som en god hälsa underlättar förmågan att vara aktiv. Många studier visar att en hög aktivitetsnivå hos äldre är förknippad med såväl lägre dödlighet som mindre funktionsnedsättning.<sup>108</sup> Det kan handla om att gå på bio, teater, museum, fotbollsmatcher eller att delta i gudstjänster eller i olika former av frivilligarbete. Forskning visar att äldre personers psykiska välbefinnande positivt samvarierar med om de utför frivilligarbete samt att olika sociala aktiviteter kan förebygga social isolering och ensamhet<sup>109</sup>. Omvänt ökar risken för psykisk ohälsa, som kan ha både biologiska och psykosociala orsaker, med social isolering.<sup>110</sup> Social och fysisk aktivitet halverar risken för att drabbas av demenssjukdom. Bristen på socialt stöd ökar t.ex. dödligheten i hjärtkärslsjukdomar med fyra gånger.<sup>111</sup> Erfarenheter från lokala projekt visar att olika aktiviteter och stimulans av sinnena kan minska behovet av att använda olika läkemedel. Det kan t.ex. handla om att på en avdelning för personer med demenssjukdom genom att plocka fram föremål som påminner de äldre om deras barndom framkalla gamla minnen eller att personalen med god kunskap om varje persons livserfarenhet och personlighet kan samtala om deras tidigare liv<sup>112</sup>. Överhuvudta-

<sup>108</sup> Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning. SOU 2003:91.

<sup>109</sup> Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport. Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:2.; Frivilligt arbete bland äldre och hälsa – Medborgarundersökning 2005. Vårdalinstitutet, 2008.

<sup>110</sup> Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>111</sup> Äldres hälsa. En utmaning för Europa, Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport, Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:2.

<sup>112</sup> Dans och högläsning ger de gamla självkänsla. Dagens Nyheter 081016.

get är olika sinnesupplevelser viktiga för människors hälsa. Kulturupplevelser ger sinnesintryck som kan ge människor bättre beredskap att klara av sociala och fysiska problem<sup>113</sup>.

Intervjuer med äldre visar att både de själva och personal ofta behandlar problem med psykisk ohälsa som en del av åldrandet. När det gäller betydelsen av sociala kontakter finns det vissa könsskillnader, som visar att sociala kontakter har större betydelse för kvinnors välbefinnande än för män. Det finns också indikationer på att det inte handlar om antalet sociala kontakter utan snarare om kvaliteten på dem.<sup>114</sup>

Utformningen och innehållet i omsorg och vård för äldre har således stor betydelse för hur de äldre mår.

År 2002 gjordes ett tillägg i SoL 5 kap 4 §:

Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Bakgrunden var att riksdagen i samband med behandlingen av propositionen Ny socialtjänstlag konstaterade att det bland ålderspensionärer finns de som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin ensamhet och isolering.<sup>115</sup> I propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre konstateras att det finns tecken på att riksdagens beslut inte fått tillräckligt genomslag i den kommunala verksamheten.<sup>116</sup>

Socialstyrelsens uppföljningar av det sociala innehållet i hemtjänsten liksom Länsstyrelsernas tillsyn visar att det uppmärksammas i liten omfattning. De fysiska behoven fokuseras och prioriteras i alla led.<sup>117</sup> Länsstyrelserna har i sin tillsyn bl.a. kritiserat att det inte finns tillräckligt individuellt anpassade aktiviteter, tillräcklig variation och att de äldre inte har tillräckliga möjligheter till medinflytande. Exempelvis anförs att aktiviteterna är alltför anpassade till vad som anses vara traditionellt kvinnliga intressen och att de inte är anpassade så att alla äldre oavsett språkkunskaper kan delta. Ett annat problem som tas upp är att de äldre inte alltid vågar efterfråga insatser som handlar om de sociala och psykiska behoven. Återkommande tar Länsstyrelserna också upp om personalen

---

<sup>113</sup> *Vägen till hälsa går via våra sinnen*. Tidningen Folkhälsan 1/05.

<sup>114</sup> *Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport*. Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:2.

<sup>115</sup> Prop. 2000/01:80 Ny socialtjänstlag.

<sup>116</sup> Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.

<sup>117</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen, 2008.

verkligen har kompetens för att bemöta ett ökat kvarboende och att agera utifrån en helhetssyn på den äldres behov.<sup>118</sup>

En viktig förutsättning för människors möjligheter att vara aktiva är att i samhällsplaneringen planera för detta. Det handlar om närhet till allt från natur, affärer, bad, kulturutbud till kollektivtrafik. Detta är också något som anges som viktigt och efterfrågas av blivande äldre i olika undersökningar<sup>119</sup>. Närhet till natur har visat sig inte bara vara viktigt för att möjliggöra fysisk träning utan närheten till natur – växtlighet och grönska tycks i sig ha positiva effekter på hälsan. Lokalt har olika initiativ tagits till att skapa särskilda miljöer anpassade till äldre personers behov. Exempelvis finns det något som kallas ”sinnenas trädgård” i t.ex. Stockholms respektive Hällefors kommuner. Det är terapeutiska trädgårdar som är tänkta att såväl hjälpa den äldre att bibehålla sina förmågor som att kunna återfå dem. Trädgårdarna är uppbyggda för att stimulera alla sinnen.<sup>120</sup>

Människor har varierande förutsättningar liksom erfarenheter och vanor av att vara aktiva från tidigare i livet vilket påverkar intresset för att vara aktiv som äldre. Det som särskilt påverkar är inkomstnivå, utbildningsnivå och tillgång till sociala nätverk. Även individens, personalens och omgivningens attityder till åldrande kan påverka i vilken utsträckning möjligheter att vara aktiv efterfrågas och erbjuds. Som tidigare nämnts visar erfarenhet från lokalt arbete att äldre kan behöva uppmuntras att aktivera sig och att aktiviteterna måste anpassas till individen.<sup>121</sup> Vilka aktiviteter de äldre kan vara intresserade av varierar naturligtvis från individ till individ men det kan också skilja sig i förhållande till vad t.ex. personalen tror. Här har gjorts lokala försök med att öka brukarinflytandet. Med ett relationsinriktat arbetssätt i ett särskilt boende har personalen arbetat med kontaktmannaskap och tre dokument: levnadsberättelsen, genomförandeplanen och veckoplanen. Levnadsberättelsen görs innan den äldre flyttar till det särskilda boendet

---

<sup>118</sup> Se t.ex. *Årsrapport Socialtjänsten 2005*. Länsstyrelsens i Västernorrlands län, 2006:6; *Årsrapport 2005, Socialtjänsten i Östergötland*. Länsstyrelsen i Östergötlands län, 2006:8; *Tillsyn av äldreomsorgen inom Göteborgs Stad - Torslanda*. Länsstyrelsen i Västra Götalands län, 2008:49; *Hemtjänst till äldre invandrare, problem och möjligheter*. Länsstyrelsen i Kalmar, 2007:16.

<sup>119</sup> Se t.ex. *Framtidens äldreomsorg*, Utvecklingsdokument inom projekt Språnget, Stockholms Stad, 2007

<sup>120</sup> [www.hallefors.se](http://www.hallefors.se); [www.stockholm.se](http://www.stockholm.se); *Parken ett lyft för äldrevården*. Dagens Nyheter, 080915.

<sup>121</sup> *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. SOU 2003:91.

och handlar om hur hon eller han vill ha det. Utifrån levnadsberättelsen görs en genomförandeplan som t.ex. kan innehålla information om att den äldre vill komma ut varje dag eller kunna lyssna på musik. Den innehåller också andra yrkeskategoriers planer som exempelvis sjukgymnasten eller arbetsterapeutens som i sina planer vill att den äldre ska träna vissa muskelgrupper eller äta och klä på sig själv. Veckoplaneringen gör undersköterskan tillsammans med den äldre inför veckan som kommer.<sup>122</sup>

Som tidigare angivits under Funktionsbevarande omsorg anser Äldreberedningen Senior 2005 att kompetensen bör öka bland personalen med att arbeta med frågor som berör olika former av aktiviteter hos äldre i såväl särskilt boende som i ordinärt boende. Personalen bör också kunna se och skapa förutsättningar för aktiviteter utifrån individens intressen och förmåga.<sup>123</sup>

En ytterligare kompetens som lyfts under senare tid är att personalen bör vara observant på tecken på nedstämdhet eller orkeslöshet, om någon säger att hon eller han inte orkar ”i dag” eller säger ”vi gör det en annan dag”, eftersom det kan vara kopplat till en depression. Personalen har en viktig uppgift att stödja den äldre att verkligen komma iväg till barnbarnets födelsedag eller till biobesöket. De har en viktig uppgift att uppmuntra de äldres intressen.<sup>124</sup>

I de två olika dokumenten om kompetenskrav som Socialstyrelsen och Kravmärkt Yrkesroll tagit fram lyfter båda fram att det är en viktig uppgift för omsorgspersonalen att arbeta för att bryta ensamhet och isolering och att stödja informella och formella relationer – eller som Socialstyrelsen uttrycker det – att stödja deltagande i socialt och medborgerligt liv. Det talas också om att kunna bedöma individuella behov av utbyte/kontakt, att bistå och stimulera till andliga, kulturella och fritidsaktiviteter samt att uppmärksamma hinder för delaktighet i olika aktiviteter. Sveriges Kommuner och Landsting nämner inte detta område specifikt utan talar mer om att ta till vara det friska, de egna resurserna och förmågorna hos patienten/brukaren. I våra kontakter med chefer och personal i verksamheten, forskare m.fl. har emotionell och social omsorg lyfts och man har påtalat att kompetens att aktivera de äldre saknas i verksamheterna. Den kompetens som kulturarbetare,

---

<sup>122</sup> *Brukarinflytande i praktiken – exempel från äldreomsorg*. Socialstyrelsen, 2008.

<sup>123</sup> *Äldrepolitik i framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. SOU 2003:91.

<sup>124</sup> *Trötthet kan vara livsleda*. Dagens Nyheter 080112.

pedagoger och fritidsledare har skulle även behövas inom omsorg och vård för äldre.

## 4.8 Kroppsnära omsorg

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om personlig hygien och klädsel. Äldreassistenten ska ha förmåga att med respekt för den enskildes integritet stödja den äldre att själv sköta sin personliga hygien och klädsel. Äldreassistenten ska också ha förmåga att vid behov helt eller delvis kompensera den äldre om hon eller han inte själv klarar dessa uppgifter.

### 4.8.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

I ett värdigt liv ingår att ha en god personlig hygien, egen vald frisyr, eventuell make-up och rakning utförd i enlighet med individens önskemål. Även den äldre har rätt ”att se snygg ut”. De flesta äldre vill sköta sin personliga hygien och kroppsnära omsorg själva, men kroniska sjukdomar och olika funktionsnedsättningar kan innebära att den äldre behöver Äldreassistentens stöd och hjälp för att sköta omsorgen om den egna kroppen.

Med kroppsnära omsorg menar vi av- och påklädning, hjälp vid måltider och personlig hygien i form av omsorg om hela kroppen t.ex. duschning, hår- och nagelvård, skötsel av mun och tänder samt toalettbesök. Måltid, kost och näring behandlas under ett eget yrkeskrav.

Den äldre måste få sköta så mycket som möjligt av den kroppsliga omsorgen själv. Det bidrar till bibehållen integritet och ger samtidigt möjlighet till aktivitet som gör att den äldre behåller sin rörlighet. Ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt som innebär att ta vara på det friska är därför nödvändigt. På vilket sätt stödet och hjälpen ges har avgörande betydelse för den äldres välbefinnande. Att själv, så långt det är möjligt, få bestämma över hur, när och vem som utför uppgifterna är för många av oss en självklarhet, men inte alltid vad den äldre erbjuds. Även klädsel måste anpassas till individens behov och önskemål, men också till väder, årstid och vilka aktiviteter den äldre har. Den som vill få håret kammat i en särskild frisyr, använda slips alla dagar i veckan eller ha

särskilda kläder på helgen måste få sin önskan tillgodosedd. Respekten för individens personliga önskemål måste betonas.

Individens rätt att själv bestämma över vilka insatser som genomförs kan komma i konflikt med Äldreassistentens bedömning av vad god kroppsnära omsorg innebär. Det förekommer att den äldre inte vill duscha, borsta tänderna eller få sin blöja bytt. Sådana situationer kräver ett gott omdöme, kunskap och erfarenhet samt god kommunikationsförmåga så att omsorgen ändå kan genomföras utan att kränka den äldre.

För att kunna utföra kroppsnära omsorg på ett professionellt sätt fordras kunskaper om hud och hudvård inklusive rakning, mun- och tandvård samt intimhygien. Hårvård, skötsel av fötter och naglar är andra uppgifter som Äldreassistenten måste kunna utföra. Det är väsentligt att ingen del av kroppen glöms bort. Äldreassistenten ska, med förståelse för den äldres utsatthet, ha ett bemötande och förhållningssätt som bidrar till att den äldre kan sköta sin personliga hygien och klädsel med bibehållen värdighet och integritet.

Omsorgen om den egna kroppen har fått allt större betydelse på senare år. Spa-kulturen i Sverige har växt och innebär att Spa-anläggningar finns spridda över hela landet, liksom utbudet av aromatiska oljor, duschkrämer och olika hudvårdsprodukter. Skötseln av den egna kroppen beskrivs ofta som något som bidrar till lust och välbefinnande. Även denna aspekt av den kroppsnära omsorgen är värd att beakta när det gäller omsorg och vård för äldre, vilket också uppmärksammas på olika håll. På ett av sina äldreboenden har Hällefors kommun inrättat en Spa-anläggning med möjlighet till varmbad utomhus under bar himmel.

Personer med nedsatt immunförsvar och vissa kroniska sjukdomar är särskilt känsliga för olika infektioner och de som arbetar inom omsorg och vård för äldre möter under en dag flera olika individer. Det är därför särskilt viktigt att Äldreassistenten utför den kroppsnära omsorgen med beaktande av goda hygieniska principer. Kunskaper om smitta samt smittspridning och förebyggande av smittspridning är därför väsentlig förmåga för att kunna tillämpa hygieniska principer i det dagliga arbetet.

Sammanfattningsvis ska Äldreassistenten ha kunskap om personlig hygien och klädsel. Äldreassistenten ska ha förmåga att med respekt för den enskildes integritet stödja den äldre att själv sköta sin personliga hygien och klädsel. Äldreassistenten ska också ha

förmåga att vid behov helt eller delvis kompensera den äldre om hon eller han inte själv klarar dessa uppgifter.

#### 4.8.2 Bakgrund

##### *Definition*

Med kroppsnära omsorg avser vi av- och påklädning, hjälp vid måltider, personlig hygien i form av omsorg om hela kroppen t.ex. duschning, hår- och nagelvård, skötsel av mun, tänder och eventuell protes intimhygien, byte av blöjor och stöd vid toalettbesök. Måltiden, kost och näringsintag kan beskrivas i yrkeskravet kroppsnära omsorg, men vår bedömning är att måltiden har så stor betydelse för livskvaliteten att det är motiverat att formulera egna yrkeskrav kring Måltid, kost och näring.

##### *Den viktiga omsorgen om kroppen*

För de flesta av oss i ett modernt samhälle anses omsorg om den egna kroppen tillhöra de basala mänskliga behoven. För många äldre är det just omsorgen om den egna kroppen som man helt eller delvis behöver hjälp och stöd med. En viktig arbetsuppgift för den omsorgspersonal som arbetar med omsorg och vård för äldre är därför stöd och hjälp med kroppslig omsorg, uppgifter som även i framtiden kommer att ta stor del av omsorgspersonalens tid hos den äldre.

Att känna sig ren, fräsch och fri från obehaglig lukt är något som de flesta människor värdesätter och god personlig hygien är viktig för den äldres trivsel, självkänsla och välbefinnande. Personlig hygien innebär att få möjlighet att duscha tillräckligt ofta, att få hår, fötter och naglar omskötta och att få rakning utförd. Innebörden i begreppet personlig hygien varierar kraftigt beroende av individens uppfostran, kunskaper, kulturella bakgrund, ekonomiska förhållanden och bostadsstandard.<sup>125</sup> Som tidigare beskrivits är det naturligtvis viktigt att den äldre får utföra så mycket som möjligt av skötseln av den egna kroppen själv, men ofta behövs stöd och hjälp, helt eller delvis. Det är då viktigt att ta hänsyn till den äldres bedömning av vad som är god personlig hygien. Samtidigt har det

---

<sup>125</sup> Dulong, J. & Poulsen, C., *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.



naturligtvis också betydelse för omgivningen – närstående och vänner – att den äldres hygien sköts på ett sådant sätt att den äldre personen inte upplevs som ofräsch.

Värdighetsutredningen betonar att omsorg och vård för äldre ska respektera och stödja den äldres autonomi, dvs. makten över sin vardag, vilket innebär att den äldre ska kunna påverka den omsorg, vård och service som han eller hon får och ha inflytande över omsorgens dagliga innehåll. I omsorg och vård för äldre av hög kvalitet har omsorgspersonalen kännedom om den äldre personens vanor samt omsorgs- och vårdbehov. Att sköta den personliga hygien, behöva stöd vid duschning och toalettbesök eller byte av blöja är mycket intima handlingar. Värdighetsutredningen betonar vikten av att detta måste ske på ett värdigt sätt med respekt för individen och betonar att undersökningar och andra omsorgsinsatser måste utföras med känslighet och omdöme så att den äldres integritet inte kränks.<sup>126</sup>

Även det allmänna hälsotillståndet påverkas av den kroppsnära omsorgen. Eftersom huden hos äldre blir tunnare och skörare får den personliga hygien större betydelse. Exempelvis bidrar tillräckligt täta byten av blöjor och i övrigt god personlig hygien till att minska risken för hudproblem, utslag och småsår.<sup>127</sup> God mun- och tandvård är en viktig förutsättning för att kunna tillgodogöra sig näring. Skadade tandhalsar på grund av alltför ihärdig tandborstning och minskad salivproduktion på grund av läkemedel är exempel på faktorer som kan bidra till mun- och tandproblem som karies och parodontit (tandlossning).<sup>128</sup> Förr hade äldre personer ofta tandproteser (löständer), vilka var lätta att ta ut och göra rena. I dagsläget har endast 3 procent av befolkningen upp till 85 år tandprotes medan motsvarande siffra var 23 procent år 1965. En konsekvens av detta är att allt fler äldre behöver hjälp med mun- och tandhygien. Tandvård kommer därmed att ta allt mer tid och kräva att omsorgspersonalen har god kunskap om och förmåga att utföra dessa arbetsuppgifter.

Immunförsvaret minskar med stigande ålder och kroniska sjukdomar kan göra att den äldre personen är extra infektionskänslig. En banal förkylning kan för den äldre vara livshotande.<sup>129</sup> Att arbeta efter hygieniska principer, som bygger på kunskaper om

<sup>126</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU 2008:51.

<sup>127</sup> Dulong, J. & Poulsen, C., *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.

<sup>128</sup> Nordenram, G. & Nordström, G., *Äldretandvård*. Stockholm: Förlagshuset, Gothia AB, 2000.

<sup>129</sup> Berg, S., *Åldrandet. Individ, familj, samhälle*. Malmö: Liber, 2007.

smitta, smittspridning och förebyggande av smitta är därför särskilt nödvändigt inom omsorg och vård för äldre.

Vid flera besök och i andra kontakter som vi haft med olika aktörer, chefer och yrkesgrupper inom omsorg och vård för äldre och i möten med företrädare för pensionärsorganisationer betonas vikten av god kroppsnära omsorg. Enligt representanter för olika pensionärsföreningar framkommer att det som är mest besvärligt är att inte få duscha mer än en gång/vecka. Daglig hygien, välja kläder, byta om man spillt etc. borde, enligt dem, vara självklarheter.

Anmälningar om missförhållanden när det gäller kroppslig omsorg är förhållandevis ovanliga, men det betyder naturligtvis inte att området är oväsentligt. Socialstyrelsen gjorde 2003 en lägesbeskrivning av anmälda ärenden enligt Lex Sarah. Av 626 inkomna anmälningar år 2002 rörde 48 stycken personlig hygien och åtta gällde mun- och tandhygien.

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt Kravmärkt Yrkesroll har samtliga i sina dokument om omsorgspersonalens kvalifikationer formulerat ett antal yrkeskrav och kriterier som handlar om den kroppsnära omsorgen. Socialstyrelsen anger att vård- och omsorgsassistenten bör ha förmåga att ge stöd i personlig vård och anger några aktiviteter som klä sig och tvätta sig. Sveriges Kommuner och Landsting anger att all personal ska kunna ge basal omvårdnad och omsorg samt arbeta utifrån hygieniska principer. Under fokusområdet personlig omvårdnad anger Kravmärkt Yrkesroll att personalen med finkänslighet och respekt utifrån brukarens värderingar ska hjälpa till med hans/hennes hygien och personliga klädsel.

Även vid samtal med företrädare för omsorg och vård för äldre påtalas att ett värdigt liv förutsätter en god kroppsnära omsorg. Områden som lätt blir eftersatta är mun- och tandvård samt skötsel av naglar.

#### 4.9 Måltid, kost och näring

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om vad måltid, kost och näring har för betydelse för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att skapa en tillfredsställande måltidsmiljö, goda matvanor och att stödja den äldre vid måltiden.

#### 4.9.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Dagens olika måltider upptar en betydande del av innehållet i många äldres vakna tid. Måltiden blir därmed dagens höjdpunkt. Det betyder att kvaliteten på måltiden och den atmosfär som skapas runt måltidssituationen är av avgörande betydelse för den äldres välbefinnande såväl som dennes lust och förmåga till ett tillräckligt näringsintag. En måltid handlar inte enbart om sinnesförmågelser som syn, doft, känsel (värme, kyla och munhåleupplevelse, exempelvis tuggmotstånd) hörsel och smak. Det handlar också om näring och estetisk gestaltning samt möjligheten att ingå i ett socialt sammanhang, dvs. umgänget med andra människor. Att gestalta en miljö som upplevs som vacker och tilltalande för sinnen, kräver en insikt i måltidens estetiska gestaltning. Det estetiska påverkar såväl aptit som trivsel. För t.ex. äldre med demenssjukdomar kan distinkta färger, god belysning, lugn miljö och klassisk musik främja ätandet. Att få äta utomhus en sommardag kan också påverka. Den kompetens som Äldreassistenten har när det gäller måltid, kost och näring påverkar således på ett direkt sätt kvaliteten i omsorgen om den äldre.

Äldreassistenten ska därför ha kunskap om vad måltid, kost och näring har för betydelse för äldres hälsa och välbefinnande. Det innefattar kunskap om måltiden ur ett socialt, psykiskt och fysiskt perspektiv. Äldreassistenten ska ha kunskap om de fem sinnen – syn, doft, känsel, hörsel och smak – samt förmåga att sätta dem i relation till den äldres minne, dvs. personens tidigare erfarenheter av måltider. Äldreassistenten behöver också ha kunskap om olika matvanor och matkulturer. Matvanorna har i rask takt förändrats de senaste årtiondena och det är därför bra att känna till att äldres matvanor och preferenser ofta skiljer sig från dagens ungas. Kostvanor och ibland även måltidssituationen skiljer sig också pga. religiösa och kulturella identiteter.

Äldreassistenten ska ha kunskap om måltidens planering, måltidsordning och måltidssammansättning. Äldreassistenten ska ha kunskap om näringslära, om mat och vätskas betydelse vid olika sjukdomstillstånd och några sätt som kosten kan anpassas på för vanliga fysiska förändringar hos äldre personer. Äldreassistenten måste här även ha kunskap om hur hon eller han tekniskt kan bistå äldre med ät- och sväljproblem. Äldreassistenten ska ha kunskap om vanliga orsaker till förändringar i aptit, törst och viktnedgång och kunskap om vid vilka situationer förändringar ska rapporteras

till relevant personalgrupp. Äldreassistenten ska ha kunskap om livsmedelshygien. Gamla och sjuka människor har sämre motståndskraft mot livsmedelsburna sjukdomar. Om samma personer både vårdar och ger omsorg samt lagar mat är det oerhört viktigt att hålla isär dessa sysslor genom god hygien och byte av kläder.

Äldreassistenten ska ha förmåga att genom enkla åtgärder stödja den äldre till en trivsamt måltid så långt det är möjligt utifrån dennes önskemål. Äldreassistenten ska också ha förmåga att välja livsmedel utifrån den äldres behov och önskemål vilket inbegriper förmåga att stödja den äldre i att skapa goda matvanor t.ex. genom att ge den äldre förslag på olika måltider.<sup>130</sup> Äldreassistenten ska ha förmåga att integrera ett funktionsbevarande/rehabiliterande arbetssätt vid måltiden, t.ex. att den äldre själv får bre sin smörgås eller delta i dukningen, och vid behov med respekt och känsla hjälpa den äldre att äta och dricka. I detta måste det finnas en medvetenhet om att en insats inte kan utföras mot den äldres vilja men att omsorgspersonalen har en skyldighet att försöka hitta en lösning på den enskildes behov, i samråd med den enskilde. Äldreassistenten måste ha förmåga att vara uppmärksam på förändringar i törst, aptit och vikt hos den äldre och vid behov rapportera för åtgärd.

Sammanfattningsvis, föreslår vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om vad måltid, kost och näring har för betydelse för den äldres hälsa och välbefinnande. Äldreassistenten ska ha förmåga att skapa en tillfredsställande måltidsmiljö, goda matvanor och att stödja den äldre vid måltiden.

#### 4.9.2 Bakgrund

##### *Definition*

Ämnet Måltidskunskap finns sedan 2002 som ett forskarutbildningsämne vid Institutionen för restaurang- och måltidskunskap vid Örebro universitet. I ämnet förenas vetenskap, hantverk/yrkeskunskap och estetisk gestaltning. Det är mångvetenskapligt och omfattar ämnen såsom sensorik, etnologi, sociologi, antropologi, näringslära, hushållsvetenskap, folkhälsovetenskap och företagsekonomi. Måltiden studeras utifrån fem aspekter bl.a. i

---

<sup>130</sup> Själva insatsen inköp av mat och leverans av matlåda har av oss definierats som service för vilket vi inte lägger förslag om nationella yrkeskrav. Däremot menar vi att det ingår i kompetenskraven att kunna vara med och planera exempelvis en inköpslista.

syfte att skapa ett helhetsperspektiv när måltiden planeras och produceras. Dessa fem aspekter är: rummet, mötet, produkten, styrsystemet och stämningen.<sup>131</sup>

Vi anser att sättet att beskriva måltiden utifrån fem dimensioner också bör appliceras på måltiden inom omsorg och vård för äldre. Begreppet estetik, som lyfts i ämnet måltidskunskap, betyder vetenskapen om det sköna. Genom att lyfta fram estetikens betydelse blir måltiden något mer än att den enbart ska vara näringsrik.

### *Gällande regelverk*

Kost och näring nämns inte uttryckligen i vare sig SoL eller HSL. Om mat beviljats som en del i ett biståndsbedömt beslut, t.ex. matlåda och hjälp att äta, omfattas insatsen emellertid av SoL. Kost och näring blir också ofta en del i hälso- och sjukvården eftersom det kan ha betydelse för att en behandling ska vara verksam, den äldre har en sjukdom som innebär specifika behov eller om felnäring förekommer. Följaktligen omfattas också kost- och näringsfrågor av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS<sup>132</sup> respektive Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården<sup>133</sup> på samma sätt som övrig omsorg och vård. Det betyder också att detta område omfattas av anmälningsplikten enligt Lex Sarah. Insatserna ska även dokumenteras och det bör t.ex. framgå om det har inträffat omständigheter som har medfört att insatsen inte har kunnat genomföras som planerat<sup>134</sup>. En sådan omständighet kan vara att den enskilde inte vill ta emot hjälp med att äta.<sup>135</sup>

Frågor om livsmedelssäkerhet och hygien styrs av EU-lagstiftning som kompletteras av nationell lagstiftning såsom livsmedelslagen, livsmedelsförordningen och Livsmedelsverkets föreskrifter. EU-lagstiftningen omfattar hemtjänsten när dess personal lagar mat hemma hos de äldre och när de ansvarar för matinköp och

<sup>131</sup> [www.oru.se](http://www.oru.se)

<sup>132</sup> SOSFS 2006:11 (S). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Ej kurs.

<sup>133</sup> SOSFS 2005:12 (M). Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Ej kurs.

<sup>134</sup> SOSFS 2006:5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

<sup>135</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

leverans av färdiglagad mat. Regelverket är relevant t.ex. när det gäller temperaturer, hygien och förvaring.

### *Stöd med mat*

I vilken omfattning och på vilket sätt äldre behöver hjälp med mat varierar. Det kan handla om allt från att få hjälp med att handla eller få matlåda, till att ha en medicinsk diagnos som innebär speciella behov när det gäller kost och näring liksom annan hjälp i samband med måltiden. I vissa fall innebär det att insatserna kan omfattas av såväl HSL som SoL och livsmedelslagstiftningen.

År 2006 fick nästan 200 000 äldre personer på något sätt dagligen stöd med mat av sin kommun. Av dessa var drygt 100 000 äldre boende på särskilda boenden där maten ingår som helinackordering eller det finns tillgång till en restaurang. Nära 60 000 äldre personer i ordinärt boende fick matlåda. Därutöver finns det många äldre som äter vid dagverksamheter eller vid korttidsboenden, eller som får hjälp med att laga mat i hemmet eller med att handla livsmedel. Kommunerna har också öppna verksamheter som riktar sig till äldre utan formella biståndsbeslut.<sup>136</sup>

De som behöver hjälp med inköp av mat får det oftast av hemtjänstens personal (i drygt 80 procent av kommunerna). De som behöver hjälp med matlagning erbjuds som huvudalternativ någon form av matlåda (nästan alla kommuner). Matlådan är oftast producerad i ett storkök som drivs i kommunens regi. I ca hälften av landets kommuner får den äldre varm mat hemlevererad dagligen eller de dagar de önskar matlåda. Hälften av landets kommuner erbjuder endast en matlåda per dag. En matlåda motsvarar ca 30 procent av det dagliga näringsbehovet. Att få hjälp i form av lagad mat i det egna hemmet är möjligt i ca hälften av landets kommuner. I en klar majoritet av dessa får matlagningen högst ta 20 minuter i anspråk.<sup>137</sup>

---

<sup>136</sup> *Mat för äldre*. Socialstyrelsen, Nr 15 2007.

<sup>137</sup> *Mat för äldre*. Socialstyrelsen, Nr 15 2007.

*Problem och utvecklingsmöjligheter*

Vikten av att aktivt arbeta med kost och näring men också själva måltiden har uppmärksammats på olika sätt de senaste åren. I projektet Healthy Ageing – A challenge for Europe (2006) rekommenderar de att man ska verka för hälsosam mat och sunda matvanor bland äldre.<sup>138</sup>

Bland äldre är undervikt och undernäring en hälsorisk. Det saknas i dag tillförlitlig nationell kunskap om hur utbredd förekomsten av undernäring är inom omsorg och vård för äldre. Detsamma gäller i vilken mån undernäringen är en del i ett naturligt åldrande, sjukdom eller i vilken mån den hade kunnat förebyggas. Det är dock välbelagt att undernäring förekommer bland äldre inom omsorg och vård och att det förekommer undernäring och felnäring som kan förebyggas och behandlas.<sup>139</sup>

Undernäring har visats sig vara en bidragande orsak till flera olika sjukdomar och symptom som nedsatt immunförsvar, kognitiv nedsättning, depression, funktionsnedsättning och synbesvär. Dessa symptom förknippas ofta med åldrandeprocessen och uppmärksammas därför inte i anknytning till kosten.<sup>140</sup> Aptiten kan minska som en följd av det friska (normala) åldrandet men också beroende på sjukdom och/eller läkemedelsbiverkningar.<sup>141</sup> Matlusten kan t.ex. också utebli för dem som har minskad förmåga att äta på grund av problem med rörelse i händer och armar eller problem med munhälsan.<sup>142</sup> Trasiga tänder, skavsår, illapassande tandproteser, svampinfektioner och muntorrhet kan leda till tuggsvårigheter och undernäring.<sup>143</sup> Ätandet påverkas också av måltidsordningen, dvs. antalet måltider per dygn, hur stora måltiderna är och hur de är fördelade över dygnet. Även måltidsmiljön påverkar, exempelvis bordsplacering, dukning, färgsättning, ljudnivå och om man äter ensam eller tillsammans med andra.<sup>144</sup>

---

<sup>138</sup> *Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport.* Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:2.

<sup>139</sup> *Regeringens uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutveckling inom måltids- och näringsfrågor inom vård och omsorg om äldre.* Socialstyrelsen, 2007-03-30.

<sup>140</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar, En kunskapsmanställning.* Statens Folkhälsoinstitut, 2005:6.

<sup>141</sup> *Äldres hälsa. En utmaning för Europa. Kortversion av Healthy Ageing-projektets huvudrapport.* Statens Folkhälsoinstitut, S 2007:2; *Tema patientsäkerhet. Äldre och läkemedel nr 1.* Socialstyrelsen, 2008.

<sup>142</sup> *Kvalitetssäkring av mat och måltider inom äldreården.* Mat för äldre inom vård och omsorg nr 7, Socialstyrelsen, 2006.

<sup>143</sup> *Mål i mun – en artikel om äldre och mat.* Mat för äldre nr 20. Socialstyrelsen 2007.

<sup>144</sup> *Kvalitetssäkring av mat och måltider inom äldreården.* Mat för äldre inom vård och omsorg nr 7, Socialstyrelsen, 2006.

Även vätskeintaget har betydelse för den äldres hälsa. Födo- och vätskeintaget kan variera mycket från dag till dag, men i normalfallet kan kroppen reglera detta. Särskilt hos äldre personer fungerar inte organismen så snabbt och ändamålsenligt och trots att kroppen behöver vätska så kanske den äldre ändå inte känner sig törstig. Omsorgspersonal behöver därför förklara varför det är viktigt med vätska, hur mycket man behöver dricka per dygn och behovet av näring i flytande eller passerad form om den äldre har svårt att äta vanlig mat.<sup>145</sup>

Det finns vissa grupper som löper ökad risk för näringsbrist och viktnedgång – t.ex. äldre ensamboende män, äldre med låg socioekonomisk status, de som nyligen blivit änkor eller änklingar, de fysiskt och socialt inaktiva samt socialt isolerade eller ensamma personer.<sup>146</sup> I en rapport från Folkhälsoinstitutet poängteras att alla orsaker till viktminskning inte går att påverka. De argumenterar dock för att en ökad medvetenhet hos vård- och hemtjänstpersonal om förekomsten av och riskfaktorer för näringsbrist och viktminskning kan förhindra uppkomsten av dessa hos en del äldre i riskzonen.<sup>147</sup>

Länsstyrelserna har i sina tillsynsrapporter tagit upp några problem kring mat, t.ex. att nattfastan på särskilda boenden överstiger det av Livsmedelsverket rekommenderade uppehållet, att de äldres möjligheter att själva få välja vilken mat man vill äta är starkt begränsad och att det brister i de äldres möjligheter att delta i förberedelserna av och ha inflytande över måltidssituationen. De tar också upp att kommuner saknar rutiner för att systematiskt följa de äldres näringsstatus i ordinärt boende, att kunskap om personlig hygien och livsmedelshygien är eftersatt bland personalen samt att personalen vill ha mer kunskap om specialkost, näringsinnehåll, dukning etc. Samtidigt rapporteras också att personalen ofta lyckas skapa måltider som höjdpunkter på dagen.<sup>148</sup>

---

<sup>145</sup> Dulong, J. & Poulsen, C., *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1997.

<sup>146</sup> *Bättre hälsa för äldre!* Tidningen Äldreomsorg, 3/2006.

<sup>147</sup> *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapssammanställning*. Statens Folkhälsoinstitut, 2005:6.

<sup>148</sup> Se t.ex. *Årsrapport Socialtjänsten 2005*. Länsstyrelsens i Västernorrlands län, 2006:6; *År det tillräckligt med mat - kost och måltider inom äldreomsorgen*. Länsstyrelsens i Västernorrlands län, 2006:3; *Hemtjänsten i Hede och Ytterhogdal*. Länsstyrelsen i Jämtlands län, 2005; *Om natten på särskilt boende för äldre*. Länsstyrelsen i Kronobergs län, 2005; *Äldreskyddsombudens verksamhets tillsyn under 2004*. Länsstyrelsen i Uppsala län, 2005:2; *Meningsfullhet livet ut. Tillsyn av särskilda boenden för personer med demens*. Länsstyrelsen i Skåne län, 2007.



Måltidssituationen i det ordinära boendet har av länsstyrelserna framhållits som ett angeläget utvecklingsområde men också av dietister, Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och pensionärsorganisationerna. Pensionärsorganisationerna efterfrågar allmänt en kvalitetsförbättring avseende matens smak och doft och en minskad torftighet i mat- och måltidssituationen. De framför också en oro över i vilken mån äldre med nedsatt autonomi erbjuds hjälp med att förebygga risken för undernäring.<sup>149</sup>

Med stöd av genombrottsmetoden har hemtjänstpersonal observerat att äldre personer med hemtjänst i eget boende ofta har dålig matlust och ibland riskerar undernäring. Personalen har genom att planera inköp och måltider i samråd med de äldre kunnat föreslå nya lösningar som inneburit att de äldre motiverats att äta mer eller annan mat än tidigare. Det finns indikationer på att förutsättningarna för att lyckas ökat om hjälpen anpassats till den äldres omsorgs- och vårdsituation i övrigt och om hänsyn tagits till den äldres individuella behov och önskemål. Stöd från specialister med kunskap om kost, näring och hälso- och sjukvård har bidragit till att förbättra kvaliteten. Det har dock visats att sådan kunskap måste kopplas ihop med kunskap om den äldre personens specifika behov.<sup>150</sup> Andra lokala försök har visat att måltidssituationen i särskilt boende blivit bättre när de t.ex. som i Kungsbacka kommun har låtit en personal finnas med vid varje bord, maten har lagts upp i karotter så att de äldre själva har kunnat lägga upp sin mat och de har haft en dvd-film med en flammande brasa.<sup>151</sup>

Socialstyrelsen har funnit att det i dag är ovanligt att forskning om hur undernäring kan förebyggas och behandlas också tar hänsyn till den äldres möjlighet till självbestämmande och att få bibehålla tidigare vanor. En följd är att det saknas kunskap om hur självbestämmandet kan integreras med den medicinska behandlingen och i omsorgsarbetet när den äldre har både sociala och medicinska behov. Personalen måste i många fall göra svåra överväganden när det gäller kost och näring – om vad som är lämpligt, hur långt den äldres självbestämmande sträcker sig, vad som är personalens ansvar, vad som är försummelse och vad som är

---

<sup>149</sup> Regeringens uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutveckling inom måltids- och näringsfrågor inom vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen, 2007-03-30.

<sup>150</sup> Mat för äldre. Socialstyrelsen.

<sup>151</sup> Glädjetips på seminarium i Kungsbacka. Äldreportalen, 2006. ([www.kompetensstegen.se](http://www.kompetensstegen.se))

kränkningar. Många personalgrupper beskriver sådana frågeställningar som svåra.<sup>152</sup>

Endast i dokumentet om kompetenskrav från Kravmärkt Yrkesroll har både maten och måltidssituationen framhållits. De kunskaper och förmågor de tar upp handlar minst lika mycket om att skapa en god måltidsmiljö med respekt för individens önskemål och eventuella problem att äta själv som att servera näringsriktig och medicinskt adekvat mat. Exempelvis tar de upp vikten av att servera och ge ett bra bemötande så att bra måltidssituationer skapas, att med respekt och känsla hjälpa till att mata, att ha kunskaper i näringslära samt kännedom om specialkost för t.ex. diabetes och matallergier. Socialstyrelsen tar upp att bereda måltider och att beakta specifika behov samt att arbeta hygieniskt riktigt när det gäller t.ex. mat och dryck. Mer allmänt lyfter de också fram förmågan att beakta miljöns betydelse för hälsa och livskvalitet, t.ex. med hänsyn till ljus och färg. Sveriges Kommuner och Landsting tar inte upp mat och måltid specifikt. De tar däremot upp kunskap om betydelsen av god miljö i omsorg och vård för patienten/brukaren liksom estetiska och ekologiska aspekter i vårdmiljön. I våra kontakter med chefer, omsorgspersonal i verksamheten och pensionsorganisationer har måltidssituationen lyfts fram som särskilt viktig att uppmärksamma.

## 4.10 Omsorg och vård i livets slut

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om omsorg och vård i livets slut. Äldreassistenten ska i den svåra situation som är vid livets slut ha förmåga att stödja den äldre och dennes närstående.

### 4.10.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Många äldre kommer att avsluta sina dagar i det egna hemmet och en del av dem behöver kvalificerad omsorg och vård. Som vi tidigare visat kommer denna trend att förstärkas de kommande åren. Det innebär att de som arbetar med omsorg och vård för äldre ofta

---

<sup>152</sup> *Regeringens uppdrag att ge nationellt stöd för kvalitetsutveckling inom måltids- och näringfrågor inom vård och omsorg om äldre.* Socialstyrelsen, 2007-03-30.

kommer att möta personer som befinner sig i livets slutskede. Det ställs särskilda krav på den som arbetar närmast den äldre att kunna hantera frågor kring döden och döendet och vara ett stöd för såväl den äldre som dennes närstående.

I dag är det vanligt att använda begreppen vård i livets slut eller palliativ vård, men vår bedömning är att just Äldreassistentens arbetsuppgifter dock främst består i omsorg om den äldre och dennes närstående. Vi vill betona vikten av god omsorg även i detta sammanhang och kallar därför detta yrkeskrav för Omsorg och vård i livets slut.

Omsorg och vård i livets slut som grundar sig på den engelska hospicerörelsen avser att ge god omsorg, symtomlindring och stöd till hela familjen. Döendet ses som en naturlig process som avslutar livet och den omsorg som erbjuds bidrar till att individen kan leva ett så aktivt liv som möjligt fram till sin död.

Vid livets slut kan döende drabbas av ångest, nedstämdhet och smärta. Den omsorg som ges måste vara väl anpassad till den enskildes behov så att god livskvalitet kan upprätthållas. Det kan handla om små positiva, enkla inslag som vacker och välsmakande mat och dryck, sköna kläder, en hand att hålla i eller vänliga, förstående ord. En Äldreassistent som känner den döende och dennes närstående väl har en unik möjlighet att tidigt lägga märke till förändringar och behov och kan därmed ge individuellt anpassad omsorg. Att vara ett stöd i den svåra situation som döendet innebär är en viktig uppgift som kräver kunskap och inlevelseförmåga. Äldreassistenten behöver ha förmåga att värdigt bemöta den äldre och att pedagogiskt förklara och att trösta såväl den äldre som dennes närstående.

Äldreassistent behöver också ha kunskap om att döende, död och hur man tar hand om avlidna varierar i olika kulturer och olika religioner. Det är naturligtvis inte möjligt att ha detaljerad kunskap om detta men det är viktigt att Äldreassistenten är medveten om att skillnader finns och hon eller han ska ha förmåga att vid behov inhämta information som sedan kan omsättas i det arbetet.

Den omsorg som ges har delvis medicinsk karaktär t.ex. god smärtlindring och kvalificerad omvårdnad och ansvaret vilar då på läkare och sjuksköterska, men naturligtvis kommer även Äldreassistenten att utföra vissa vårduppgifter. Därför behöver Äldreassistenten ha kunskap om hur kroppen reagerar i slutfasen och kunna bidra med lindrande behandling.

Sammanfattningsvis anser vi att Äldreassistenten ska ha kunskap om omsorg och vård i livets slut och förmåga att i den svåra situation som är vid livets slut stödja den äldre och dennes närstående.

#### 4.10.2 Bakgrund

##### *Definition*<sup>153</sup>

Palliativ kommer av latinets palliatus som betyder bemantlad och är en medicinsk term som betyder lindrande. Det kan handla om en åtgärd som är riktad mot att lindra ett symtom (t.ex. smärta) utan att sjukdomens förlopp påverkas. Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av personer med sjukdomar där bot inte längre är att vänta. Målet är bästa möjliga livskvalitet, både fysisk och psykisk, för både patient och närstående. Många delar av den palliativa vården kan också tillämpas under det tidiga sjukdomsförloppet och i samband med den kurativa behandlingen av exempelvis tumörsjukdomar.

Den palliativa vården har växt fram ur hospicerörelsen. Modern hospicevård har sina rötter i England och är en vårdform för svårt sjuka och döende människor. Den grundar sig på respekt för den enskildes integritet och avser att ge god omvårdnad, symtomlindring och psykosocialt stöd till hela familjen. Döendet ses som en naturlig process och den palliativa vården varken påskyndar eller fördröjer döden. Vården som erbjuds ska ge stöd till patienten att leva så aktivt som möjligt fram till döden och ska samtidigt stödja närstående, både under patientens sjukdomstid och under de närståendes egna sorg- och bearbetningsperiod.

”Palliativ vård” är en internationellt vedertagen sammanfattande benämning på den vård i livets slutskede som ges när bot inte längre är att vänta. WHO har år 1990 definierat begreppet palliativ vård enligt följande:

Palliativ vård är en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen genom ett tvärfackligt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att förlänga livet. Målet för palliativ vård är att ge högsta möjliga livskvalitet åt både patienten och de närstående. Palliativ vård ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den ska också kunna ge anhöriga stöd i sorgearbetet.

---

<sup>153</sup> Skr. 2004/05:166 Vård i livets slutskede. Resonemanget i hela avsnittet om palliativ vård är i huvudsak hämtat från regeringens skrivelse.

Palliativ vård kan ges under en mycket lång period, månader och år, parallellt med kurativ behandling, vilket brukar betecknas som en tidig fas. Förr eller senare inträffar den tidpunkt då den kurativa behandlingen inte längre ger effekt. Då går den palliativa vården in i en sen fas. Oavsett sjukdom är det i stort sett samma symptom döende människor drabbas av i slutfasen. Exempel på sådana är ångest, nedstämdhet, smärta, illamående, orkeslöshet, hosta, förstoppning, diarré och muntorrhet. Även om man traditionellt talar om palliativ vård så framgår av exemplen att det inte bara är vård som krävs utan i högsta grad även omsorg om den döende och dennes närstående.

Med omsorg och vård i livets slut avser vi det som WHO definierar som palliativ vård, dvs. en aktiv omsorg och vård av den sjuka och dennes närstående när förväntningarna inte längre är att förlänga livet. Målet för omsorg och vård i livets slut är att bidra till högsta möjliga livskvalitet både för den äldre och dennes närstående. Omsorgen och vården ska tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov och även kunna bidra med stöd i sorgearbete.

### *God omsorg i livets slut*

Enligt en kunskapsöversikt, publicerad av Socialstyrelsen 2004, förefaller kriterierna för en god och värdig död vara desamma oavsett ålder, även om vissa förhållanden runt döendet är åldersrelaterade, t.ex. döendets utsträckning och de kognitiva förändringar som kan följa med hög ålder. Oberoende av ålder och diagnos är symtomlindring, självbestämmande, delaktighet och det sociala nätverket viktiga för en persons livskvalitet och möjligheter till en god död. Dessa kännetecken kan betraktas som generella kriterier på en god eller värdig död, men det är dessutom viktigt att utgå från den enskildes unika situation och lyssna till den äldres berättelser om sitt liv och till närståendes erfarenheter. Samtalet har stor betydelse i dessa sammanhang.

Forskning talar för att många dör i enlighet med hur de levt tidigare. Den äldre strävar efter att bevara sin värdighet, sin självbild och sin identitet. Genom att komma ihåg vad den icke kommunicerbara äldre tidigare värderat, kan personen få en omsorg och vård som så långt det är möjligt är i enlighet med vad personen tidigare värderat. God omsorg i livets slut förutsätter också en god avvägning mellan vila och aktivitet, särskilt om den äldre är mycket

trött. Det är rimligt att anta att en skön säng, rena sängkläder, god kroppslig omvårdnad, tyst samvaro med någon som den äldre uppskattar och att få vila i en kärleksfull omsorg bidrar till ökat välbefinnande.<sup>154</sup>

### *Lag, föreskrifter och allmänna råd*

I kommunernas hälso- och sjukvård ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).<sup>155</sup> Det åligger MAS:en att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för det kvalitetssystem som ska finnas i verksamheten. MAS:en ska utöva sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

I MAS:ens ansvar ingår också att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och efterlevs. Hon ska också se till att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten samt att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.<sup>156</sup> De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har därmed en viktig roll för kvaliteten i den palliativa vården.

Till hälso- och sjukvården hör även att ta hand om avlidna. När någon har avlidit ska hälso- och sjukvårdens uppgifter fullgöras med respekt för den avlidne och de efterlevande ska visas hänsyn och omtanke.<sup>157</sup>

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd – Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede<sup>158</sup>. De bygger på de etiska principerna om självbestämmande, att göra gott, att inte skada och att vara rättvis. I råden framhålls att beslutskompetenta patienter alltid har rätt att vägra en behandling och det gäller även en livsuppehållande behandling.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>159</sup> om informationsöverföring och samordnad vårdplanering anges att

---

<sup>154</sup> *God vård i livets slut, En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen, 2004.

<sup>155</sup> SOSFS 1997:10 Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.

<sup>156</sup> *Regelverk och föreskrifter*. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

<sup>157</sup> Skr. 2004/05:166. *Vård i livets slutskede*.

<sup>158</sup> Socialstyrelsens allmänna råd 1992:2 *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*.

<sup>159</sup> SOSFS 1996:32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering.

vårdinsatser i livets slutskede måste samordnas på ett optimalt sätt. 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.

### *Palliativ vård – nuläge*

Sjukvårdsreformerna under 1990-talet, främst Ädelreformen, har medfört ändrade förhållanden för var och hur palliativ vård ges. Sedan början av 2000-talet har alltfler äldre fått sin omsorg och vård i hemmet. Tidigare dog de flesta människor på akutsjukhus, men under den senaste femtonårsperioden har det skett en väsentlig förskjutning av dödsplats från sjukhus till särskilda boendeformer och det egna hemmet.<sup>160</sup>

Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges inom kommunens särskilda boendeformer och i dagverksamheter upp t.o.m. sjuksköterskenivå. Vården i livets slutskede är en del av hälso- och sjukvården och många av de patienter som befinner sig i livets slutskede har behov av insatser från både landsting och kommun. Hur huvudmännen samverkar är därför av största betydelse för omsorgens och vårdens kvalitet. God samverkan och väl sammanhållna vårdkedjor medför högre vårdkvalitet för patienten.

En annan faktor som påverkar kvaliteten är hur väl de olika personalgrupperna kring den döende patienten samverkar. En svårighet som framhållits i detta sammanhang är hur, när och av vem markeringen om övergång från tidig till sen palliativ vård ska göras. Läkaren har det medicinska ansvaret för patienten och ska ta ställning till patientens behandling. Olika utvärderingar har dock visat att de som tidigast lägger märke till en förändring om att döden är nära är sjuksköterskor och omsorgspersonal, men också närstående. Samverkan mellan personalgrupperna är därför extra viktig. Målet är att patienten ska ges möjlighet att avsluta sitt liv på ett värdigt sätt och att de närstående ska ges tillfälle att förbereda sig på att slutet är nära och att hantera sorgen.

Socialstyrelsen konstaterar att kvaliteten på omsorgen och vården i livets slutskede skiftar. En förklaring till detta är skillnader i tillgång på välutbildad personal. På många håll i landet är det svårt att rekrytera personal med adekvat utbildning. Flera kommuner

---

<sup>160</sup> *Vård i livets slutskede, Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*, Socialstyrelsen, 2006.

tillsammans med landsting och regioner har genomfört utbildningar i palliativ vård, men trots utbildningarna är bristande kunskaper i vårdfrågor, etik och bemötande fortfarande ett påtagligt problem. Detta förstärks, enligt Socialstyrelsen av att palliativ vård är ett lågprioriterat område i grundutbildningarna för vård- och omsorgspersonal.<sup>161</sup>

Specialiserad palliativ vård utgör ofta en del av den avancerade hemsjukvården som utförs under ledning av läkare. Den basala palliativa vården ges av omsorgspersonal under ledning av sjuksköterska.<sup>162</sup> För den grupp svårt sjuka som har många symtom och som får problem varje vecka, ibland varje dag behövs kvalificerade insatser dygnet runt. Denna typ av insatser gavs tidigare oftast på akutsjukhus, men allt oftare ges dessa nu i särskilda boendeformer eller det egna hemmet. Förutsättningarna för att få basal palliativ vård är bättre i särskilt boende än i ordinärt boende. En förklaring till detta kan vara att sjuksköterskebemanningen är högre och att kontinuiteten ofta är bättre på särskilda boenden än i ordinärt boende. Om omsorgspersonalen har bristande kunskaper finns det en risk att den personal som skulle kunna ge specialiserade insatser inte uppmärksammas på behoven. Detta är ett problem som bör uppmärksammas, med tanke på bristerna i grundutbildningen och den otillräckliga vidareutbildningen. I kursplanerna för grundutbildning av läkare, sjuksköterskor och omsorgspersonal m.fl. benämns ämnesområdet palliativ vård oftast vård i livets slutskede. I flertalet kursplaner saknas enhetliga mål för detta kursmoment.<sup>163</sup>

I Socialstyrelsens, Sveriges Kommuner och Landstings och Kravmärkt Yrkesrolls dokument om omsorgspersonalens kompetens finns få beskrivningar som specifikt inriktar sig på omsorg och vård i livets slut. Kravmärkt Yrkesroll är tydligast med att betona området genom att under yrkeskravet Aktivitets- och relationsskapande behandla Vård i livets slutskede och ange innehåll som reaktioner hos den döende, omvårdnad i livets slut, värdig miljö, närståendes reaktioner och olika kulturer och livsåskådningar. Det senare behandlas dessutom som ett eget kompetensområde.

---

<sup>161</sup> *Vård i livets slutskede, Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*, Socialstyrelsen, 2006.

<sup>162</sup> *Vård i livets slutskede, Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*, Socialstyrelsen, 2006.

<sup>163</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2006*. Socialstyrelsen, 2006.



## 4.11 Sjukvård

**Vårt förslag till yrkeskrav:** Äldreassistenten ska ha kunskap om sjukvårdande insatser. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra kontroller, provtagningar och behandlingar. Äldreassistenten ska ha kunskaper om smitta och smittspridning och förmåga att utföra sina arbetsuppgifter med beaktande av hygieniska principer. Äldreassistenten ska också ha förmåga att administrera läkemedel.

### 4.11.1 Våra argument för och en precisering av yrkeskravet

Omfattningen av sjukvårdande insatser kommer att öka i framtiden därför att allt fler äldre med olika sjukdomstillstånd och med komplexa och omfattande omsorgsbehov kommer att behöva omsorg och vård i hemmet. Dessutom uppger många äldre att de helst vill bo hemma så länge som möjligt och många önskar även få avsluta sina dagar där. En hel del sjukvårdsuppgifter och behandlingar utförs redan i dag av undersköterskor. Ofta utgör dessa arbetsuppgifter enstaka insatser som mycket väl kan genomföras i samband med andra omsorgsuppgifter vid måltiden, vid morgontoaletten eller i samband med toalettbesök. Med tydliga krav på Äldreassistentens kompetens kommer hon eller han att inom ramen för sin yrkesroll eller efter instruktion kunna utföra vissa sjukvårdande kontroller, provtagningar och behandlingar.

Ett av yrkeskraven har vi valt att benämna sjukvård. Med sjukvård avses åtgärder som kräver medicinsk kunskap. Det är sådana behandlingar, provtagningar, kontroller och andra insatser som förutsätter likartad kunskap och förmåga oavsett av vilket skäl insatsen görs. En sådan uppgift är t.ex. administreringen av läkemedel. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd avses med administrering av läkemedel ”tillförsel eller överlämnande av en iordningställd läkemedelsdos till en patient.”<sup>164</sup>

Många äldre uppger att de helst vill få sin omsorg och vård utförd av ett fåtal personer. I syfte att begränsa antalet personer som kommer och går i den enskildes hem är det därför angeläget att Äldreassistenten kan utföra viss sjukvård och administrering av

---

<sup>164</sup> SOSFS 2001:17 (M) 1 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

läkemedel i samband med övriga omsorgsuppgifter. I utredningens uppdrag ingår också att klargöra frågor om behörighet till vissa arbetsuppgifter och delegering på området.

Nuvarande omsorgspersonal utför redan i dag olika sjukvårdsuppgifter, oftast i samarbete med högskoleutbildad personal, ibland efter instruktion eller genom delegering. I framtiden kommer dessa uppgifter antagligen att bli allt fler och Äldreassistenten ska därför ha förmåga att göra enklare kontroller såsom temperaturtagning, puls- och blodtrycksmätning samt kontroller av vikt, vätskeintag och provtagning på kroppsliga utsöndringar. Äldreassistenten ska också ha förmåga att utföra enkla behandlingar som gångträning och sårvård, enligt instruktion. Andra insatser av sjukvårdande karaktär som Äldreassistenten ska behärska är byte av urin- och stomipåse.

Läkemedelshantering är en vanligt förekommande arbetsuppgift i omsorg och vård för äldre. Enligt de uppgifter vi fått bl.a. från företrädare för verksamheten innebär den praktiska situationen att "näst intill" alla som arbetar med omsorg och vård i ordinärt boende har delegation att administrera läkemedel. För att höja kvaliteten och öka säkerheten ska Äldreassistenten därför ha kunskap om hur vanligt förekommande läkemedel administreras. Äldreassistenten ska också ha kunskap om läkemedelsbiverkningar och förmåga att efter instruktion vara observant på eventuella biverkningar. Äldreassistenten ska ha förmåga att till den äldre administrera iordningställt läkemedel.

Ett sätt att möta det ökande behovet av sjukvårdande och rehabiliterande insatser kan vara att väsentligt öka personaltätheten vad gäller sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Även om fler högskoleutbildade anställs så är vår bedömning att många sjukvårdande insatser även i framtiden kommer att utföras av den personal som dagligen och ibland flera gånger om dagen, har kontakt med den äldre.

Det är inte ovanligt att omsorgspersonal i samband med den dagliga omsorgen om den äldre kommer i kontakt med uttömningar, sårsekret eller blod. Både för att inte själv bli smittade och för att inte föra smitta vidare till andra krävs goda kunskaper om grundläggande hygieniska principer, smitta, smittspridning, smittskydd och förebyggande åtgärder som tandhygien samt handhygien. Vidare krävs att Äldreassistenten också har förmåga att arbeta efter dessa principer.

Samtliga dessa uppgifter måste genomföras på ett sådant sätt att den äldres värdighet och integritet bibehålls. En del av dessa handlingar har mycket intim karaktär och kan av den äldre uppfattas som kränkande. Det är av stor vikt att Äldreassistenten har kunskap och förståelse för detta och har förmåga att agera på ett så fin-känsligt sätt som möjligt.

Sammanfattningsvis ska Äldreassistenten ha kunskap om sjukvårdande insatser. Äldreassistenten ska ha förmåga att utföra kontroller, provtagningar och behandlingar. Äldreassistenten ska ha kunskaper om smitta och smittspridning och förmåga att utföra sina arbetsuppgifter med beaktande av hygieniska principer. Äldreassistenten ska också ha förmåga att administrera läkemedel.

#### 4.11.2 Bakgrund

##### *Definition*

Med sjukvård avses provtagningar, kontroller och behandlingar som kräver medicinska och hygieniska kunskaper. Insatserna genomförs enligt likvärdiga principer oavsett av vilken anledning de utförs. Det kan exempelvis vara puls-, temperatur- och blodtrycks-kontroller samt provtagning på utsöndringar. Med sjukvård avses också sjukvårdande eller rehabiliterande behandlingar som sårvård, administrering av läkemedel och rörelseträning.

##### *Sjukvård i hemmet*

Den medicinsk-tekniska utvecklingen gör att allt fler livshotande sjukdomar kan behandlas. Som exempel kan nämnas att utsikterna att överleva med cancer har ökat bl.a. på grund av förbättrad diagnostik.<sup>165</sup> Utvecklingen har också inneburit att en mängd hjälpmedel utvecklats, såsom greppvänliga köksredskap och trygghetslarm. Även mer avancerade hjälpmedel finns att tillgå som elektriska rullstolar och personlyftar. Nya produkter utvecklas ständigt och många projekt pågår för att hitta nya lösningar på olika svårigheter som en person med funktionsnedsättning kan ha.<sup>166</sup> Detta bidrar till att allt fler äldre med omfattande funktionsnedsättningar, komplicerade sjukdomar och därmed komplexa omsorgsbehov kommer

<sup>165</sup> Cancerfondens rapport. Cancerfonden, 2008.

<sup>166</sup> Hjälpmedelsinstitutet. www.hi.se

att vårdas i hemmet fram till livets slut. Den medicinsk-tekniska utvecklingen och människors önskemål att bo hemma innebär redan i dag att en mängd provtagningar, kontroller och behandlingar utförs i hemmiljö och det finns anledning att förmoda att dessa insatser successivt kommer att öka.

I dag utförs i praktiken många sjukvårdsuppgifter av omsorgspersonal, varav en del görs på delegation från sjuksköterskan. Ett sådant exempel är administrering av läkemedel.<sup>167</sup> Läkemedel ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter iordningställas av sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En vanligt förekommande arbetsgång på särskilda boenden är att sjuksköterskan därefter delegerar till undersköterskan att hjälpa den äldre att inta sina läkemedel. I ordinärt boende har den äldre ofta en dosett som iordningställs av sjuksköterska eller så är doseringen utförd direkt från Apoteket. Även i dessa situationer är det vanligt att undersköterskan bistår den äldre med att inta sina läkemedel.

Andra medicinska åtgärder utförs efter instruktion av högskoleutbildad personal. Det kan gälla rehabiliterande insatser, omläggning av sår, byte av stomipåse etc. Många insatser ska genomföras dagligen eller flera gånger i veckan, vilket innebär att uppgiften ofta överlämnas till undersköterskor eller vårdbiträden. I många kommuner finns generella rutiner som beskriver vilka arbetsuppgifter som omsorgspersonalen kan få utföra på delegation eller efter instruktion. Omfattningen av dessa rutiner tyder på att de handlar om vanligt förekommande arbetsuppgifter.<sup>168</sup>

Det förekommer problem förknippade med delegering av arbetsuppgifter, dels att det är för många delegeringar att hålla reda på, vilket gör det svårt att bedöma den reella kompetensen, dels följa upp givna delegationer.<sup>169</sup>

Omsorgspersonal besöker dagligen de äldre i deras egna hem och arbetsuppgifterna sker ofta i nära kontakt med kroppsliga utsöndringar. Speciellt när det gäller hjälp med personlig hygien och kontakt med utsöndringar eller kroppsvätskor finns risk för smittspridning. Många äldre personer har nedsatt immunförsvar och är därför särskilt utsatta för risk att drabbas av infektioner. De provtagningar och behandlingar som utförs i hemmet måste utföras enligt samma hygieniska principer som om de utförts på ett

<sup>167</sup> Samtal med företrädare för verksamhet (se avsnitt 1.4).

<sup>168</sup> Definition av hälso- och sjukvårdsuppgifter inom särskilda boendeformer. Umeå kommun och Umeå sjukvård, 2000.

<sup>169</sup> *Patientsäkerhet och kvalitet i hemsjukvården. Rapport från tematisk tillsyn av hemsjukvården i de fyra nordligaste länen.* Socialstyrelsen, 2005.

sjukhus eller en vårdcentral. I HSL anges uttryckligen krav på att vården ska vara av god hygienisk standard, men även när det gäller omsorg enligt annan lagstiftning är det viktigt att den hygieniska standarden är god. En god hygienisk standard är alltså en naturlig del i en vårdgivares uppdrag, både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.<sup>170</sup>

Även i Socialstyrelsens, Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesrolls dokument om yrkeskvalifikationer anges ett antal yrkeskrav som anger att omvårdnadspersonal ska ha kunskap och förmåga att utföra sjukvårdande insatser samt förmåga att arbeta enligt hygieniska principer. Sveriges Kommuner och Landsting och Kravmärkt Yrkesroll har dessutom yrkeskrav kring administrering av läkemedel.

---

<sup>170</sup> *God hygienisk standard i kommunal vård, omsorg och hemsjukvård.* Socialstyrelsen, 2008.

## 5 Precisering och reglering av de nationella yrkeskraven

### 5.1 En reglering införs i SoL

**Vårt förslag:** Genom en ändring i socialtjänstlagens kvalitetsbestämmelse (3 kap. 3 §) förtydligas i en ny lag en lägsta nivå på kompetens för personal som arbetar inom omsorg och vård för äldre. Lagen omfattar stöd och hjälp inom omsorg och vård för äldre som ges till personer som fyllt 67 år. Det handlar om sådana insatser som den äldre får i hemmet, i en särskilt inrättad boendeform eller dagverksamhet efter ett biståndsbeslut. Stöd och hjälp till äldre som är av servicekaraktär omfattas inte av den nya lagen.

Av direktiven framgår att målet är att all personal ska ha grundläggande yrkeskompetens för sina uppgifter. Vidare anges att befogenheter och ansvarsområden samt kompetenskrav inom omsorg och vård för äldre behöver förtydligas, preciseras och regleras.

Det är ett kommunalt ansvar att erbjuda omsorg och vård för äldre. Det är också kommunerna eller deras entreprenörer som vet bäst vilka behov som finns hos de äldre, deras närstående och personalen. Kommunen som huvudman har också enligt SoL skyldighet att se till att den personal inom omsorg och vård för äldre, som utför de uppgifter socialnämnden och handläggarna beslutat om, har lämplig utbildning och erfarenhet för sina arbetsuppgifter.

Staten ska om möjligt undvika att detaljreglera men har ett ansvar för likvärdighet, övergripande kvalitetsfrågor, ramar och lagar för verksamheten. Vi bedömer att det är viktigt att staten genomför en nationell reglering av yrkeskraven för arbetsområdena omsorg och vård. Detta mot bakgrund av de brister som pekas ut i direktiven och som har bekräftats under vårt arbete. Ett ytterligare

skäl är att undvika orimliga regionala skillnader. En reglering möjliggör att yrkeskraven får genomslag i hela landet och att tillsynsmyndigheter och annan uppföljning har en konkret reglering att utgå ifrån i sin tillsyn. Vi menar också att det leder till en ökad trygghet och säkerhet för den äldre och ökar attraktiviteten för arbete inom omsorg och vård för äldre.

Vi föreslår därför att de nationella yrkeskraven för arbetsområdena omsorg och vård regleras i lag så att en lägsta kompetensnivå för personal som arbetar med omsorg och vård för äldre lagfästs. Vi föreslår att ett en ändring görs av kvalitetsbestämmelsen i SoL (3 kap. 3 §) och att det i en ny lag förtydligas en lägsta nivå på kompetens. Lagen omfattar stöd och hjälp inom omsorg och vård för äldre som ges till personer som fyllt 67 år. Det handlar om sådana insatser som den äldre får i hemmet, i en särskilt inrättad boendeform eller dagverksamhet efter ett biståndsbeslut. Stöd och hjälp till äldre som är av servicekaraktär omfattas inte av den nya lagen.

## 5.2 Behörighet att arbeta ensam

**Vårt förslag:** Den som är Äldreassistent är behörig att arbeta ensam med sådan omsorg och vård som omfattas av de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka andra yrkesgrupper som därutöver kan anses ha dokumenterad kompetens att också arbeta ensamma med sådana arbetsuppgifter. En person som inte har kompetens som Äldreassistent kan anställas som trainee. Den som är trainee får utföra arbetsuppgifter som omfattas av de nationella yrkeskraven enbart genom att arbeta tillsammans med en Äldreassistent eller annan personal med dokumenterad kompetens.

Att arbeta i omsorg och vård för äldre är kvalificerat och komplext. Enligt vår bedömning kommer arbetet i framtiden i allt högre grad att ske i de äldres ordinarie bostad med äldre med mer komplicerade och mångfacetterade behov. Det innebär att yrket i ökad utsträckning kommer kräva förmåga att i hög grad agera självständigt och ta ansvar, göra egna bedömningar samt hantera skiftande och ibland komplicerade situationer. Det är bl.a. mot denna bakgrund som de nationella yrkeskraven för Äldreassistent formulerats.

Det kommer även framöver att finnas behov av att rekrytera och anställa personer som inte har kompetens som Äldreassistent. Vi finner därför att det är nödvändigt att skilja mellan personal som är behörig att arbeta ensam och den som inte är det för att säkerställa den äldres säkerhet och trygghet. Vi föreslår att den som är Äldreassistent är behörig att arbeta ensam med sådan omsorg och vård som omfattas av de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Även andra personalgrupper kan därutöver bedömas ha sådan kompetens. Det kan t.ex. i vissa delar handla om personer utbildade i social omsorg och socionomer men också om arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Vi föreslår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka andra yrkesgrupper som anses ha sådan dokumenterad kompetens.

Personal utan föreskriven kompetens kan anställas som trainee. Den som är trainee får utföra arbetsuppgifter som omfattas av de nationella yrkeskraven enbart genom att arbeta tillsammans med en Äldreassistent eller annan personal med dokumenterad kompetens. Begreppet trainee betonar att den anställde är under upplärning och att målet är att hon eller han ska bli Äldreassistent. Att arbetsuppgifterna ska utföras tillsammans med personal med dokumenterad kompetens innebär att en trainee måste gå bredvid eller motsvarande med dessa. En trainee får därmed inte arbeta ensam. Det innebär att det ensamarbete som ofta utförs hos äldre i ordinärt boende alltid måste utföras av personal med dokumenterad kompetens. Vid arbete i särskilt boende måste det finnas kompetent personal i traineens omedelbara närhet. En trainee måste alltid kunna få stöd eller rådfråga kompetent personal, men de behöver inte nödvändigtvis alltid befinna sig i samma rum. För arbetsgivarna innebär denna ordning t.ex. att de kan låta trainees gå tillsammans med Äldreassistenter på särskilt boende. I ordinärt boende kan det ibland behövas två och då kan en trainee och en Äldreassistent gå tillsammans.

Avseende bemanning är det inte rimligt, vare sig säkerhetsmässigt eller kvalitetsmässigt, att t.ex. bemanna en avdelning i särskilt boende med en person med dokumenterad kompetens och flera under upplärning. Det rimliga bör vara att förhållandet aldrig överstiger en trainee per person med dokumenterad kompetens. Eftersom den som är trainee är under upplärning anser vi att personal med dokumenterad kompetens bör ge en trainee handledning och stöd i arbetet. Det bör finnas tid för att tillsammans reflektera kring det arbete som man utför. Sådana åtgärder minskar rimligtvis



både den tid och kostnad som det tar för personen under upplärning att bli färdig Äldreassistent.

### 5.3 Omsorg – Äldreassistentens huvudsakliga kompetens

**Vårt förslag:** Äldreassistentens huvudsakliga och specifika arbetsområde är omsorg. Omsorg ska utgöra minst tre fjärdedelar av den kompetens som preciseras i de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

Det finns i arbetet kring äldre i behov av omsorg och vård en mängd olika yrkesgrupper. Det är t.ex. sjuksköterskor som ansvarar för omvårdnaden, sjukgymnaster och arbetsterapeuter som ansvarar för rehabilitering och träning, dietister som ansvarar för adekvat kost och nutrition. Vi har funnit att frågor kring omsorg och kompetens för att ge omsorg ofta är bristfälligt beskrivna. Enligt vår bedömning beror det bl.a. på att människors emotionella, sociala och fysiska behov som inte kräver sjukvård ofta är svårare att beskriva konkret. Det gör att de mer sjukvårdande och tekniska arbetsuppgifterna och ibland även de konkreta serviceuppgifterna oftare kommer i fokus. Traditionellt har också sjukvårdande uppgifter haft en högre status. När stöd och hjälp till den äldre behandlas, både vid biståndsbedömning och vid utförandet, riktas fokus ofta också på de praktiska och medicinska behoven medan de emotionella och sociala blir lägre prioriterade<sup>1</sup>.

Under vårt utredningsarbete har det dock tydligt framkommit, både i samtal med företrädare för verksamheterna och omsorgspersonal och i studier av litteratur och rapporter, att det är omsorgsuppgifterna som borde vara de dominerande. Vi har också gjort bedömningen att det framförallt är omsorgsuppgifter som kommer att dominera i framtiden och med förskjutningen från arbetsområdena service och omsorg till arbetsområdena omsorg och vård. Vi har bl.a. av detta skäl försökt beskriva omsorgsuppgifterna utförligt i de uppgiftsrelaterade yrkeskraven Funktionsbevarande omsorg, Emotionell och social omsorg, Kroppsnära omsorg, Måltid, kost och näring samt Omsorg och vård i livets

---

<sup>1</sup> *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007*. Socialstyrelsen, 2008.

slut. Sammantaget finner vi därför att omsorg är Äldreassistentens huvudsakliga och specifika arbetsområde, kompletterat med vissa vårduppgifter.

Med tanke på de brister som finns i dag och eftersom vi vill skapa ett yrke där omsorg verkligen får genomslag i den kompetens som Äldreassistenten besitter, finner vi att det finns behov av att tydliggöra hur stort utrymme omsorg bör få. Historiskt sett har hälso- och sjukvårdsfrågor i alltför hög grad dominerat yrkesutbildningarna inom området vilket förstås också får genomslag ute i verksamheterna. Många yrkeslärare har t.ex. en bakgrund i hälso- och sjukvården och enligt beräkningar som vi låtit göra är 60 procent av vårdlärarna sjuksköterskor. (Se avsnitt 6.3 Utbildningsvägen) Just yrkeslärarna kommer förstås att ha en central roll i arbetet med att genomföra den kvalitetshöjning vi vill åstadkomma.

Man kan ifrågasätta det kloka i att från utredningens sida kvantifiera hur mycket omsorg som måste ingå i preciseringen av yrkeskraven. Samtidigt är det viktigt att påpeka att någonstans, på någon nivå, måste det göras en avvägning av innehållet. Då vi som utrett frågan faktiskt har både en uppfattning om att vi vill öka omsorgens del av det tillgängliga kompetensutrymmet och en farhåga om att så inte blir fallet om inte någon på central nivå beslutar så, tycker vi ändå att det är befogat. Vi föreslår därför att minst tre fjärdedelar av den kompetens som preciseras i de nationella yrkeskraven ska utgöra omsorg. Omsorg måste således ges motsvarande utrymme i en ny framtida gymnasieutbildning (se vidare 6.3 Utbildningsvägen) och i valideringen av befintlig kompetens (se vidare 6.4 Valideringsvägen).

## 5.4 Yrkeskravsnivå

**Vårt förslag:** Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att ytterligare precisera innehållet i och nivån på kompetens i varje nationellt yrkeskrav för Äldreassistent. Den samlade kompetensen ska motsvara en nivå som man skulle kunna tillgodogöra sig på en treårig gymnasieutbildning med inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre (karaktärsämnen ca 1 500 gymnasiepoäng).

Vi har föreslagit elva nationella yrkeskrav. Yrkeskraven har formulerats för att vara giltiga i åtminstone tio till femton år framåt i tiden. Det betyder att de är relativt generellt formulerade. I yrkeskravet för åldrandets sjukdomar har vi exempelvis valt att ange att Äldreassistenten ska ha kunskap om vanligt förekommande sjukdomar och hälsoproblem hos äldre. Vi har här avstått från att formulera vilka sjukdomar och hälsoproblem som avses eftersom t.ex. medicinteknisk utveckling kan påverka vilka behov som kommer att vara störst på sikt. Det är inte heller rimligt att i förordning ange detta. Samtidigt måste en precisering ske för att det ska gå att närmare förstå vilket innehåll och djup i kompetens som avses. Vi anser att det är viktigt för såväl regering, som remissinstanser och berörda myndigheter att ha ett så pass detaljerat förslag att ta ställning till att man kan göra sig en föreställning om hur det kommer att se ut när reformen väl är genomförd. I betänkandet har vi därför redan påbörjat en precisering av varje yrkeskrav så som vi tänker oss att det borde se ut. När det gäller Måltid, kost och näring har vi t.ex. preciserat att Äldreassistentens kunskap om måltid bl.a. innefattar kunskap om måltiden ur ett socialt, psykiskt och fysiskt perspektiv samt kunskap om förekomsten av olika matvanor eftersom de kan skilja sig ur historiskt, religiöst och kulturellt hänseende. Denna precisering av respektive yrkeskrav behöver emellertid utvecklas ytterligare.

Socialstyrelsen har redan i dag till uppgift att i vissa fall beskriva kompetens för hälso- och sjukvårdspersonal. När det gäller t.ex. utbildning av specialisläkare åligger det Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för varje specialistkompetens<sup>2</sup>. Socialstyrelsens föreskrifter om detta är bindande, vilket bl.a. innebär att utbildningen på sjukhusen måste anpassas efter dessa krav. De olika kompetensbeskrivningarna som Socialstyrelsen utformat för bl.a. sjuksköterskor är dock enbart allmänna råd. Vi har, som vi tidigare har redogjort för och i enlighet med vårt uppdrag, sett ett behov av att precisera och reglera yrket Äldreassistent. Mot bakgrund av att Socialstyrelsen har erfarenhet av att precisera kompetensen för vissa yrkesgrupper och att vi i övrigt föreslår att flera uppgifter som hänger samman med att skapa det nya yrket Äldreassistent också ska hanteras av Socialstyrelsen, finner vi att myndigheten är mest lämpad för uppgiften att precisera yrkeskraven för Äldreassistent.

<sup>2</sup> *Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Föreskrifter och allmänna råd. Målbeskrivningar 2008.* Socialstyrelsen, 2008.

Ett annat viktigt skäl är att Socialstyrelsen är den myndighet som har sakkunskap om vilken kompetens som behövs inom omsorg och vård för äldre. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att i föreskrifter ytterligare precisera innehållet i och nivån på kompetens i varje nationellt yrkeskrav för Äldreassistent. I arbetet ska samråd ske med branschens parter liksom med Skolverket för att i möjligaste mån uppnå en samsyn. Den kompetens som Skolverket har när det gäller att ta fram kursplaner för gymnasiekompetens kommer naturligtvis att vara viktig i arbetet.

Varje yrkeskrav omfattar tre dimensioner enligt Bologna-deklarationens tre huvudområden för kompetens, dvs. förhållningssätt och värderingsförmåga, kunskap och förståelse samt färdighet och förmåga. I arbetet ska en precisering ske av dessa. Socialstyrelsen ska utgå ifrån vad vi tidigare har angivit om relationen mellan yrkeskraven, dvs. att omsorg ska utgöra minst tre fjärdedelar av Äldreassistentens kompetens. Vidare ska Socialstyrelsen utgå ifrån att den tid som står till förfogande för att uppnå Äldreassistentens samlade kompetens ska motsvara en nivå som man skulle kunna tillgodogöra sig på en treårig gymnasieutbildning med inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre (karaktersämnen ca 1 500 gymnasiepoäng).

## 5.5 Delegering

**Vår bedömning:** Äldreassistenten bör, under förutsättning att de har den kompetens som anges i vårt förslag till nationella yrkeskrav, på sikt få behörighet att självständigt administrera läkemedel, efter att läkemedlet iordningställts av sjuksköterska eller annan behörig person. Skulle dagens delegeringsbestämmelser kvarstå 2015 bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över sina föreskrifter på området i syfte att ge Äldreassistenten behörighet att administrera läkemedel.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finns bestämmelser om läkemedelshandling inom hälso- och sjukvården.<sup>3</sup> Läkemedel ska iordningställas av sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En sjuksköterska, läkare eller tandläkare som iordningställt läkemedlet har själv ansvaret för administreringen till

<sup>3</sup> SOSFS 2000:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården.

patienten. Grundläggande bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonals behörighet finns i LYHS. Ytterligare regler finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.<sup>4</sup> Där anges att en sjuksköterska genom delegering får överlåta åt en annan befattningshavare att iordningställa eller administrera läkemedel under förutsättning att det är förenligt med god och säker vård för patienten. Vidare anges att läkemedelshandlingen bör skötas av så få som möjligt och delegering bör göras restriktivt. Sjuksköterskan bör kontrollera att den person som är föremål för delegeringen har tillräcklig kompetens och erfarenhet, är noggrann, har gott omdöme samt är lämplig i övrigt.

Delegeringssituationen kan innebära svårigheter för både sjuksköterskan och omsorgspersonalen, vilket t.ex. också påtalats vid våra möten både med representanter för Kommunal och Vårdförbundet. För sjuksköterskans del handlar det om möjligheten att bedöma omsorgspersonalens kompetens, ibland ett stort antal olika individer, och för omsorgspersonalen kan det gälla osäkerhet inför uppgiften.

Att vidga Äldreassistentens kompetensområde med vissa medicinska arbetsuppgifter är, under förutsättning att de uppfyller de kompetenskrav som vi föreslår, ett sätt att öka säkerheten för de äldre samt minska byråkratin. Det innebär att lätta på en ofta tung ansvarsbörda och upplärningsskyldighet för sjuksköterskor och annan högskoleutbildad personal. Det gör också att Äldreassistenten blir mer användbar för arbetsgivaren. Vi har därför övervägt att föreslå att en Äldreassistent självständigt, utan delegering, ska ges behörighet att administrera läkemedel. Vi har dock stannat vid att inte föreslå någon ändring i den delen, bl.a. eftersom frågan för närvarande är under beredning. Socialstyrelsen har signalerat att föreskrifterna troligen kommer att försvinna eller omarbetas på sikt. Det finns anledning att tro att regleringen av vem som får utföra vissa arbetsuppgifter kommer att minska och att arbetsgivaren kommer att åläggas större ansvar för att alla arbetsuppgifter utförs av personal med tillräckligt hög kompetens. Det är alltså den faktiska kompetensen som ska vara vägledande i framtiden och inte en specifik titel eller legitimation. Om denna förändring av bestämmelserna görs kommer alltså Äldreassistenten, under förutsättning att yrkeskraven utformas så att kompetens inom detta område garanteras, kunna ges rätt att administrera läke-

---

<sup>4</sup>SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

medel. I avvaktan på detta har vi valt att inte lägga några förslag angående Äldreassistentens behörighet att självständigt administrera läkemedel. Däremot har vi formulerat nationella yrkeskrav som innebär att Äldreassistenten ska ha kompetens att självständigt utföra uppgiften.

Vi finner således att Äldreassistenten på sikt bör få behörighet att självständigt hantera och administrera läkemedel, efter att läkemedlet iordningställts av sjuksköterska eller annan behörig person. Skulle dagens delegeringsbestämmelser kvarstå 2015 bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över sina föreskrifter på området i syfte att ge Äldreassistenten behörighet att administrera läkemedel.

## 5.6 En översyn av SoL och HSL

**Vår bedömning:** En utredning bör tillsättas med uppdrag att utreda förhållandet mellan SoL och HSL. Utredningen bör särskilt överväga de rättsliga effekterna av att allt mer sjukvård bedrivs inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre och vilka konsekvenser det får för behörighets- och ansvarsfrågor.

Genom Ädelreformen fick kommunerna ett visst lagstadgat ansvar för hälso- och sjukvård.<sup>5</sup> Avsikten var bl.a. att integrera insatser till äldre som ges enligt SoL och HSL på ett bättre sätt genom att skapa bättre legala förutsättningar för att lägga ansvaret och utförandet hos en huvudman, dvs. hos kommunen. I olika sammanhang krävs emellertid att uppgifter som utförs enligt SoL respektive HSL skiljs åt eftersom det är nödvändigt att veta enligt vilken lagstiftning en insats ges då krav och ansvarsförhållanden för både personal och ledning i olika avseenden skiljer sig åt.

I vilken mån kommuner ansvarar för hälso- och sjukvårdsuppgifter skiftar. Kommuner ska generellt erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som bor i sådan boendeform eller bostad som avses 5 kap. 5 § och 7 kap. 1 § SoL (18 § första stycket HSL). Det handlar då om kommunala och enskilda särskilda boenden. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (18 § andra stycket HSL). I detta fall rör det sig om hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs i t.ex. den

---

<sup>5</sup> Prop. 1990/91:14. Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

äldres ordinära bostad. Ungefär hälften av landets kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvården.<sup>6</sup>

Socialstyrelsen har i olika kunskapsöversikter och lägesrapporter belyst omfattningen av kommunernas hälso- och sjukvård samt olika effekter och konsekvenser av att arbetsuppgifter inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre utförs med stöd av socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsreglering.<sup>7</sup> Hälso- och sjukvårdsuppgifter enligt HSL utförs inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre av både legitimerad, i första hand sjuksköterskor, och icke legitimerad personal, t.ex. undersköterskor och vårdbiträden. Det är inte alltid uppenbart att omsorgspersonal som utför sjukvårdande uppgifter i det enskilda fallet är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Vilka som är hälso- och sjukvårdspersonal styrs av 1 kap. 4 § LYHS. Inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre handlar det i praktiken om omsorgspersonal som biträder legitimerad personal (punkten 3)<sup>8</sup>. Det betyder att det ibland finns en osäkerhet om omsorgspersonalen omfattas av det ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal har. En annan otydlighet är att det inte alltid går att avgöra om en enskild insats är en socialtjänstinsats eller en hälso- och sjukvårdsinsats. Här kan personalen dessutom ha olika uppfattningar i frågan.<sup>9</sup>

Vi föreslår genom de nationella yrkeskraven att Äldreassistenter ska ha viss kompetens gällande hälso- och sjukvårdsuppgifter. Vi har övervägt att göra ett tillägg i 2 e § HSL på motsvarande sätt som vi föreslår ett tillägg till kvalitetsparagrafen i SoL. Vi har emellertid funnit att vi i så fall måste definiera vilka arbetsuppgifter som ska regleras vilket innebär att vi måste göra ändringar rörande behörighet och ansvar i LYHS. Vi har bedömt att det i dag inte är lämpligt, bl.a. mot bakgrund av att Socialstyrelsen själva ser över sina egna föreskrifter i denna del. Vår slutsats är att frågan om behörighets- och ansvarsfrågor inom hälso- och sjukvården behöver utredas i ett vidare sammanhang än enbart för personal inom omsorg och vård för äldre. En utredning bör därför tillsättas med uppdrag att utreda förhållandet mellan SoL och HSL. Utredningen

<sup>6</sup> *Sammanhållen hemvård*. SOU 2004:68.

<sup>7</sup> Se t.ex. *Lagstiftning inom vården och omsorgen om äldre – Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*. Socialstyrelsen, 2006; *Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården och tandvården*. Socialstyrelsen, 2004; *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning*. Socialstyrelsen, 2001.

<sup>8</sup> Jfr Prop. 1997/98:109, Prop. 1993/94:149 och Prop. 1978/79:220.

<sup>9</sup> *Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*. Socialstyrelsen, 2004.

bör särskilt överväga de rättsliga effekterna av att allt mer sjukvård bedrivs inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre och vilka konsekvenser det får för behörighets- och ansvarsfrågor.



## 6 Ett system för att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent

### 6.1 Den framtida rekryteringsbasen

Det är i dag inte tillräckligt många som själva investerar i en utbildning för att arbeta med omsorg och vård för äldre. Endast en mindre del av de som rekryteras är ungdomar som har gått gymnasiets omvårdnadsprogram. Betydligt fler av de som anställs är personer med skiftande ålder och bakgrund vad beträffar, tidigare utbildning, annan arbetslivserfarenhet och med olika språklig och kulturell eller etnisk bakgrund.

Rekryteringsbasen till framtidens omsorg och vård för äldre kommer, enligt vår bedömning, att fortsatt vara mycket heterogen. Nedan ges exempel på grupper som rekrytering troligen kommer att ske från:

- unga med omvårdnadsutbildning, dvs. en yrkesförberedande utbildning som de kan behöva komplettera på arbetsplatsen,
- unga/vuxna med annan gymnasial utbildning än med inriktning mot omsorg och vård,
- unga/vuxna med ofullständig gymnasieutbildning,
- vuxna med omvårdnadsutbildning inkl. kärnämnen,
- vuxna med omvårdnadsutbildning exkl. kärnämnen,
- vuxna med annan vårdutbildning och/eller vårderfarenhet,
- vuxna utan gymnasial utbildning samt

- vuxna med utländsk omsorgs- och vårdutbildning med varierande innehåll eller annan yrkesutbildning och/eller yrkeserfarenhet och som kan behöva komplettering av yrkesutbildning och/eller vårdsvenska.

Konkurrensen om arbetskraft kommer att öka när ungdomskullarna minskar och 40- och 50-talisterna nu lämnar arbetsmarknaden. För att omsorg och vård för äldre ska kunna klara av att nyrekrytera tillräckligt många kommer sannolikt personer ur alla ovan nämnda grupper att behövas. År 2006 rekryterades ca 15 000 undersköterskor och vårdbiträden till kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre. Behovet av nyrekrytering kommer att öka i takt med att 40-talisterna pensioneras och antalet äldre ökar.

## 6.2 Två vägar till yrkeskompetens

För att öka kvalitet och attraktivitet i arbete inom omsorg och vård för äldre föreslår vi två kompetensnivåer, en grundläggande nivå och en nivå för specialistkompetens. Specialistkompetens för Äldreassistenter beskriver vi mer utförligt i avsnitt 7.

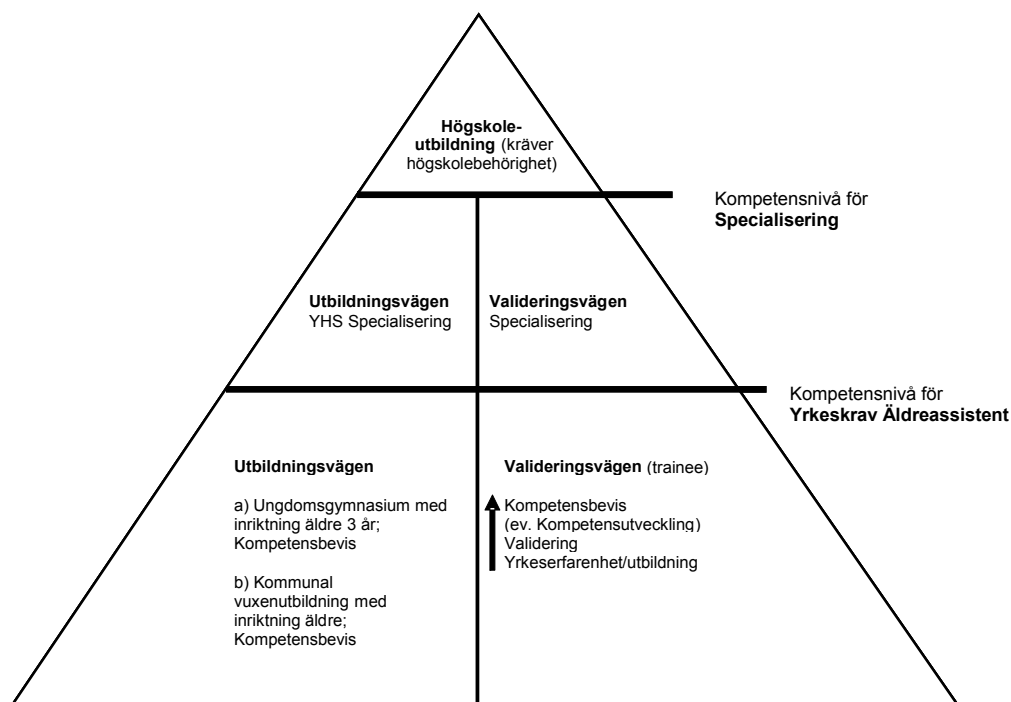
För att möjliggöra att våra grundläggande yrkeskrav får genomslag i verksamheten bedömer vi att det bör finnas flera vägar att uppnå kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Mot bakgrund av det stora rekryteringsbehovet och den heterogena rekryteringsbasen måste dessa vägar kunna svara mot intresserade med mycket skiftande bakgrund. Vi beskriver här de huvudspår som vi kallar *Utbildningsvägen* respektive *Valideringsvägen*. Utbildningsvägen är gymnasial utbildning med inriktning mot arbete för äldre och som riktar sig både till ungdomar som ska välja gymnasieutbildning och till de som vill utbilda sig i vuxen ålder. Valideringsvägen innebär att den som anställs som trainee i omsorg och vård för äldre kan få sin kompetens bedömd och dokumenterad och vid behov få kompletterande kompetensutveckling för att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

Nivån för specialistkompetens ska på motsvarande sätt som den grundläggande nivån kunna nås via en utbildningsväg eller via en valideringsväg, dvs. validering mot nationella kriterier för yrkeskompetens och vid behov kompletterande kompetensutveckling.

I figur 2 beskrivs Utbildningsvägen respektive Valideringsvägen för både den grundläggande kompetensnivån respektive nivån för

specialistkompetens. Nivån för specialistkompetens och vägarna dit beskrivs närmare i avsnitt 7. Den som validerats mot de nationella yrkeskraven för Äldreassistent utan att ha gymnasiekompetens kan behöva komplettera kärnämnen för att vara behörig att studera på yrkeshögskolan. För högskolestudier krävs lägst behörighet enligt högskolans behörighetsbestämmelser.

**Figur 2** Två vägar till grundläggande kompetens respektive till specialistkompetens



## 6.3 Utbildningsvägen

### 6.3.1 Gymnasial utbildning med inriktning mot arbete för äldre

**Vårt förslag:** Det ska på gymnasial nivå finnas en utbildning inom omsorg och vård med inriktning mot arbete för äldre som ger kompetens som motsvarar de nationella yrkeskraven för Äldreassistent och som vid uppnådd kompetens kan ge kompetensbevis för Äldreassistent.

Omsorg och vård för äldre är verksamhet som nu och framöver kommer att behöva rekrytera ny personal med tillräcklig kompetens för sitt arbete. Den kompetens som preciserats i yrkeskrav för Äldreassistent ska kunna uppnås inom ramen för en gymnasieutbildning under förutsättning att utbildningen har en särskild inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre. Utbildningen på gymnasiet är i dag styrande för hur utbildningen inom den kommunala vuxenutbildningen utformas. För att tillgodose det rekryteringsbehov vi ser i framtiden inom omsorg och vård för äldre är det nödvändigt att det finns ett utbildningssystem och ett utbud av utbildning som korrelerar med yrkeskraven för Äldreassistent. En yrkesutbildning på gymnasienivå ska kunna leda till kompetens som motsvarar de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

En särskild inriktning mot arbete för äldre kan motiveras av flera skäl: För det första är undersköterskor och vårdbiträden i kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre Sveriges största yrkeskår som 2006 bestod av ca 185 000 personer. Därtill tillkommer ett stort antal timavlönade personer.<sup>1</sup> För det andra är omsorg och vård för äldre, handikappomsorg och landstingens hälso- och sjukvård verksamheter som till del liknar varandra men som också har betydande skillnader, vilket motiverar skilda inriktningar. Litteraturen visar att arbetsuppgifterna är likartade och kräver samma slags yrkeskunskaper, men användandet av kunskaperna i det faktiska arbetet skiljer sig stort<sup>2</sup>. Inom omsorg och vård för äldre är arbetsuppgifterna i huvudsak inriktade på stöd och hjälp enligt SoL. Den kompetens som behövs i framtiden är

<sup>1</sup> *Aktuellt på äldreområdet*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

<sup>2</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. Socialstyrelsen, 2006.

enligt vår bedömning i första hand omsorg som är specifikt inriktad på äldres behov. Detta avspeglar sig i de nationella yrkeskraven som vi föreslår. Så betonas t.ex. betydelsen av ett emotionellt och socialt innehåll i den äldres vardag i yrkeskravet Emotionell och social omsorg. I ett annat yrkeskrav lyfter vi fram måltidens betydelse för äldre. Den hälso- och sjukvårdskompetens som behövs inom omsorg och vård för äldre handlar om de specifika vårdbehov som äldre personer kan ha. Den kompetens som behövs för arbete inom handikappomsorgen är inriktad mot att personer med funktionsnedsättning ska kunna studera, arbeta, bilda familj och i övrigt leva ett aktivt liv. Inom landstingens hälso- och sjukvård, ofta sluten vård, krävs kompetens som till sitt innehåll i huvudsak gäller arbetsuppgifter som utförs enligt HSL dvs. sjukvård, omvårdnad och rehabilitering. Ett tredje skäl för en särskild inriktning är att vi bedömer det som orealistiskt att en treårig utbildning ska leda till tillräcklig yrkeskompetens för arbete inom tre så komplexa och kompetenskrävande verksamhetsområden.

Erfarenheter från Norge visar att verksamheten inte alltid gagnas av breda utbildningsprogram. Sedan två år tillbaka finns där en yrkesutbildning på gymnasienivå, Helsefagarbeider, som ska leda till arbete inom hela omsorgs- och vårdsektorn. Det är en sammanslagning av de tidigare yrkesutbildningarna Hjelpepleiere och Omsorgsarbeidere. Redan nu har kritik kommit mot att utbildningen försöker omfatta ett för stort arbetsområde då man från hälso- och sjukvården framfört att en Helsefagarbeider inte har tillräcklig kompetens för att arbeta inom sjukvården.

Det är riksdagen som inrättar nationella program på gymnasieskolan och regeringen som beslutar om inriktningar och vilka ämnen som ska ingå i en inriktning. Därefter uppdras åt Skolverket att formulera kursplaner.

Vi föreslår att omsorgsutbildning på gymnasienivå ska innehålla en särskild inriktning mot arbete för äldre och att Skolverket ges i uppdrag att utforma karaktärsämneskurser som efter godkända studier ger kompetens motsvarande de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Den enskilde kan därefter hos kommunen ansöka om kompetensbevis för Äldreassistent. Detta är vår principiella ståndpunkt och gäller oavsett hur den framtida gymnasieskolan kommer att utformas.

### 6.3.2 Kommande Program för Omsorg och vård samt dagens omvårdnadsprogram

**Vår bedömning:** Gymnasieutredningens förslag om Programmet för Vård och omsorg bör i stället vara Programmet för Omsorg och vård och ges en särskild inriktning mot arbete för äldre som ger kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent och yrkesexamen Äldreassistent. Om nuvarande omvårdnadsprogram bibehålls bör en särskild inriktning mot arbete för äldre inrättas och förändringen införas i Gymnasieförordningen.

#### Att uppnå yrkeskraven i den nya gymnasieskolan

##### *Gymnasieutredningens förslag*

Gymnasieutredningen föreslår i betänkandet Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola att Programmet för Vård och omsorg ska omfatta tre studieår på tillsammans 2 500 poäng. 600 poäng är gymnasiegemensamma och består av svenska/svenska som andra språk, engelska, matematik, historia, religionskunskap, samhällskunskap, naturkunskap samt idrott och hälsa. Programgemensamma karaktärsämnen omfattar 1 200 poäng och ska ge en bred kunskapsbas för gemensam vård- och omsorgskompetens. Programmet har, till skillnad från alla andra föreslagna program, inga inriktningar. I stället föreslås att det inom programfördjupningen, som omfattar omkring 400 poäng, ska vara möjligt att erbjuda kurspaket som svarar mot olika verksamheter inom omsorg och vård. Alla elever ska genomföra ett examensarbete omfattande 100 poäng. De 200 poäng som återstår utgörs av individuellt val och kan exempelvis vara kurser som ger grundläggande högskolebehörighet.<sup>3</sup>

Gymnasieutredningen föreslår också att den studerande ska genomföra minst 15 veckors obligatoriskt arbetsplatsförlagt lärande. Utredningens motivering är att lärandet på en arbetsplats sker i realistisk miljö och under överinseende av en yrkeskunnig handledare vilket ger eleven möjlighet att tillägna sig den mångfacetterade yrkeskoden i ett reellt socialt sammanhang. APL ger också goda förutsättningar för eleven att träna och tillägna sig de mer

<sup>3</sup> Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola. SOU 2008:27.

generella kompetenser som tillsammans med yrkeskompetens blir allt viktigare. Det arbetsplatsförlagda lärandet ska naturligtvis till sitt innehåll överensstämma med karaktären på det yrkesprogram eleven går. Den skolförlagda undervisningen i karaktärsämnen ska tillsammans med det arbetsplatsförlagda lärandet gemensamt bidra till att eleven erhåller det yrkeskunnande som krävs för gymnasieexamen inom ett bestämt yrkesområde.<sup>4</sup>

Gymnasieutredningen föreslår vidare att en yrkesexamen (examen för yrkesprogram) och en högskoleförberedande examen (examen från högskoleförberedande program) ska införas. För yrkesexamen krävs fullgörande av en godkänd examensuppgift, betyg i 2 500 poäng (fullständigt program), varav godkända betyg på 2 250 poäng och godkända betyg i den första kursen i svenska/svenska som andra språk, matematik och engelska. Utformningen av en yrkesexamen ska göras i nära samverkan med de aktuella yrkesbranscherna. Examensmålen ska vara skrivna på programnivå, men på ett sådant sätt att de kan och ska användas på inriktningsnivå.<sup>5</sup>

### *En särskild inriktning mot arbete för äldre*

Gymnasieutredningen har lagt sitt förslag innan våra förslag om nationella yrkeskrav för arbete inom omsorg och vård för äldre utformats, vilket innebär att utredningen inte haft möjlighet att överväga hur de nationella yrkeskraven påverkar den gymnasiala utbildningen. Vi lämnar därför synpunkter på hur dessa yrkeskrav ska kunna uppnås inom föreslagen gymnasieskola.

Vi delar huvuddragen i gymnasieutredningens förslag, men vi ser helst att det föreslagna Programmet för Vård och omsorg i stället kallas för Programmet för Omsorg och vård. Anledningen till detta är att sådan gymnasial utbildning ska ge en bra utbildning för ungdomar som vill arbeta inom olika omsorgs- och vårdområden som omsorg och vård för äldre, handikappomsorg och landstingens hälso- och sjukvård, dvs. två områden med inriktning mot omsorg och ett mot vård. Till antalet är det också betydligt fler personer med gymnasial utbildning som kommer att arbeta inom handikappomsorg och omsorg och vård för äldre jämfört

---

<sup>4</sup> *Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola*. SOU 2008:27.

<sup>5</sup> *Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola*. SOU 2008:27.

med hur många med samma utbildningsnivå som kommer att arbeta inom landstingens hälso- och sjukvård.

Vi anser dessutom, till skillnad från gymnasieutredningen, att programmet bör ha nationella inriktningar. En sådan inriktning bör vara mot omsorg och vård för äldre, vilket kan motiveras av samma skäl som tidigare redovisats. Skälen för detta är i korthet för det första att det gäller Sveriges största yrkeskår, för det andra att omsorg och vård för äldre, handikappomsorg och landstingens hälso- och sjukvård är verksamheter som har betydande skillnader, vilket gett avtryck i de nationella yrkeskraven samt för det tredje att vi bedömer det som orealistiskt att en treårig utbildning ska leda till tillräcklig yrkeskompetens för arbete inom tre så skilda och kompetenskrävande verksamhetsområden. Vi menar att inriktningens karaktärsämnen bör omfatta ca 1 000 poäng och resterande ca 600 poäng bör vara programgemensamma karaktärsämnen. Efter genomgången och godkänd utbildning erhålls yrkesexamen Äldreassistent.

Det har från olika håll framhållits att ett program för Omsorg och vård utan inriktningar skulle ha större möjlighet att rekrytera ungdomar än vad t.ex. en inriktning mot arbete för äldre skulle ha och det är då arbete inom den slutna hälso- och sjukvården som antas attrahera ungdomar. Den slutna hälso- och sjukvårdens behov av personal med gymnasial vårdutbildning är jämförelsevis begränsat<sup>6</sup>. Det betyder att de flesta som studerar på ett vård- och omsorgsprogram utan inriktning och som söker arbete ändå kommer att arbeta inom omsorg och vård för äldre eller inom handikappomsorg. Vi menar att det är olyckligt om ungdomar får en föreställning om att studier på Programmet för Omsorg och vård leder till arbete inom den slutna hälso- och sjukvården. Vi anser därför att en särskild inriktning mot arbete för äldre tydligare visar var det i praktiken finns möjlighet att få arbete.

### *Färdighetsträning*

Vi har övervägt om den gymnasiala utbildningen efter att yrkesexamen uppnåtts, borde kompletteras med en period av yrkesverksamhet under lärlingsliknande former och som avslutas med någon

---

<sup>6</sup> Landstingsanställd personal 2007, tabell 5 Anställningar och sysselsatta efter befattningsklassificering. [www.skl.se](http://www.skl.se) Här redovisas att av drygt 135 200 anställda har ca 50 200 utbildningsnivå motsvarande gymnasial utbildning.



form av bedömning. En sådan period skulle ge möjlighet till färdighetsträning samt tillfälle att få yrkeserfarenhet, vilket är svårt att få utrymme för inom en treårig utbildning. En fördel med ett sådant system är att denna period ligger efter utbildningen och därmed kan bygga på den kunskap och de förmågor som inhämtats under hela gymnasietiden. Flera verksamhetsföreträdare har påpekat att nuvarande omvårdnadsprogram, som är yrkesförberedande, ger en alltför grund kompetens för att klara arbete med omsorg och vård för äldre. Även om gymnasieutredningens förslag innebär en förskjutning från yrkesförberedande utbildning mot yrkesinriktad så vore det, enligt vår bedömning, önskvärt med en period i verksamhet efter utbildningstiden för att säkerställa att samtliga nationella yrkeskrav uppnåts. Vi har dock bedömt att nackdelarna med en särskild verksamhetsförlagd period efter gymnasieexamen överväger fördelarna.

Gymnasieutredningens förslag innebär att en yrkesexamen ska kunna uppnås efter tre års studier på gymnasienivå. Att då förlägga ytterligare tid efter utbildningen för att erhålla yrkesexamen Äldreassistent innebär en komplicering av systemet som därmed också blir otydligt. Det innebär även extra kostnader för huvudmännen om färdighetsträningen läggs efter anställning eller en kostnad för individen om perioden genomförs innan anställning. Vi anser också att rekryteringen till programmet gynnas av att yrkesexamen Äldreassistent uppnås inom ramen för gymnasietiden. Gymnasieutredningen föreslår att andra program ska ge yrkesexamen och yrkestitel och enligt bl.a. Sveriges elevråds organisation (SVEA) är möjligheten till yrke och arbete ett vägande skäl när yrkesutbildning väljs. Om Programmet för Omsorg och vård har en yrkesutgång som inte når upp till den yrkeskompetens som krävs finns risk att programmets attraktivitet minskar.

För att uppväga nackdelarna med att inte föreslå färdighetsträning anser vi att det inom Programmet för Omsorg och vård

- ska inrättas en särskild inriktning mot arbete för äldre samt
- att det i denna inriktning ska ingå minst 15 veckors APL.

Under förutsättning att ovanstående villkor uppfylls bedömer vi att en sådan treårig utbildning på gymnasienivå ska leda fram till yrkesexamen Äldreassistent.

*Omsorg – Inriktningens huvudsakliga innehåll*

En inriktning mot arbete för äldre bör följa gymnasieutredningens förslag på struktur och de kurser som ingår ska i stor utsträckning vara utformade specifikt för arbete inom omsorg och vård för äldre. Vid utarbetandet av dessa kursplaner är det angeläget att de nationella yrkeskraven är vägledande, även om ett enskilt yrkeskrav naturligtvis inte ska ses som en egen kurs. Det viktiga är att inriktningen utformas så att det är möjligt att uppnå de nationella yrkeskraven efter genomgången utbildning. Merparten av utbildningen i gymnasiepoäng räknat bör vara omsorg (se avsnitt 5.3).

Inriktningen bör innehålla minst 15 veckors arbetsplatsförlagt lärande. De nationella yrkeskraven gäller kunskaper, förmågor och förhållningssätt/värderingsförmåga vilket betyder att lärande på arbetsplatsen utgör en viktig förutsättning för att uppnå yrkeskompetens. Arbetsplatslärande förutsätter, enligt vår bedömning, handledning av erfaren personal, förslagsvis Äldreassistent, socionom och socialt omsorgsutbildade, men även personer med andra yrken bör fungera som handledare inom sina yrkesområden t.ex. sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det är också angeläget att det under tiden ute i den praktiska verksamheten ges utrymme för granskning och reflektion kring genomförda arbetsuppgifter så att ett verkligt lärande möjliggörs.

Vår bedömning är att längre APL, enligt beskrivningen ovan, ger mer erfarenhet och utrymme för färdighetsträning och därmed större möjlighet att uppnå den kunskap och de förmågor som yrkeskraven ställer och som efterfrågas av verksamheterna. Som ett exempel kan nämnas att den tidigare nämnda nya norska utbildningen till Helsefagarbeider består av två års teoretiska studier och två års praktik, varav ett år är att betrakta som APL. Även om längre APL vore önskvärt så har vi valt att följa gymnasieutredningens förslag om 15 veckors APL, för att behålla en enhetlig struktur som är likvärdig för samtliga yrkesinriktade gymnasieprogram. Därmed överläts åt utbildningsanordnaren att bedöma om extra tid på arbetsplats är nödvändig för att uppnå de nationella yrkeskraven, vilket stämmer väl överens med ett mål- och resultatstyrt utbildningssystem.

Om inte en nationell inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre inrättas skulle ett alternativ kunna vara en särskild programfördjupning. Det bör då nationellt fastställas vilka kurser som ska ingå i denna programfördjupning. Vi bedömer dock att en

sådan lösning inte skulle garantera den nationella likvärdigheten och inte heller ge möjlighet att uppnå yrkeskraven. Den önskvärda kvalitetshöjningen skulle därmed äventyras. Vi finner att man då måste gå Valideringsvägen.

### Att uppnå yrkeskraven genom utbildning på nuvarande omvårdnadsprogram

Omvårdnadsprogrammet genomförs på tre studieår (2 500 poäng) och består av obligatoriska kärnämneskurser<sup>7</sup> omfattande 750 poäng och obligatoriska karaktärsämneskurser<sup>8</sup> omfattande 650 poäng. 700 poäng är valbara kurser som kan vara inriktade mot sjukvård, omsorg och vård för äldre, utvecklingsstörning eller vara andra omsorgs- och vårdinriktade kurser. Andra exempel på valbara kurser är engelska, matematik och historia. I programmet ingår 300 poäng individuellt val som består av kurser som eleven själv väljer. Dessa kan vara kurser inom omsorg och vård, men måste inte vara det och kan alltså vara t.ex. språk. Ett projektarbete om 100 poäng ska också genomföras. Programmet har inga inriktningar.<sup>9</sup> I omvårdnadsprogrammet ingår minst 15 veckors arbetsplatsförlagd utbildning (APU). I gymnasieförordningen (1 kap. 2 §) definieras APU som ”kursplanestyrd utbildning på ett program som genomförs på en arbetsplats utanför skolan”. Programmet ger ingen yrkesexamen.

Nuvarande omvårdnadsprogram är ett yrkesförberedande program som förbereder för arbete eller vidare studier inom ett brett arbetsfält och eleven har betydande möjligheter att själv välja vilka kurser som ska studeras. Det innebär att utrymmet för ”äldre-specifika” kurser blir begränsat i förhållande till de elva nationella yrkeskraven som vi föreslår och nuvarande kursutbud kan inte automatiskt anses motsvara yrkeskraven. Med den breda inriktning som programmet har kan en studerande ha genomfört större delen av sin APU inom andra verksamheter än omsorg och vård för äldre. Även om omvårdnadsprogrammet ger möjlighet att förvärva både teoretisk och praktisk kunskap och att träna vissa förmågor så kan

<sup>7</sup> Med kärnämnen avses Svenska/svenska som andra språk, engelska, matematik, estetisk verksamhet, idrott och hälsa, naturkunskap, religionskunskap och samhällskunskap.

<sup>8</sup> Med karaktärsämnen avses de ämnen genom vilka programmet får sin karaktär (SFS 1992:394, 1 kap. 2 §).

<sup>9</sup> *Omvårdnadsprogrammet Gy 2000:15*. Skolverket, 2000.

inte genomgången program automatiskt anses motsvara yrkesexamen med inriktning mot arbete för äldre.

Om nuvarande omvårdnadsprogram bibehålls ska därför en särskild inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre inrättas och förändringen införas i Gymnasieförordningen.<sup>10</sup> En sådan inriktning kan motiveras av samma skäl som under avsnittet Gymnasial utbildning med inriktning mot arbete för äldre. Inriktningen ska utformas så att genomgången utbildning ger kompetens motsvarande de nationella yrkeskraven för Äldreassistent. Den enskilde kan därefter hos kommunen ansöka om kompetensbevis för Äldreassistent.

Om nuvarande omvårdnadsprogram bibehålls *utan* inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre bedömer vi att studerande som genomgått detta program kommer att behöva gå Valideringsvägen för att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

### 6.3.3 Kommunal vuxenutbildning

**Vårt förslag:** Inom kommunal vuxenutbildning ska anordnas kurser på gymnasienivå som ger kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent och som vid uppnådd kompetens ger kompetensbevis för Äldreassistent.

Personer som vill arbeta inom omsorg och vård för äldre, men inte har kompetens som Äldreassistent, måste kunna erbjudas möjlighet att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent före anställning. Varje år nyanställs ca 15 000 personer inom omsorg och vård för äldre. Alla dessa kan naturligtvis inte rekryteras från ungdomsgymnasiet. Under perioden 2002–2005 har ca 2 200 elever årligen avslutat omvårdnadsprogrammet (omvårdnadsprogrammet, special utformat program med anknytning till omvårdnadsprogrammet samt utbildning från fristående skolor).<sup>11</sup> En del av dessa fortsätter med högskolestudier, andra väljer att arbeta inom handikappomsorg, hälso- och sjukvård eller helt andra verksamheter. Enligt vår bedömning innebär det att den absolut största delen av

<sup>10</sup> Gymnasieförordningen (1992:394).

<sup>11</sup> Skolverkets statistik, [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se), Betyg, studieresultat i gymnasieskolan läsåren 2002/2003–2005/2006, tabell 4.4.

de som behöver nyanställas även i framtiden kommer att rekryteras från annat håll än via gymnasieskolans omvårdnadsprogram.

I rekryteringsbasen finns vuxna med skiftande utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet, exempelvis personer med äldre omsorgs- och vårdutbildning och/eller yrkeserfarenhet eller yrkesutbildning och yrkeserfarenhet från annat land. Det kan också vara personer med annan gymnasial utbildning t.ex. från ett teoretiskt program eller personer som arbetat i helt andra verksamheter, där viss erfarenhet kan vara av värde i arbete inom omsorg och vård för äldre. För alla dessa är vuxenutbildning ett viktigt och nödvändigt alternativ. Det är därför angeläget att det är möjligt att uppnå yrkeskompetens via det offentliga skolväsendet för vuxna.

Gymnasial vuxenutbildning skiljer sig strukturmässigt från utbildning inom gymnasieskolan. Vuxenutbildning anordnas inte i form av program och det finns i nuvarande regelverk inget krav på arbetsplatsförlagd utbildning (APU). Däremot är de flesta kursplanerna gemensamma i de båda skolformerna.

Gymnasieutredningen föreslår i sitt betänkande att för att erhålla en yrkesexamen inom gymnasial vuxenutbildning krävs att den studerande uppnått samma examensmål som gäller för gymnasieskolan, exklusive betyg i ämnet idrott och hälsa. Vidare föreslås att en yrkesexamen avläggs på programnivå, men den kan vara utformad så att den specificerar också inriktning och yrkesutgång.<sup>12</sup> Vårt förslag om en nationell inriktning på Programmet för Omsorg och vård innebär en tydligare inriktning och yrkesutgång än gymnasieutredningens förslag.

Vi föreslår att det inom kommunal vuxenutbildning ska anordnas gymnasiala kurser motsvarande de som erbjuds i ungdomsutbildning med inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre. Uppnådd kompetens ger då kompetensbevis för Äldreassistent.

För vuxna studerande som saknar erfarenhet från arbete med omsorg och vård för äldre är det viktigt att arbetsplatslärande ingår. Det är angeläget att vuxenutbildningen genomförs i ett nära samarbete med branschen<sup>13</sup>, så att studierna kan ta sin utgångspunkt i dagens och morgondagens kompetensbehov i omsorg och vård för äldre. En bedömning av individuell kunskap och förmåga

---

<sup>12</sup> *Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola*, avsnitt 5.18.2. SOU 2008:27.

<sup>13</sup> Med branschen avses i detta sammanhang framför allt lokala företrädare för omsorg och vård av äldre (både kommuner och enskilda), representanter för fackliga organisationer och eventuellt andra berörda exempelvis representanter för pensionärsorganisationer.

kan ge gott underlag för en individuell planering och utformning av studierna. För den enskilde studerande kan det handla om allt från enstaka kurser till flertalet av karaktärsämneskurserna. Stor flexibilitet vid utformandet av den enskildes studieväg är naturligtvis nödvändigt.

Den som redan har genomgått en treårig gymnasieutbildning och som vill komplettera med utbildning som motsvarar de nationella yrkeskraven kan dock inte säkert räkna med att bli antagen till kurser i kommunal vuxenutbildning, eftersom sökande med kort tidigare utbildning ska prioriteras vid urval.<sup>14</sup>

### 6.3.4 Kompetenta yrkeslärare

Vi har från SCB inhämtat uppgifter från 2006. Då fanns det drygt 7 000 vårdlärare födda 1943 eller senare. Av dessa arbetade ca 1 300 som lärare inom yrkesämnena på gymnasial nivå (gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning, särvtv). Av dessa är 60 procent (ca 800 personer) sjuksköterskor.<sup>15</sup> De nationella yrkeskraven som vi föreslår har stark betoning på omsorg. Vi finner det därför angeläget att yrkeslärare inom utbildning för arbete i omsorg och vård för äldre också har en bakgrund i socialt omsorgsarbete.

Det råder stor brist på behöriga yrkeslärare, vilket Skolverket i sina lärarprognoser och lägesbedömningar framhållit.<sup>16</sup> För att motverka bristen på lärare i yrkesämnena har Lärarutbildningsutredningen<sup>17</sup> i tilläggsdirektiv fått i uppdrag att lämna förslag på hur en förkortad utbildning till lärare i yrkesämnena bör utformas. Utredningen Utbildning till yrkeslärare ska undersöka och lämna förslag på hur ett system för bedömning och dokumentation av yrkeskompetens och yrkeserfarenheter kan utformas och genomföras för sökande till utbildning till lärarexamen för lärare i yrkesämnena på gymnasial nivå.<sup>18</sup>

Det är angeläget att tillgången på yrkeslärare med kompetens att bedriva undervisning om de nationella yrkeskraven ökas för att möta både behovet inom gymnasieskola och vuxenutbildning och för den kompletterande kompetensutveckling som kan behövas för

---

<sup>14</sup> Förordning (2002:1012) om kommunal vuxenutbildning.

<sup>15</sup> Datakörning utförd av SCB på beställning av utredningen.

<sup>16</sup> *Länsprognoser över behov av lärare perioden 2008–2022*. Skolverket Dnr 2008:86 och Skolverkets lägesbedömning Dnr 2008:806.

<sup>17</sup> Utredning om ny lärarutbildning (U 2007:10), tilläggsdirektiv Dir. 2008:43.

<sup>18</sup> Utredningen Utbildning till yrkeslärare (U 2008:05) Dir 2008:41.

anställda som genomgår Valideringsvägen. Karriärmässigt öppnar sig också möjligheter för Äldreassistenter att vidareutbilda sig till yrkeslärare.

## 6.4 Valideringsvägen

En långsiktigt hållbar struktur för validering och kompetensutveckling av anställda kommer att behövas för att både nyanställda och de som redan är anställda när reformen inleds, ska kunna uppnå formell kompetens som Äldreassistent. Vårt förslag om nationella yrkeskrav samt validering förutsätter ett enkelt och begripligt tillvägagångssätt som är möjligt att genomföra i hela landet. Strukturen ska bidra till nationell likvärdighet inom omsorg och vård för äldre och ha hög legitimitet. Först beskrivs strukturen i fyra korta punktsatser för att sedan beskrivas mer detaljerat. Hela avsnittet avslutas med en sammanfattning av valideringsvägen beskriven i sex steg. Valideringsvägen är i korthet vägen från trainee till Äldreassistent. Sist beskriver vi tillvägagångssättet för i dag redan anställda.

- En anställd trainee ska få sin kompetens validerad mot yrkeskrav. Om en trainee når upp till yrkeskravens nivå kan kompetensbevis för Äldreassistent utfärdas. Om inte yrkeskraven uppnås ska hon eller han erbjudas kompetensutveckling så att kompetens enligt yrkeskraven kan nås.
- Arbetsgivaren ansvarar för att validering erbjuds och att den som är trainee får möjlighet till kompetensutveckling i syfte att uppnå yrkeskraven för Äldreassistent.
- Kommunen (som huvudman) ska godkänna att en trainee uppnått yrkeskraven genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent. Kommunen ska också ansvara för (kvalitetssäkra) att det underlag som ligger till grund för godkännande är av god kvalitet.
- Socialstyrelsen ska utarbeta nationella riktlinjer för validering, i syfte att säkerställa kvalitet och nationell likvärdighet. Socialstyrelsen ska fortlöpande följa, stödja och utvärdera kommunernas kvalitetssäkring av validering.

### 6.4.1 Genomförande av validering mot yrkeskrav och kompetensutveckling

**Vår bedömning:** Anställd som inte har yrkeskompetens som Äldreassistent (trainee) bör ges möjlighet att genom validering få sina kunskaper dokumenterade och vid behov ges möjlighet till kompetensutveckling i syfte att uppnå de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

#### *Definition*

Följande definition är hämtad från en departementsskrivelse: ”Validering är en process som innebär en strukturerad bedömning, värdering, dokumentation och ett erkännande av kunskaper och kompetens som en person besitter oberoende av hur den förvärvats<sup>19</sup>” Valideringsdelegationen föreslår i sin slutrapport<sup>20</sup> att definitionen, ska gälla som officiell definition. Vi delar valideringsdelegationens bedömning och använder oss av den redovisade definitionen.

#### *Arbetsgivare ansvarar för validering och kompetensutveckling*

Som tidigare nämnts kommer arbetsgivare i bristsituationer att behöva anställa personer som inte helt når upp till de nationella yrkeskraven. Sådana anställda har vi valt att benämna trainees. Målet är att all personal som utför arbetsuppgifter som omfattas av de nationella yrkeskraven ska ha kompetens motsvarande dessa. Det är därför rimligt att arbetsgivare tar ansvar för att anställda trainees ges möjlighet att genom validering och kompetensutveckling nå upp till yrkeskraven.

Vid anställning bör arbetsgivaren lämpligen komma överens med den anställde om att hon eller han ska medverka så att kompetens i enlighet med de nationella yrkeskraven uppnås. Om det vid valideringen visar sig att den anställdes kompetens dvs. kunskap, förmåga och förhållningssätt/värderingsförmåga når upp till samtliga yrkeskrav, ska kommunen efter godkännande utfärda kompetensbevis som Äldreassistent (se avsnitt 6.4.2 Godkännande

<sup>19</sup> Validering m.m. Ds 2003:23.

<sup>20</sup> Mot en nationell struktur. Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.



av yrkeskompetens som Äldreassistent). Om den anställdes kompetens delvis motsvarar yrkeskraven ska detta dokumenteras. Med detta dokument som utgångspunkt kan en arbetsgivare och en trainee sedan planera den kompetensutveckling som den anställde behöver för att uppnå kompetens som Äldreassistent.

### *Valideringsprocessen*

Valideringsprocessen bör innehålla flera olika moment för att bedöma och värdera kompetens så att den som ska valideras får en reell möjlighet att visa sin kompetens. Det kan t.ex. ske genom självskattning, kartläggning, demonstration av praktiska uppgifter, praktiskt arbete i reella eller fiktiva miljöer och situationer, samtal kring olika arbetssituationer och muntliga och skriftliga prov och redovisningar. Självinstruerande bedömningsuppgifter med IT-stöd används ibland. Det är viktigt att ge en trainee tillfälle att i praktiskt arbete och i reflekterande samtal få visa sin kunskap och förmåga samt sitt förhållningssätt och sin värderingsförmåga. Vilka olika metoder som används kan variera bl.a. beroende på den som ska valideras.<sup>21</sup>

Valideringsdelegationen betonar vikten av att skilja mellan utforskande validering och kontrollerande prövning. Skillnaden består främst i hur insatsen utförs. Vid validering utifrån ett *utforskande* perspektiv är det individen som avgör vilka kunskaper som hon eller han vill få kartlagda och bedömda. Validering handlar alltid om att beskriva *vad* individen kan. Valideringsprocessen utgår från att bedöma vad individen kan oavsett kompetensområde. En *prövning* avser att göra en bedömning av *om* individen besitter vissa på förhand bestämda kunskaper. Validering kan ses som en process och prövning kan bli ett resultat av denna process.<sup>22</sup>

Valideringsdelegationen föreslår att validering i form av bedömning av kunskaper och kompetens inom arbetsmarknadsområdet bör utgå från ramverk och kriterier som utvecklats av arbetsmarknadens parter och branschorganisationer.<sup>23</sup>

Validering mot yrkeskrav förekommer inte så ofta inom omsorgs- och vårdsektorn. Däremot finns en hel del erfarenhet av att använda olika valideringsmetoder för att utforska någons kompe-

<sup>21</sup> *Att lära nära*. SOU 2007:88 samt muntlig information från Kompetensstegens kontaktpersoner i kommunerna.

<sup>22</sup> *Mot en nationell struktur*. Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

<sup>23</sup> *Mot en nationell struktur*. Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

tens och därefter genomföra prövning mot nationella kursplaner. Dessa erfarenheter bör, enligt vår bedömning, kunna användas vid validering mot yrkeskrav för kompetensbevis för Äldreassistent.

Inom kommunal vuxenutbildning kan validering innebära att den studerandes tidigare kunskaper från arbetsliv eller utbildning värderas till sitt reella innehåll av lärare och rektor. För en studerande kan en sådan värdering utmynna i att eleven gör prövning så att ett betyg i en viss kurs kan utfärdas.<sup>24</sup> Sådan prövning kan exempelvis genomföras mot omvårdnadsprogrammets kursplaner och utförs då av vårdlärare med utbildning och erfarenhet av bedömning och betygssättning. Detta garanterar likvärdighet och legitimitet. Vårdläraren samarbetar i den praktiska bedömningen ofta med valideringsbedömare, yrkesbedömare eller medbedömare som finns i verksamheten. Medbedömaren är vanligen en erfaren undersköterska som fått utbildning om kursplanemål och bedömningskriterier och som är tränad att föra reflekterande samtal kring olika arbetssituationer och förhållningssätt. Även yrkesgrupper med högskoleutbildning fungerar ibland som yrkesbedömare.

Inom omsorg och vård för äldre finns inga av branschen utformade nationella yrkeskrav. Däremot pågår sedan några år ett utvecklingsarbete i ett antal kommuner i Stockholmsregionen. Inom projektet Kravmärkt Yrkesroll (se bil. 3) genomförs validering av omsorgspersonal mot definierade yrkes- och kompetenskrav som arbetats fram gemensamt av medarbetare och ledning. Vid valideringen är utgångspunkten att utforska vad deltagaren kan. För varje moment finns en förutbestämd plan över vilka yrkeskrav och kriterier som ska inventeras och erkännas. Metodiken bygger på tre moment: Valideringssamtal i grupp, skrivuppgift samt muntlig och praktisk valideringsuppgift. I varje moment ska yrkesbedömaren genom muntliga och skriftliga frågor inventera, erkänna och bekräfta den kunskap och kompetens som deltagarna har.<sup>25</sup>

Valideringsdelegationen föreslår att validering inom arbetsmarknadsområdet bör genomföras av yrkesbedömare utsedda av berörd bransch. Om det inte finns ansvarig branschföreträdare för ett yrkesområde, t.ex. branschorganisation, yrkesnämnd eller motsvarande, bör nämnd eller råd av representativa yrkesföreträdare utses att delta i utveckling av yrkesbeskrivningar, validerings-

---

<sup>24</sup> [www.skolverket.se](http://www.skolverket.se) och Förordning (2002:1012) om kommunal vuxenutbildning, 4 kap. §§ 16 och 19.

<sup>25</sup> [www.kravmarktyrkesroll.se](http://www.kravmarktyrkesroll.se) samt dokumentet Kompetensutlåtande och kriterier.

metoder och modeller.<sup>26</sup> Vi delar valideringsdelegationens bedömning.

Vi anser att det är arbetsgivaren, dvs. kommunen eller en enskild arbetsgivare som ska ansvara för att en trainee ges möjlighet att validera sin kompetens och få kompetensutveckling. En arbetsgivare kan ha egen kompetens och organisation för validering mot yrkeskrav. Arbetsgivare kan också samverka kring genomförande eller anlita annan som utför valideringen. Vi bedömer att valideringsprocessen kan ske med olika metoder, på olika sätt och av olika organisationer. Därför anser vi att validering inte ska regleras men att den måste kvalitetssäkras av kommunen. Det betyder att själva valideringen kan utvecklas olika i olika kommuner och inom olika verksamheter.

En samverkanspartner kan vara Vård- och omsorgscollege (VO-college) på nationell, regional eller lokal nivå. VO-college är en samverkansform för att utveckla utbildningar och verksamheter inom vård och omsorg, alltså omsorg och vård för äldre, handikappomsorg och hälso- och sjukvård. Det finns ett nationellt råd för stöd och certifiering, medan verksamheten på regional och lokal nivå är under uppbyggnad. Genom att förbättra samarbetet och tydliggöra ansvar och kvalitet utnyttjas resurser mer effektivt. Det nationella rådet ska garantera kvaliteten genom att granska regionalt framtagna kvalitetskriterier. Rådet ger ett nationellt erkännande genom certifiering och först efter certifiering får namnet Vård- och omsorgscollege användas. Rådet består av företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, KFS – Kommunala Företagens Samorganisation samt Kommunal och Vårdförbundet. På regional nivå har Värmland, Skåne, Västmanland och Östergötland hittills certifierats och fler län och kommuner har ansökt om certifiering.

### *Kompetensutveckling*

Vi anser att det är arbetsgivaren som bör ansvara för att en trainee ges möjlighet till kompetensutveckling. Komplettering kan ske genom studier i kommunens vuxenutbildning, hos andra utbildningsanordnare, som intern utbildning eller som en kombination av några av dessa. Eftersom bedömning och värdering av kompetens sker mot yrkeskrav behöver inte de kompletterande studierna följa

---

<sup>26</sup> Mot en nationell struktur, Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

kurser eller delkurser i omvårdnadsprogrammet eller motsvarande i den nya gymnasieskolan eller vuxenutbildningen. Arbetsgivaren och den anställde bör tillsammans avgöra vilken form av kompetensutveckling som bäst leder till målet.

Goda möjligheter till flexibelt utformat lärande t.ex. i form av lärande på arbetsplats och/eller på distans bedömer vi är en förutsättning för att kunna genomföra kompetensutveckling av många anställda samtidigt som omsorg och vård för äldre måste fungera tillfredsställande. Flexibla former har visat sig vara betydligt effektivare, både tidsmässigt och kostnadmässigt, än traditionell skolförlagd utbildning. Det är också angeläget att kompetensutvecklingen tar sin utgångspunkt i den enskildes studievana och behov. Studerande kan ha olika strategier för att tillägna sig kunskap. Att ta hänsyn till varje individs bästa sätt att lära är därför ytterligare något som bidrar till att en trainee kan uppnå yrkeskravens nivå.

Den utveckling av flexibelt lärande som skett de senaste tio åren exempelvis inom ramen för Kunskapslyftet<sup>27</sup> underlättar genomförandet av våra förslag. Olika verksamheters arbete med validering och kompetensutveckling bör kunna bidra med erfarenheter. Som exempel kan nämnas den försöksverksamhet som bedrivits inom ramen för Kompetensstegen<sup>28</sup>. I den försöksverksamheten har lärandet skett både verksamhetsbaserat (med utgångspunkt i exempel från arbete i omsorg och vård för äldre) och verksamhetsplacerat (fysiskt genomfört på arbetsplatsen). Ett annat exempel är det arbete som pågår inom Kravmärkt Yrkesroll<sup>29</sup>.

Omkring 90 procent av de som i dag är anställda som vårdbiträden eller undersköterskor har en gymnasial utbildning. Detta kan möjligen innebära en svårighet för den som behöver kompetensutveckling för att uppnå yrkeskraven för Äldreassistent. Vid antagning till kommunal vuxenutbildning prioriteras den som har kort tidigare utbildning, vilket innebär att en anställd som redan har gymnasieutbildning inte självklart kommer att antas. Kompetensutvecklingen kan behöva genomföras som upphandlad utbildning i kommunal vuxenutbildning, hos andra utbildningsanordnare eller som intern utbildning.

---

<sup>27</sup> *Utmaning – Lära hela livet*. Myndigheten för skolutveckling, 2005.

<sup>28</sup> *Att lära nära*. SOU 2007:88.

<sup>29</sup> [www.kravmarktyrkesroll.se](http://www.kravmarktyrkesroll.se)

## 6.4.2 Godkännande av yrkeskompetens som Äldreassistent

**Vårt förslag:** Kommunen ska godkänna att en enskild person (trainee) uppnår de nationellt fastställda yrkeskraven för Äldreassistent och styrka detta genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent.

Kommunen ansvarar för att det underlag som ligger till grund för ett godkännande är av god kvalitet (kvalitetssäkring). Kvaliteten i underlagen ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Ansökan om godkännande görs av den enskilde i den kommun där denne arbetar med omsorg och vård för äldre.

### *Godkänna, styrka och kvalitetssäkra underlaget – kommunens ansvar*

Att fortlöpande, efter validering och kompetensutveckling, godkänna kompetens hos personal och utfärda kompetensbevis kommer under en överskådlig framtid att vara en omfattande uppgift. Under en övergångsperiod ska dessutom ett mycket stort antal redan anställda ges möjlighet att uppnå formell kompetens som Äldreassistenter. Att godkänna en enskilds kompetens enligt den nya lag vi föreslår är myndighetsutövning. Godkännandet består av tre punkter som tillsammans kan benämnas valideringsprocessen: att godkänna och utfärda kompetensbevis för Äldreassistent, att ansvara för att underlaget inför godkännandet håller hög kvalitet och att ansvara för systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av kvaliteten. Vi har övervägt var uppgiften att godkänna yrkeskompetens bör läggas. Alternativen skulle kunna vara en statlig myndighet, kommunen som huvudman för omsorg och vård för äldre, en branschorganisation eller arbetsgivaren (se avsnitt 6.6 Överväganden av olika alternativa ansvarslösningar).

Kommunerna är huvudmän för all kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre och alltså, enligt vår bedömning, bäst lämpade att vara de som godkänner kompetensen. De får därmed också ansvar för att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent samt ansvar för valideringsprocessens kvalitet.

Vi föreslår att ansökan om kompetensbevis ska ställas till den kommun i vars omsorg och vård för äldre den enskilde arbetar. Det skapar goda förutsättningar för samarbete mellan verksamhet som validerar sin personal och den kommun som godkänner att personalen har uppnått tillräcklig kompetens.

#### *Godkänna och styrka kompetens*

Kommunerna är huvudmän för omsorg och vård för äldre och finns som sådana nära verksamheten. Det är kommunen som ansvarar för att socialtjänstlagens bestämmelser uppfylls. De kan därför vara lämpade att ha ansvar för godkännande av kompetens enligt yrkeskraven för Äldreassistent och även styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis.

Eftersom godkännandet ska vara giltigt i hela landet är det angeläget att den organisation som utfärdar kompetensbeviset har hög legitimitet. Kommunernas storlek varierar väsentligt, från att ha ett hundratal till elva tusen anställda inom omsorg och vård för äldre. Variationen i storlek innebär också att kompetensen att godkänna mot yrkeskrav och kvalitetssäkra validering troligtvis kommer att variera. Detta kan möjligen vara ett skäl till att inte lägga ansvaret på kommunerna. Vi bedömer dock att samverkan mellan kommuner, i regioner, med VO-college där sådan finns och med Kommunal kan bidra till legitimitet.

En svårighet kan vara att enskilda utförare kan uppfatta sig missgynnade av att kommunerna ansvarar för godkännandet.

Att en kommun uppdrar åt en annan att utföra exempelvis omsorg och vård för äldre innebär inte att kommunen kan friskriva sig från ansvaret för att verksamheten sker i enlighet med lagar och förordningar. Uppdraget att utföra omsorg och vård för äldre i enskild regi bygger för närvarande på att en upphandling görs enligt LOU. Den nya lagen om valfrihetssystem i äldreomsorgen (LOV) kommer att träda i kraft vid årsskiftet 2008/2009. Lagen ska ge ökad möjlighet för den äldre att välja mellan olika utförare. Samtidigt uppmuntras fler att etablera företag inom sektorn omsorg och vård för äldre, vilket troligtvis ökar antalet små företag inom branschen.

Även små kommuner har en större organisation än många av de små företag som vi förutser kommer att etableras inom omsorg och vård för äldre. Att lägga ansvar för godkännande av kompetens på

kommunen är alltså rimligare än att lägga det på arbetsgivarna. Eftersom kommunen, i egenskap av huvudman för omsorg och vård för äldre, enligt SoL har ett ansvar även för verksamhet som bedrivs i enskild regi menar vi att det ligger i varje kommuns intresse att även den verksamhet som bedrivs i enskild regi har personal med tillräcklig kompetens.

Sammantaget bedömer vi att kommunerna har bäst förutsättningar att ansvara för godkännande av anställdas kompetens enligt de nationellt fastställda yrkeskraven samt att styrka kompetensen genom att utfärda kompetensbevis. Detta gäller inom all kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre.

### *Kvalitetssäkring*

Hela valideringsprocessen måste hålla hög kvalitet. Kvaliteten i underlagen ska därför systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Alla kommuner har viss volym på sin verksamhet och därmed sedan tidigare erfarenhet av och skyldighet att ha uppföljnings- och kvalitetssäkringssystem. Dessa system kan förmodligen anpassas och användas även för kvalitetssäkring av hela valideringsprocessen.

Kommunen ska också ha ansvar för att fortlöpande dokumentera arbetet med att valideringen, vilket enligt vår bedömning, innebär att kommunen bör föra register över beslut om godkännande och utfärdade kompetensbevis. Detta ansvar är att likna vid skyldigheten för en skola att föra betygskatalog.

Eftersom vi föreslår att kommunen som huvudman för omsorg och vård för äldre ska godkänna och styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis så föreslår vi också att ansvaret för att upprätthålla god kvalitet i valideringsprocessen läggs på kommunen. Kommunen ska ansvara för att underlaget för godkännande, dvs. process och dokumentation av validering är av god kvalitet och följer de nationella riktlinjerna för godkännande och validering (se avsnitt 6.4.3 Nationell kvalitetssäkring av godkännande och validering). Kvaliteten i underlagen ska också systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Kommunens ansvar för att underlaget (valideringen) är av god kvalitet innebär att kommunen ska kvalitetssäkra utförare av validering så att såväl kommunens egen omsorg och vård för äldre som privata utförare har tillgång till valideringsmöjligheter. En

kommun kan också välja att samverka med andra kommuner om validering eller att köpa tjänsten av annan kommun eller utförare. Kommunens ansvar innebär dessutom att se till att det finns kapacitet att validera och godkänna, så att inte långa väntetider uppstår eller att privata entreprenörer och deras anställda missgynnas.

#### *Ansökan om kompetensbevis*

Godkännandet av yrkeskompetens som Äldreassistent är personligt och det bör därför vara den enskildes ansvar att ansöka om detta hos kommunen. Som tidigare redovisats föreslår vi att det är en kommun i egenskap av huvudman som ska godkänna och styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis. Vi föreslår därför att en person som uppnått yrkeskraven ska ställa sin ansökan om kompetensbevis till den kommun där personen arbetar.

### **6.4.3 Nationell kvalitetssäkring av godkännande och validering**

**Vårt förslag:** Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att i samråd med Skolverket och branschens parter ta fram och i föreskrifter fastställa nationella riktlinjer för validering och godkännande av en enskild persons kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent samt utforma en mall för kompetensbevis för Äldreassistent.

Socialstyrelsen ska följa, stödja och utvärdera kommunernas godkännande av kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent samt kommunernas kvalitetssäkring av validering.

Socialstyrelsen ska informera om verksamheten och stimulera till vidareutveckling.

För att bidra till ökad kompetens och höjd kvalitet i omsorg och vård för äldre samt en höjd status för yrket, är det ytterst angeläget att validering, bedömning och godkännande av yrkeskompetens håller en hög kvalitet och utförs likvärdigt över landet. Därför behövs nationella riktlinjer för olika delar i processen för att kvalitetssäkra validering mot yrkeskrav. Om så inte sker riskerar Valideringsvägen till Äldreassistent att uppfattas som mindre värd än



Utbildningsvägen. Valideringsdelegationen betonar att kvalitets-säkring avseende validering är avgörande, oavsett om valideringen sker inom ramen för vuxenutbildning eller av utförare utsedd av branschorganisation eller liknande<sup>30</sup>.

Socialstyrelsen är den myndighet som närmast har ansvar för att följa upp och utvärdera verksamheter som utför omsorg och vård för äldre och som för närvarande har viss tillsyn inom sektorn. Frågor om olika yrkesgruppers kompetens inom området ingår naturligt i Socialstyrelsens uppdrag. För att säkerställa kvalitet och likvärdighet i valideringen mot yrkeskrav för omsorg och vård för äldre föreslår vi därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att i samråd med Skolverket och branschens parter ta fram tydliga nationella riktlinjer för validering mot yrkeskrav och fastställa dessa i föreskrifter. Riktlinjerna ska ange kvalitetskriterier som bidrar till likvärdighet och legitimitet i valideringen. Det är angeläget att det kompetensbevis som utfärdas för Äldreassistenter kommer att uppfattas som likvärdigt med dokument från gymnasieskolan och vuxenutbildningen. Socialstyrelsen ska därför ges uppdrag att utforma en mall för utformning av kompetensbeviset. Denna mall ska användas av alla kommuner.

Socialstyrelsen ges också i uppdrag att följa, stödja och utvärdera kommunernas godkännande av kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent samt kommunernas kvalitetssäkring av validering. Därutöver ska Socialstyrelsen informera om verksamheten och stimulera till vidareutveckling.

#### 6.4.4 Valideringsvägen – en sammanfattning

Att säkerställa hög och nationellt likvärdig kvalitet i kompetens som nås via valideringsvägen kan sammanfattas i genomförandets sex steg:

- Steg 1.* Socialstyrelsen – i egenskap av nationell sakansvarig myndighet
1. Fastställa yrkeskravsnivå
  2. Fastställa nationella riktlinjer för validering
  3. Utforma mall för kompetensbevis för Äldreassistent

---

<sup>30</sup> Mot en nationell struktur. Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

- Steg 2.* Kommunen – i egenskap av huvudman
1. Utforma kvalitetskriterier för och kvalitetssäkra valideringen (i lagen anges att säkerställa att underlaget för beslut om godkännande av kompetens är av god kvalitet)
  2. Säkerställa att det finns tillräckligt stor kapacitet för att validera enligt arbetsgivarnas behov i kommunen
- Steg 3.* Arbetsgivaren – i egenskap av ansvarig för att personal har tillräcklig kompetens
1. Ansvara för att anställd trainee ges möjlighet att valideras hos kommunen eller annan av kommunen kvalitetssäkrad organisation.
  2. Ansvara för att trainee ges möjlighet att komplettera kompetens på arbetsplatsen, via kommunal vuxenutbildning eller utbildningsföretag.
- Steg 4.* Trainee – i egenskap av anställd
1. Medverka i validering och kompetensutveckling i syfte att uppnå yrkeskrav för Äldreassistent.
  2. Ansöka om kompetensbevis (genom att skicka in dokument från validering samt från eventuellt kompletterande kompetensutveckling) hos kommunen för godkännande av kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.
- Steg 5.* Kommunen – i egenskap av huvudman
1. Godkänna att en person uppnår kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.
  2. Styrka kompetens och utfärda kompetensbevis för Äldreassistent.
- Steg 6.* Socialstyrelsen – i egenskap av nationell tillsynsmyndighet
1. Följa, stödja och utvärdera kommunernas godkännande av kompetens och kvalitetssäkring av valideringen.
  2. Informera om godkännande och validering enligt de nationella riktlinjerna.
  3. Stimulera till vidareutveckling.

#### 6.4.5 Validering och kompetensutveckling av redan anställda vid reformens inledningskede

**Vår bedömning:** Den som när reformen inleds är anställd i arbete med omsorg och vård för äldre ska erbjudas möjlighet att genomgå validering av sin kompetens och den kompetensutveckling som krävs för att uppnå kompetens enligt de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

Vårt förslag om nationella yrkeskrav för Äldreassistent är en reform som berör ett mycket stort antal anställda i en verksamhet som hela tiden måste bemannas och fungera. Som tidigare beskrivits har de ca 185 000 anställda som arbetar som omsorgspersonal mycket varierande utbildning och erfarenhet. Utöver kortare eller längre utbildning som är relevant för omsorgsarbetet deltar de också i ett kontinuerligt vardagslärande. Många har varit anställda under lång tid och kan ha erfarenhet av flera arbetsplatser och skiftande arbetsuppgifter. Det är angeläget att all denna kompetens tas tillvara genom att varje anställd bedöms mot de nationella yrkeskraven för Äldreassistent.

De som i dag arbetar som undersköterskor och vårdbiträden har varierande utbildningsbakgrund och yrkeserfarenhet. Många kommer troligen att visa sig uppnå yrkeskraven, medan det för andra behövs viss kompetensutveckling. Målet är att alla som arbetar med omsorg och vård nära den äldre, dvs. de som i dag anges som omsorgspersonal, når yrkeskraven och därmed har kompetens som Äldreassistenter.

Det innebär att under en övergångsperiod på fem år ska närmare 120 000 personers kompetens valideras. Dessa ska vid behov ges möjlighet till kompetensutveckling (för beräkning av population se avsnitt 11.3 Ekonomiska konsekvenser).

## 6.5 Överklagande

**Vårt förslag:** Kommunens beslut om att godkänna att en person uppnått kompetens som Äldreassistent ska kunna överklagas enligt reglerna i 10 kap. kommunallagen om laglighetsprövning.

Vi föreslår att kommunens beslut om godkännande av Äldreassistent ska kunna överklagas enligt den ordning som gäller i 10 kap. kommunallagen för laglighetsprövning. Den validering som föregår ett godkännande kan många gånger innebära att en person behöver komplettera sin kompetens med utbildning. I formell mening kan ett beslut av kommunen som inte innebär ett godkännande uppfattas som ett avslag. I vissa fall kan den enskilde önska att få ett nytt beslut av domstol. Enligt vår mening skulle en sådan ordning, särskilt i inledningsfasen av reformeringen av omsorgspersonals kompetens, få orimliga och onödiga konsekvenser för domstolsväsendet. Vi anser istället att kommunens arbete med att godkänna personer ska kvalitetssäkras utifrån en generell kontroll. Kommunerna ska bl.a. ges föreskrifter om hur detta arbete ska gå till och tillsynas i den delen. Tillvägagångssättet stämmer också bättre överens med det som gäller för personer som förvärvat sin kompetens via utbildningsvägen. Vi bedömer att detta är tillräckligt för att säkerställa den enskildes behov av rättssäkerhet.

## 6.6 Överväganden av olika alternativa ansvarslösningar

Vi har övervägt var uppgifterna att godkänna yrkeskompetens och kvalitetssäkring av validering bör läggas. Alternativen skulle kunna vara en statlig myndighet, kommunen som huvudman för omsorg och vård för äldre, en branschorganisation eller arbetsgivaren. Vi har, som vi tidigare redovisat, valt att föreslå att uppgiften att godkänna och kvalitetssäkra underlagen läggs på kommunen som huvudman och nationell kvalitetssäkring läggs på Socialstyrelsen. Nedan redovisas våra argument för att inte förorda något av de andra alternativen.

### *Socialstyrelsen*

Vi har övervägt om godkännande av kompetens och att styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent skulle kunna utföras av en statlig myndighet som Socialstyrelsen, i egenskap av sakansvarig myndighet men bedömer det som ett mindre lämpligt alternativ.

Det som talar för Socialstyrelsen är att det innebär hög legitimitet och att den nationella likvärdigheten för processen skulle kunna kan garanteras. Vidare har Socialstyrelsen erfarenhet från liknande verksamhet när det gäller legitimationsyrken och god sakkunskap i frågor som rör omsorg och vård för äldre. Det som talar emot är att Socialstyrelsen inte har närhet till enskilda utförare utan finns på långt avstånd från verksamheterna. Vi menar också att det skulle bli en alltför omfattande byråkratisk apparat att i genomförandefasen godkänna ca 35 000 personers kompetens årligen och därefter uppemot 15 000 personer årligen. Personer som är utspridda i olika verksamheter över hela landet.

### *Utbildningsmyndighet på nationell nivå*

Valideringsdelegationen påpekar i sin slutrapport att validering är en politikövergripande fråga, men delegationen föreslår ändå att *en* myndighet ska åläggas det övergripande ansvaret bl.a. för kvalitetssäkring av insatser rörande validering. De föreslår att myndigheten ska tillhöra Utbildningsdepartementets verksamhetsområde.<sup>31</sup>

Vi har övervägt om utarbetande av nationella riktlinjer och kvalitetssäkring av kommunernas arbete med validering skulle kunna utföras av en utbildningsmyndighet på nationell nivå, men funnit att det i dagsläget är mindre lämpligt. I ett senare skede bör övervägas om en ny myndighet för yrkeshögskolan ska ges detta uppdrag.

Skolverket är den myndighet som har övergripande ansvar för utbildningsfrågor och skulle därför kunna vara den myndighet som utfärdar nationella riktlinjer för validering mot yrkeskrav och vara ansvarig myndighet för kvalitetssäkring av validering. För detta talar hög legitimitet, nationell likvärdighet och kunskaper om bedömningsfrågor och utbildningssystem. Mot ett sådant förslag kan anföras att Skolverket, i likhet med Socialstyrelsen, är långt

---

<sup>31</sup> *Mot en nationell struktur.* Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

från verksamheterna. Skolverket har dessutom inte normalt förlöpande uppgifter som rör en enskild bransch eller ett enskilt yrke. Godkännande av yrkeskompetens är dessutom ett helt nytt inslag eftersom Skolverket har i dag ansvar för utbildning enligt kursplaner som sitt huvudsakliga ansvarsområde. I likhet med att lägga uppgiften på Socialstyrelsen skulle byråkratin bli alltför omfattande.

I regeringens proposition om yrkeshögskolan förslås att en särskild myndighet bör inrättas som har till uppgift att administrera de utbildningar som ska ingå i yrkeshögskolan. Enligt förslaget bör denna myndighet även ansvara för att samordna och stödja en nationell struktur för validering.<sup>32</sup>

Det är också tveksamt om en utbildningsmyndighet med uppgifter över hela utbildningsområdet samtidigt bör ha uppgifter som begränsas till en enda sektor på arbetsmarknaden. Vi anser att även om en ny myndighet för yrkeshögskolan inrättas så dröjer det alltför länge innan den är i verksamhet. De nationella riktlinjerna för validering mot yrkeskrav inom omsorg och vård av äldre bör snarast utarbetas, vilket innebär att det inte är lämpligt att vänta in att en ny myndighet inrättas. Däremot kan i ett senare skede övervägas om en ny myndighet för yrkeshögskolan ska ges uppdraget att ansvara för kvalitetssäkring av kommunernas arbete med validering.

#### *Utbildningsmyndighet på regional eller lokal nivå*

Vi har övervägt om godkännande av kompetens och att styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent skulle kunna utföras av en utbildningsmyndighet på regional eller lokal nivå men bedömer det som ett mindre lämpligt alternativ.

Godkännande av yrkeskompetens och att styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis, dvs. hela valideringsprocessen ingår i dag inte i det offentliga skolväsendets uppdrag eller i de uppgifter som kan utföras av fristående skolor. Validering finns inte heller reglerat i skolväsendets författningar.

Om validering av yrkeskompetens inordnas i skolväsendet skulle myndighetsansvaret på regional eller lokal nivå kunna läggas på rektor för kommunal vuxenutbildning på motsvarande sätt som utfärdandet av betyg i skolan. Inom kommunal vuxenutbildning

---

<sup>32</sup> Prop. 2008/09:68 Yrkeshögskolan.

finns yrkeslärare med tidigare erfarenheter av att arbeta med validering, bedömning, prövning och betygssättning, vilket borde bidra till hög och likvärdig kvalitet av valideringsprocessen. Om ansvar för och/eller utförande av validering mot yrkeskompetens ska inordnas i skolväsendets uppdrag krävs en översyn av skolans regelverk, som vi inte haft möjlighet att göra inom vårt uppdrag.

### *Branschorganisation*

Valideringsdelegationen betonar vikten av att nyttja branschens kompetens i valideringsfrågor<sup>33</sup>. Vi har därför också övervägt vilken roll branschens parter eller branschorganisationer kan ha när det gäller validering mot yrkeskrav inom omsorg och vård för äldre, eftersom arbetsmarknadens parter och intresseorganisationer inom branschen har stor kunskap om vilken kompetens som redan finns i verksamheten och vilken kompetens som behövs. Vi bedömer emellertid att det är mindre lämpligt att uppdra åt befintliga branschorganisationer att utarbeta nationella riktlinjer för att bedöma och godkänna kompetens och att styrka kompetens genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent.

Gymnasieutredningen föreslår att Skolverket får i uppdrag att inrätta nationella programråd för varje nationellt program i den nya gymnasieskolan. Utredaren föreslår vidare att lokala programråd för samverkan mellan skolhuvudman och avnämare avseende gymnasial utbildning inrättas. De lokala programråden föreslås medverka vid utformning av eventuella yrkesprov i samband med yrkesexamen och i valideringen av de studerandes tidigare yrkeskunskaper inom den gymnasiala vuxenutbildningen.<sup>34</sup> Ett nationellt programråd för ett nyinrättat Program för Omsorg och vård skulle kunna ges i uppdrag att vara ansvarig för kvalitetssäkring av valideringsprocessen. En fördel skulle vara att detta förmodligen skulle innebära hög legitimitet.

Ansvar att godkänna kompetens och styrka detta genom att utfärda kompetensbevis för Äldreassistent skulle kunna ges i uppdrag till de lokala programråden för Programmet för Omsorg och vård. Om nationellt programråd och lokala programråd kommer att inrättas är ännu inte klart eftersom gymnasieutredningens förslag bereds i regeringskansliet.

---

<sup>33</sup> *Mot en nationell struktur*. Valideringsdelegationens slutrapport, 2008.

<sup>34</sup> *Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola*. SOU 2008:27.

Som tidigare redovisats finns ett branschsamarbete på nationell nivå och som utvecklas regionalt och lokalt på allt fler håll i landet genom VO-college. VO-college bör på nationell nivå kunna vara en samarbetspartner när nationella riktlinjer för godkännande och validering utformas. På regional eller lokal nivå kan VO-college exempelvis medverka i valideringsprocessen.

Ett annat exempel på branschsamarbete är Kommunala yrkesnämnden KYN-KLR som är ett partssammansatt organ mellan arbetsgivare och fackliga organisationer i yrkesutbildningsfrågor för kommuner, landsting och regioner och där även Sveriges Kommuner och Landsting ingår. KYN-KLR har bland annat till uppgift att marknadsföra den kommunala och landstingskommunala sektorns verksamheter och yrkesmöjligheter. Samarbetet inom KYN omfattar betydligt fler sektorer än omsorg och vård för äldre.

De former för samverkan inom branschen som vi ovan beskrivit är antingen förslag om samverkansorgan som ännu inte finns eller organ som inte tydligt är inriktade mot kompetensfrågor för omsorg och vård för äldre. Att godkänna och styrka kompetens enligt av staten nationellt fastställda yrkeskrav är myndighetsutövning som i vanliga fall inte uppdras åt en branschorganisation.

### *Arbetsgivaren*

Arbetsgivare i kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre, alltså både kommuner och enskilda verksamheter, har ansvar för att omsorgspersonalen har lämplig utbildning och erfarenhet. Genom vårt förslag om nationella yrkeskrav förtydligar vi arbetsgivarens ansvar ifråga om omsorgspersonalens kompetens. Av detta följer att arbetsgivaren bör ansvara för att den omsorgspersonal som arbetar med omsorg och vård och som helt eller delvis saknar denna kompetens får möjlighet att uppnå kompetens enligt yrkeskraven. Trots detta gör vi bedömningen att det är mindre lämpligt att uppdra åt arbetsgivare i omsorg och vård för äldre att i sin egen skap av arbetsgivare godkänna och styrka anställdas yrkeskompetens.

Därmed skulle också ansvaret för att godkänna kompetens och utfärda kompetensbevis kunna läggas på arbetsgivaren. Ansvaret skulle då förläggas nära verksamheten och hos den som redan i dag har ansvar för att personal har tillräcklig kompetens. Detta ansvar skulle i så fall fördelas på 290 kommunala arbetsgivare och ett



ökande antal enskilda verksamheter. Dessa arbetsgivare har varierande kompetens för uppgiften, vilket innebär att det kan bli svårt att säkra godkännandets kvalitet och likvärdighet. Det finns en risk att en anställd både kan bli undervärderad och övervärderad, vilket kan vara ett hot mot den enskildes intressen och mot hela verksamheten. Att styrka när en anställd uppnått kompetens i enlighet med yrkeskrav för Äldreassistent innebär inte enbart ett ansvar gentemot äldre och anställda i den egna verksamheten, utan också gentemot äldre och anställda hos andra arbetsgivare.

Att styrka att en enskild person har kompetens motsvarande nationellt fastställda yrkeskrav bedömer vi vara myndighetsutövning som inte utan särskild reglering kan uppdras åt en enskild verksamhet. Därmed skulle någon form av tillstånd behöva införas, jämförbart med exempelvis tillstånd för att bedriva hem för vård och boende.

## 7 Specialistkompetens för Äldreassistent

### 7.1 Uppdraget

I direktiven anges att för dem som når upp till yrkeskraven och är anställda inom omsorg och vård för äldre behövs tydligare utvecklings- och karriärvägar. En viktig anledning är att verksamheterna har förändrats och blivit allt mer komplexa. I och med det har kraven på specifika kunskaper och specialiserad kompetens hos personalen ökat. En annan anledning är att kunna locka fler att söka sig till omvårdnadsyrkena. I utredarens uppdrag ingår att analysera och beskriva behovet av vidareutbildningar, t.ex. i form av nationella påbyggnadsutbildningar som ger specialistkompetens. Om utredaren finner ett behov av specialiserade påbyggnadsutbildningar ska utredaren redovisa förslag på vilka sådana som behöver inrättas.

För att analysera och beskriva behovet av vidareutbildningar har vi bl.a. valt att beskriva utbudet av utbildningar, hur kommuner har satsat på vidareutbildning (här ingår ofta även privata entreprenörer) respektive i vilken utsträckning kommuner redan i dag arbetar med etablerade utvecklings- och karriärvägar för omsorgspersonal. Därefter lämnas förslag om utvecklings- och karriärvägar.

### 7.2 Vidareutbildning i dag

#### *Nuvarande utbud*

Genom det formella utbildningssystemet erbjuds i dag kurser för vidareutbildning på gymnasienivå och eftergymnasial nivå samt ett fåtal påbyggnadsutbildningar. På eftergymnasial nivå finns det t.ex. kvalificerad yrkesutbildning (KY) och högskoleutbildning. Därut-

över finns utbildning som erbjuds av olika utbildningsföretag och organisationer.

Inom ramen för dagens omvårdnadsprogram på gymnasiet erbjuds kurser som Geriatrik, Lindrande vård, Rehabilitering och habilitering samt Social omsorg. Det är emellertid enbart en kurs, kursen om Geriatrik, som helt är inriktad mot arbete med äldre, även om flera av de andra också kan ge kunskaper som kan vara användbara för omsorg och vård för äldre. Kurserna omfattar vanligen 100–150 poäng, vilket motsvarar fyra till sex veckors heltidsstudier.

De kvalificerade yrkesutbildningarna varierar i längd från ett till tre år och avslutas med en kvalificerad yrkesexamen. En genomgång har gjorts av aktuella utbildningar som antingen är inriktade mot äldre eller som vi har bedömt kunna vara relevanta för arbete inom omsorg och vård för äldre. Flertalet av dessa utbildningar omfattar 40 eller 80 KY-poäng, vilket motsvarar ett eller två års heltidsstudier. Endast ett fåtal av utbildningarna är inriktade mot arbete med äldre, främst om demenssjukdomar. Därutöver finns några utbildningar med särskild inriktning mot psykiatri respektive rehabilitering/habilitering som också kan vara relevanta för arbete med äldre. Även utbildningar om friskvård och hälsa finns.<sup>1</sup>

På högskolenivå finns enstaka kurser eller kurser som erbjuds inom ramen för en särskild utbildning som kan vara användbara för att fördjupa sin kompetens för arbete med äldre. Sedan en tid tillbaka finns samarbeten mellan bl.a. branschens parter och utbildningsväsendet för att bättre koppla samman verksamhetens behov med utbildningen. På högskolenivå finns exempelvis inom ramen för Samverkan för Nätbaserad Högskoleutbildning ett samarbete mellan Kommunal, Sveriges Kommuner och Landsting samt ett antal högskolor och Utbildningsradion som erbjuder högskoleutbildning inom omsorg och vård för äldre. Bland baskurserna om 7,5 högskolepoäng (motsvarar fem veckors heltidsstudier) finns exempelvis Det friska åldrandet och När äldres hälsa sviker. Exempel på fortsättningskurser (också 7,5 poäng) är Hot och våld i äldreomsorgen, Att befrämja och stödja det goda åldrandet samt Palliativ vård. Fler kurser är under utveckling.<sup>2</sup>

Ett initiativ har också tagits, som tidigare nämnts, för att starta Vård- och omsorgscollege (VO-College). Inom VO-College samverkar kommuner, landsting, privata vårdföretag och fackliga orga-

---

<sup>1</sup> Kvalificerad yrkesutbildning ([www.ky.se](http://www.ky.se)).

<sup>2</sup> Högskoleutbildning inom äldreomsorg ([www.bth.se/snh](http://www.bth.se/snh)).

nisationer med olika utbildningsanordnare på gymnasial och eftergymnasial nivå. På regional och lokal nivå är det tänkt att samverkan ska realiseras, t.ex. vid ett äldreboende eller ett sjukhus, med vård- och omsorgsutbildningar på såväl gymnasial som eftergymnasial nivå. Utbildningarna kommer i första hand bygga på redan befintligt kursutbud.<sup>3</sup>

När det gäller utbildningar utanför det formella utbildningssystemet finns det flera företag och organisationer som har specialiserat sig på utbildning för omsorg och vård. Utbildningarna sträcker sig ofta över en till några dagars utbildning och specialanpassas ofta efter beställarens önskemål och behov.

### *Yrkeshögskolan*

Förändringar föreslås ske när det gäller kvalificerad yrkesutbildning. Regeringen har i november 2008 lagt en proposition om Yrkeshögskolan.<sup>4</sup> Propositionen bygger främst på betänkandet Yrkeshögskolan – För yrkeskunnande i förändring.<sup>5</sup> Eftergymnasiala yrkesutbildningar som inte är högskoleutbildningar föreslås sammanföras under ett gemensamt regelverk som benämns yrkeshögskolan. Syftet är att säkerställa att eftergymnasiala yrkesutbildningar som svarar mot arbetslivets behov kommer till stånd, att statens stöd till utbildningarna fördelas effektivt och att utbildningarna håller hög kvalitet.

Kvalificerad yrkesutbildning (liksom påbyggnadsutbildning inom kommunal vuxenutbildning) kommer att upphöra som separat utbildningsform och ingå i yrkeshögskolan.

Utbildningarna inom yrkeshögskolan ska ge teoretiska, praktiska och erfarenhetsbaserade kunskaper som krävs för att självständigt och i arbetslag kunna utföra kvalificerade uppgifter i arbetslivet. Utbildningarna ska ha en stark arbetslivsanknytning och teoretisk förankring och utformas så att en hög kvalitet och yrkesrelevans nås. Utbildningsanordnare ska ansöka om att en utbildning får ingå i yrkeshögskolan. Arbetsmarknadens behov av utbildning ska vara ett kriterium vid bedömning av om utbildningen ska få anordnas och behovet omprövas efter hand.

---

<sup>3</sup> www.vo-college.se samt samtal med Sveriges Kommuner och Landsting, 2008.

<sup>4</sup> Prop. 2008/09:68 Yrkeshögskolan.

<sup>5</sup> Yrkeshögskolan – För yrkeskunnande i förändring. SOU 2008:29.

Utbildningarna inom yrkeshögskolan ska i princip bygga på den grund som gymnasieskolan, gymnasial vuxenutbildning eller motsvarande ger. Regeringen betonar vikten av att den reella kompetensen hos den sökande tas tillvara och att behörighetsreglerna därför bör vara generösa.

Utbildningar som om den omfattar minst 200 poäng (ett års heltidsstudier) får avslutas med en yrkeshögskoleexamen. Utbildningar som omfattar minst 400 poäng och ett självständigt arbete samt som till minst en fjärdedel består av lärande i arbete får avslutas med kvalificerad yrkeshögskoleexamen.

#### *Vidareutbildning i kommunerna*

Kommunernas ambitioner och behov när det gäller vidareutbildning av omsorgspersonal varierar. En indikation på vilka behov kommunerna haft de senaste åren kan fås genom Kompetensstegens arbete.<sup>6</sup> Kompetensstegen har arbetat med att stödja kommunernas kvalitetsutveckling inom kommunal omsorg och vård för äldre genom kompetensutveckling för omsorgspersonalen. En dryg miljard kronor har använts för olika kompetensutvecklingsinsatser mellan 2005 och 2008. Nästan samtliga kommuner i landet har genomfört eller genomför kompetensutveckling när det gäller bemötande/etik/värdegrund, demenssjukdom, rehabilitering, vård i livets slut och måltid/nutrition. Omkring 101 000 av de totalt 118 000 personer som deltagit i olika aktiviteter t.o.m. våren 2007 arbetar som vårdbiträden eller undersköterskor.

Kommunerna har i Kompetensstegen ibland valt att utnyttja det befintliga kursutbudet inom det formella utbildningssystemet och ibland specialanpassat utbildningarna efter de behov som finns i verksamheten. Det har varit satsningar både på att breddutbilda all personal i för verksamheten viktiga områden och satsningar på att utbilda ett fåtal i ett arbetslag eller på en enhet för att få spetskompetens.

Variationerna i vad kommunerna definierar som vidareutbildning kan illustreras av deras satsningar på spetskompetens. Här varierar utbildningarna både i bredd, djup och innehåll. Spetskompetens är intressant för oss eftersom vi har i uppdrag att se över karriärvägar för omsorgspersonalen. I Kompetensstegen har

---

<sup>6</sup> Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre. SOU 2007:88.

spetskompetens definierats som kompetensutveckling som syftar till att specialutbilda en eller flera anställda inom ett specifikt ämnesområde eller en metod för att de ska kunna breddutbilda kolleger eller arbetslag och/eller ha en fortlöpande uppgift som intern utbildare, handledare, mentor eller ombud inom sitt specialområde.

Utbildning för spetskompetens varierar från högskoleutbildning till korta utbildningar på några dagar eller veckor. När det gäller ämnesspecifik spetsutbildning har flera kommuner t.ex. använt den specialistutbildning i demensvård för undersköterskor, som bedrivs som en nätbaserad distansutbildning vid Sophiahemmet Högskola och som leder till utbildningstiteln Silviasyster. Några kommuner har låtit anställda genomgå kvalificerad yrkesutbildning med inriktning mot demenssjukdomar. Andra kommuner har använt kortare kurser ur omvårdnadsprogrammet, exempelvis Lindrande vård, för att ge spetskompetens för vård i livets slut.

Kommuner har också erbjudit utbildning i olika metodfrågor. Många kommuner har utbildat samtalsledare för att leda samtalsgrupper. Utbildningens omfattning har varierat från några dagars intern utbildning eller gymnasiekursen Handledning omfattande 100 gymnasiepoäng till 10–15 poängs handledarutbildning på högskolenivå. Kortare kurser i pedagogik och framförandeteknik har också erbjudits specialister som ska fungera som interna lärare.

I Kompetensstegens försöksverksamhet med verksamhetsbaserad och verksamhetsplacerad kompetensutveckling har erfarna undersköterskor utbildats till pedagogiska handledare. Utbildningen, Handledning och det lärande samtalet, 5 högskolepoäng, genomfördes på distans vid Lärarhögskolan i Stockholm. Syftet med utbildningen var att ge deltagarna kunskap om hur en problemorienterad utbildning kan utformas. Den pedagogiska handledaren har en roll som stöd för de studerande kollegorna och som länk mellan verksamheten och utbildningsanordnaren.

Många kommuner har också utbildat ombud för olika uppgifter eller kunskapsområden. Det har oftast handlat om korta utbildningar och begränsade uppgifter, t.ex. IT-ombud i samband med utbildning och dokumentation om dokumentation och träning i att använda dokumentationssystem.

*Karriärvägar*

Kompetensstegen<sup>7</sup> har haft i uppdrag att stödja kommunernas långsiktiga arbete med att skapa hållbara system för verksamhetsnära kompetensutveckling. För vårt uppdrag är just etablerade system för karriär- och personlig utveckling intressanta. Några kommuner har inrättat sådana. Utmärkande för dessa kommuner är en systematisk planering och att de tagit sin utgångspunkt i verksamhetens behov, men de har också tillgodosett enskilda anställdas önskemål. Tydligheten betonas så att en individ redan vid anställning ska veta vilka karriärvägar som erbjuds och vilka kompetenskrav som ställs. I en del kommuner börjar karriärvägen direkt vid anställning oavsett om personen har eller saknar relevant grundutbildning. I de fall grundutbildning saknas blir första steget ofta en eller flera av omvårdnadsprogrammets karaktärsämneskurser. I andra kommuner är det endast personal som har en relevant grundutbildning som erbjuds en karriärväg.

**Tabell 1**      **Organisering av karriärvägar**

<i>Bas</i>	<i>Spets</i>	<i>Uppdrag</i>
Grundläggande yrkeskompetens	Omsorgskunskap – i det egna arbetet – som ombud	Utbildningsansvar för andra
Grundläggande yrkeskompetens	Utvecklingskompetens, t.ex. förändringsarbete, kvalitetsutveckling, pedagogisk handledning	Driva utvecklingsarbete – i arbetslaget – i kommunen
Grundläggande yrkeskompetens	Administrations- och ledningskompetens	Administrativa, ledande upp- gifter, ny befattning

Exempel på hur karriärvägar kan organiseras illustreras i ovanstående tabell 1. Bas står för den grundläggande utbildning som alla anställda bör ha, Spets för specifik kompetens inom något eller några områden och under Uppdrag anges exempel på de särskilda uppdrag som kan kopplas till en viss kompetens.

<sup>7</sup> Följande beskrivningar är, om inte annat anges, hämtat från *Att lära nära: Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre*. SOU 2007:88.

Det vanligaste är att kommunen erbjuder någon form av ämnes-spezifisk spetsutbildning t.ex. om demenssjukdomar, psykiatri, rehabiliterande förhållningssätt eller lindrande vård. Nästföljande steg innebär ofta ett uppdrag att hålla sig uppdaterad inom området och att medverka i eller självständigt ha ansvar för utbildningsinsatser för kolleger och introduktion av nyanställda. För detta erbjuds ofta utbildning i metodik och pedagogik. Andra kommuner erbjuder spetsutbildning baserad på generell utvecklingskompetens, exempelvis i förändringsarbete, kvalitetsutveckling eller pedagogisk handledning.

Lerum och Alingsås kommuner arbetar med en kompetensmodell. Modellen syftar till att hitta former för strategisk kompetensutveckling där medarbetarnas kompetens och resurser tas tillvara och utvecklas utifrån verksamhetens behov. Det övergripande målet är att skapa en modell för kontinuerlig, vardagsnära och långsiktig kompetensutveckling. Kompetensutvecklingen har systematiserats genom införandet av en kompetensmodell för respektive yrkesgrupp i tre steg. Det första steget, bas eller grund, är den grundläggande kompetens som alla medarbetare ska ha. I Alingsås är baskompetensen gemensam för samtliga inom yrkesgruppen. I Lerums modell är den beroende av vilket verksamhetsområde medarbetaren arbetar inom och vad verksamhetsansvariga definierat som baskompetens. Den andra nivån, fördjupning, innebär att medarbetare som vill fördjupa sig inom ett område ges möjlighet till detta. De får utökat ansvar inom exempelvis ett ämnesområde som demenssjukdomar eller nutrition. Medarbetaren får då en handledande roll på den enhet hon eller han tillhör, eller i den verksamhet där hon eller han arbetar. Med fördjupad kunskap kan arbetsuppgifterna omfatta utbildning, handledning av nyutbildade kollegor, medverkan vid intern undervisning och seminarier samt deltagande i förändrings- och utvecklingsarbete inom det egna fördjupade kunskapsområdet. Utifrån verksamhetens behov identifieras ett antal områden inom vilka det finns ett behov av specialiserad personal. Det tredje steget är en tydlig specialisering mot ett avgränsat område. I Lerum förvärvas kompetensen på steg tre på universitet eller högskola, eller genom en kvalificerad yrkesutbildning. I Alingsås är benämningen på steg tre spetskompetens och innebär, för undersköterskor, en gymnasiekurs på minst 200 poäng. När utbildningen är genomförd tilldelas medarbetaren en ny roll i förvaltningen där hon eller han blir förvaltningens eller verksamhetens gemensamma resurs inom sitt kompetensområde.



Modellens steg bygger på varandra, där ansvar och kompetens ökar i takt med ökad praktisk erfarenhet och teoretisk kunskap.<sup>8</sup>

I Borås pågår ett arbete med att utveckla en karriärstege som påbörjas direkt vid anställning. Om relevant grundutbildning saknas ska den anställde genomgå introduktionsutbildning som innehåller kortare utbildningsinsatser fördelade över två års tid och som avslutas med examination. Erhållen kompetens valideras mot omvårdnadsprogrammets karaktärsämnen och kompletterande utbildning erbjuds. För den som har en relevant grundutbildning genomförs introduktionen under sex månader som även den avslutas med examination. Därefter finns två påbyggnadssteg. På steg två erbjuds olika ämnesspecifika utbildningar. Steg tre kan den gå som efter godkänd examination på någon eller några steg två-utbildningar vill utbilda sig vidare. Här erbjuder kommunen utbildning i att leda samtal, projektledning, metodutveckling m.m. Diskussioner pågår om hur stor andel av personalen som ska ha gått igenom de olika stegen. En arbetshypotes är att steg ett ska vara obligatorisk, steg två, med olika ämnesfördjupningar, bör finnas representerad i de olika arbetslagen och steg tre kanske bara någon eller några medarbetare inom varje enhet behöver ha.<sup>9</sup>

Solna stad inrättade 2002 en karriärstege för vårdbiträden och undersköterskor inom omsorg och vård för äldre. Utbildning ges i tre steg och ger teoretiska kunskaper i utvecklings- och förändringsarbetets villkor och förutsättningar. Parallellt med utbildningen driver kursdeltagarna förbättringsprojekt på sina arbetsplatser. Steg ett omfattar tio utbildningsdagar. Steg två och steg tre omfattar vardera tio till femton utbildningsdagar. Varje steg söks var för sig. Förbättringsprojektet väljer kursdeltagaren ut tillsammans med chefer och medarbetare på sin arbetsplats. Kursdeltagarna identifierar ett förändringsbehov på sin arbetsplats, och uppgiften blir sedan att tillsammans med sina medarbetare initiera och genomföra ett projekt i syfte att nå de mål man sätter upp för sitt utvecklings- och förbättringsarbete. Kursdeltagarnas uppgift är att initiera, samordna och leda arbetet.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> *Kompetens och arbetsinnehåll. Rapport från ett seminarium om strukturerade utvecklingsmöjligheter för personal inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer.* Socialstyrelsen, 2007.

<sup>9</sup> *Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre.* Att lära nära, SOU 2007:88.

<sup>10</sup> Nordén, H., *Karriärstegen*. Stockholm: Kommentus Förlag, 2004.

*Sammanfattande bedömning*

Det finns ett utbud av utbildning och kompetensutveckling för omsorg och vård inom det formella utbildningssystemet både på gymnasienivå och eftergymnasial nivå. När det gäller särskild inriktning mot äldre på gymnasienivå och bland de kvalificerade yrkesutbildningarna är utbudet emellertid begränsat. Ofta är kurserna eller utbildningarna mer generellt inriktade vilket betyder att omsorg och vård för äldre behandlas tillsammans med hälso- och sjukvård eller handikappomsorg. Utbudet är också begränsat till vissa ämnesspecifika områden. För demenssjukdomar finns ett större utbud och större möjligheter att uppnå fördjupad kunskap, medan det för andra ämnesspecifika områden enbart finns gymnasial nivå. Nära kopplat till utbudet är efterfrågan. Att det finns ett behov av vidareutbildning vittnar det stora intresset för Kompetensstegen om, liksom t.ex. de samarbeten som finns när det gäller VO-College och högskoleutbildning. I Kompetensstegen har efterfrågan framförallt gällt gymnasienivå.

Majoriteten av kommunerna har ännu inte etablerade karriärvägar för omsorgspersonal. Bland dem som har inrättat system syns en variation i vilken nivå på fördjupad kompetens de anser att (omsorgs)personal ska uppnå. Liknande variationer i synsätt och ambition har framkommit i kommunernas satsningar på spetskompetens under Kompetensstegen där utbildningarna har varierat från gymnasiekurser till högskolekurser. Utmärkande har varit att de som får spetskompetens ofta också ska kunna handleda och förmedla förvärvade kunskaper till sina kollegor.

### 7.3 Specialiseringar

**Vårt förslag:** Nationella kriterier för specialistkompetens ska formuleras för fyra möjliga specialiseringar för Äldreassistenten:

1. Demens- och psykisk sjukdom.
2. Omsorg och vård i livets slut.
3. Funktionsbevarande omsorg (emotionell, social och fysisk förmåga).
4. Måltid, kost och näring.

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att närmare precisera nivån på specialistkompetens.

**Vår bedömning:** I varje specialisering bör framgå att Äldreassistenten, förutom ämnesspecifik kunskap också ska ha kunskap om och förmåga att handleda andra i sin specialisering, leda en grupp samt genomföra systematiskt kvalitetsarbete.

Möjlighet att uppnå specialistkompetens bör erbjudas via det formella utbildningssystemet på eftergymnasial nivå och motsvara två terminer. Möjlighet att bedöma en Äldreassistentens befintliga kompetens bör också erbjudas genom validering mot de nationella kriterierna för specialistkompetens för specialiseringarna och kompletterande utbildning i de fall det behövs.

#### *Behovet av nationellt likvärdig specialistkompetens och vidareutbildning*

Äldreassistenten har en bred grundkompetens. För att i framtiden kunna möta äldre med mer varierade, komplexa och kvalificerade behov behöver Äldreassistenten dock kunna fördjupa sin kompetens inom vissa ämnesområden. Det finns t.ex. en rad olika demenssjukdomar där symptomen ofta är påfrestande för såväl den äldre som för omsorgspersonal och närstående vilket kräver särskild kompetens. Äldreassistenten måste i detta sammanhang kunna hantera, stödja och bemöta både den äldre och närstående på ett bra sätt. Det finns även en grupp av äldre som har olika former av psykisk sjukdom, missbruk och andra sociala problem vars stödbehov är omfattande. En del av dessa kan yttra sig i aggressivitet eller annat utåtagerande beteende. Vår bedömning är att för att kunna ge god omsorg och vård till exempelvis dessa personer krävs

fördjupad kompetens i förhållande till yrkeskraven. Det är inte möjligt att inom ramen för en tre-årig gymnasieutbildning få sådan fördjupad kompetens som här avses.

För att i framtiden bättre kunna rekrytera och behålla Äldreassistenter i verksamheten behövs det också tydligare karriärvägar än det finns i dag. Karriär kan t.ex. göras genom att fördjupa sin kunskap inom ett ämnesområde (expert), eller genom att få ansvar för verksamhet och/eller personal (arbetsledare eller motsvarande). Vi bedömer att för de äldre och verksamheten är det karriär i den förra bemärkelsen som vi i första hand ska föreslå. Enligt flera studier är utbildning den enskilt största kvalitetshöjande faktorn i verksamheten. I undersökningar av effekten av utbildning har det framkommit att utbildning ger ökad kompetens att utföra arbetet och höjer yrkets status. Omvårdnadspersonalen har blivit mer motiverad att lyckas i sitt arbete och det arbete som utförts har varit av högre kvalitet.<sup>11</sup> Andra anser att kunskapen om utbildningens effekter fortfarande brister (se avsnitt Forskning).

Vi anser att det finns ett behov av nationellt likvärdiga vidareutbildningar inom ett antal kunskapsområden med inriktning mot arbete för äldre, både för att höja kvaliteten för de äldre och för att skapa tydligare karriärvägar för Äldreassistenter. Nuvarande utbud av vidareutbildning med inriktning mot äldre är begränsat och omfattningen av den utbildning som erbjuds är mycket varierande. Det finns anledning att tydliggöra för olika utbildningsanordnare vilka särskilda behov av specialisering som finns för den mycket stora personalgrupp som omsorgspersonalen utgör. Att ta till vara Äldreassistenternas kunskaper och erfarenheter och ge möjlighet för dem att skaffa sig fördjupad kompetens innebär ytterligare möjlighet att utveckla verksamheten och höja kvaliteten inom omsorg och vård för äldre.

Vi finner således ett behov av att skapa nationellt likvärdig specialistkompetens och därmed nationellt likvärdiga vidareutbildningar för att säkerställa hög kvalitet och säkerhet i omsorg och vård för äldre.

---

<sup>11</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kompetens – en litteraturgenomgång*. Socialstyrelsen, 2006.

*Nationella kriterier för specialistkompetens*

Vi föreslår att specialiseringar inrättas inom några ämnesområden och att nationella kriterier för specialistkompetens formuleras för dessa, dvs. på motsvarande sätt som för de nationella yrkeskraven. Vidareutbildningarna blir då nationellt likvärdiga. För den äldre ger det ökad kvalitet och trygghet. För arbetsgivaren blir det lättare att bedöma vilken kompetens en person har och därmed vilka förväntningar man kan ha på vilka arbetsuppgifter en specialiserad Äldreassistent kan utföra. För den enskilde Äldreassistenten innebär det en tydlig karriärväg inom yrket och ökad möjlighet till rörlighet i landet och mellan arbetsgivare.

Vi har här avstått från att ange nivån på specialistkompetens. Mot bakgrund av att vi har föreslagit att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att precisera de nationella yrkeskraven för Äldreassistent anser vi att denna nivå måste fastställas först innan nivån för kompetensen fastställs inom varje specialisering. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att tillsammans med branschens parter och yrkeshögskolan, i det fall den inrättas, utforma nivån för specialistkompetens. Varje specialisering bör, liksom yrkeskraven, beskrivas med utgångspunkt i Bolognadeklarationens begrepp förhållningssätt och värderingsförmåga, kunskap och förståelse respektive färdighet och förmåga.

*Vilken specialistkompetens behövs?*

De specialiseringar som väljs bör motsvara behov hos de äldre och verksamheten. Dessa behov ska bedömas vara relativt stabila under en fem- till tioårsperiod. Specialiseringarna bör också vara sådana att kompetensen kan antas behövas inom omsorg och vård för äldre i hela landet oavsett kommunstorlek.

En indikation på vilka behov av vidareutbildning av omsorgspersonalen som verksamheten själv identifierat de senaste åren, även om den främst varit på gymnasial nivå, kan fås genom arbetet med Kompetensstegen. De vanligaste kunskapsområden som ett stort antal kommuner arbetat med är, som tidigare nämnts, bemötande/etik/värdegrund, demenssjukdom, rehabilitering, vård i livets slut och måltid/nutrition.

De prioriteringar som gjorts i dessa satsningar stämmer i huvudsak överens med de prioriteringar som framkommit i våra

samtal med chefer och omsorgspersonal, olika experter och företrädare för olika intresseorganisationer. De har framförallt lyft fram att omsorgspersonalen behöver fördjupad kompetens när det gäller att ge omsorg och vård till äldre med demenssjukdom eller psykisk sjukdom, omsorg och vård i livets slut samt det sociala innehållet.

De specialiseringar vi väljer bör, utöver att svara mot de behov som verksamheten har, också enligt vår bedömning bygga vidare på de nationella yrkeskraven för Äldreassistent, bl.a. för att skapa ökad tydlighet i möjliga karriärvägar. Vi har emellertid inte funnit att specialiseringarna måste kunna knyta an till ett högskoleyrke. Vår bedömning är att Äldreassistentens arbete kräver kompetens som kan härledas från många discipliner och att det är detta som är ett av yrkets kännetecken. Den som väljer att gå vidare från en specialisering till att utbilda sig på högskolenivå bör dock genom validering kunna tillgodoräkna sig sin reella kompetens.

Vi föreslår följande fyra specialiseringar:

1. Demens- och psykisk sjukdom.
2. Omsorg och vård i livets slut.
3. Funktionsbevarande omsorg (emotionell, social och fysisk förmåga).
4. Måltid, kost och näring.

Med ökad livslängd kommer antalet äldre med demenssjukdom att öka. Att ge omsorg och vård för äldre med demenssjukdom respektive psykiskt sjuka äldre kräver särskild kompetens. Omsorg och vård i livets slut innebär ofta svåra påfrestningar, både för den äldre och dennes anhöriga, som kan kräva specialistkompetens. Vi ser därutöver ett behov av att viss personal ska kunna fördjupa sig inom funktionsbevarande omsorg, som omfattar såväl emotionell och social som fysisk förmåga eftersom bl.a. aktivitet bidrar till att fördröja demenssjukdomar och minskar risken för ohälsa pga. ensamhet. Samtliga av dessa förslag till specialiseringar har i tillsynsrapporter och liknande identifierats som bristområden. Detsamma gäller Måltid, kost och näring.

En Äldreassistent med specialisering i demens- och psykisk sjukdom kan exempelvis ha fördjupad kunskap om vanligt förekommande demenssjukdomar och psykiska sjukdomar, hur de yttrar sig samt behandlingsmetoder. Stor vikt bör också läggas vid kunskap om bemötande och kommunikation med äldre som är för-

virrade, har minnesstörningar, är utåtagerande eller brister i verklighetsuppfattning. Specialisering inom funktionsbevarande omsorg kan handla om kunskap om fler metoder, i förhållande till grundnivån, för att stödja den äldre till aktivitet. Det kan också handla om att uppnå fördjupad kunskap om bland äldre vanligt förekommande sjukdomar och komplikationer och hur de påverkar den äldre fysiskt, psykiskt och socialt.

Vi har övervägt om värdegrund, förhållningssätt och värderingsförmåga bör vara en nationell specialisering eftersom det är ett område där många kommuner sett behov av kompetensutveckling. Vår bedömning är emellertid att detta inte är lämpligt. Värdegrundsfrågor berör all personal och kräver kontinuerlig reflektion och vi anser att det ytterst är arbetsledningen som måste ansvara för kompetensutveckling i dessa frågor.

Vi har också övervägt om handledning bör vara en specialisering, eftersom kommunerna själva ofta satsat på olika former av handledning. Begreppet handledning har sitt ursprung i olika traditioner och används därmed i olika betydelser. Enligt terapitraditionen ligger tyngdpunkten på känslor och känslomässiga relationer hos den som blir handledd och handlednings-samtalen sker ofta enskilt. Enligt hantverkstraditionen får lärlingar handledning av en mästare som i det praktiska vardagsarbetet visar hur något bör utföras. Pedagogisk handledning syftar till att hjälpa yrkesutövare att bli medvetna om sina egna yrkeskunskaper för att kunna förändra och utveckla dessa. Pedagogisk handledning utgår från ett strukturerat lärande.<sup>12</sup> Vi anser att förmåga att handleda studerande, nyanställda och kollegor både genom pedagogisk handledning och enligt hantverkstraditionen bör ingå i samtliga specialiseringar. Enligt vår bedömning är behoven av ökad kompetens inom de ämnesområden vi föreslår stora. Det är därför viktigt att den specialiserade Äldreassistenten kan förmedla och ge stöd inom sitt specialiseringsområde till sina kollegor. Därutöver bör förmåga att leda en grupp liksom att genomföra systematiskt kvalitetsarbete ingå i specialistkompetensen. Kunskaper i systematiskt kvalitetsarbete är nödvändiga för att Äldreassistenten ska kunna bidra till evidensbaserad omsorg och vård.

Den Äldreassistent som specialiserat sig i ett ämnesområde ser vi som en person som både kan ge omsorg och vård till äldre som har mer komplexa och/eller kvalificerade behov och kan stödja sina

---

<sup>12</sup> Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre. SOU 2007:88.

kollegor i deras arbete. Därutöver kan Äldreassistent med specialistkompetens medverka i och/eller leda studiecirklar, reflektionsgrupper och liknande samt medverka vid introduktion av nyanställda.

Vi ser ett behov av ett mycket nära samarbete mellan den specialiserade Äldreassistenten och högskoleutbildad personal. Högskoleutbildad personal såsom socionomer, pedagoger, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister kommer att ha en viktig roll som mentorer, handledare och kvalitetssäkrare för att den specialiserade Äldreassistenten ska få stöd att klara sina arbetsuppgifter. Tanken är inte att den specialiserade Äldreassistenten ska ersätta dessa personalgrupper utan att yrkesgrupperna ska komplettera varandra för att bättre stödja den äldre och öka kvaliteten i insatserna.

De karriärvägar som vi pekar ut är tänkta att komplettera lokalt utformade system för karriärvägar.

### *Reglering*

De förslag vi lämnar om nationella yrkeskrav för Äldreassistenter är utformade för att långsiktigt tillgodose de äldres och verksamhetens grundläggande kompetensbehov. Vi ser det därför som möjligt att reglera dem i lag och förordning. När det gäller verksamhetens behov av fördjupad kompetens, bedömer vi emellertid att det kan finnas anledning att vara mer flexibel. Nya medicinska rön, nya tekniska lösningar, behandlingsmetoder m.m. kan göra att de behov av specialistkompetens vi ser i dag inte nödvändigtvis är morgondagens. Det finns därför anledning att skapa ett mer flexibelt system som innebär kontinuerliga bedömningar av behovet av specialistkompetens och kontinuerlig justering av de nationella kriterierna för specialistkompetens för specialiseringar. Vårt förslag är att detta sker i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (se vidare avsnitt 10.1 En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting).



*Hur ska specialistkompetensen uppnås?*

Vi föreslår att en möjlighet att uppnå kompetens inom respektive specialisering bör erbjudas via det formella utbildningssystemet på eftergymnasial nivå. Om yrkeshögskolan inrättas, enligt regeringens förslag i propositionen Yrkeshögskolan<sup>13</sup>, bör utbildning för specialistkompetens kunna erbjudas inom ramen för yrkeshögskolan. Om inte förslagen genomförs, bör utbildningar för specialistkompetens kunna utvecklas inom kvalificerad yrkesutbildning. Utbildningarna föreslås motsvara en eller två terminers heltidsstudier. Redan i dag erbjuds vidareutbildning på denna nivå och omfattning inom t.ex. demensvård. Vi föreslår att det framförallt under den andra terminen ges möjligheter till arbetsplatsförlagd utbildning, med t.ex. handledning av relevanta yrkesgrupper och reflekterande samtal.

Genom att ta fram nationella kriterier för specialistkompetens får utbildningsanordnare ett bra underlag för att utforma specialistutbildningarna. Utbildningarna kan givetvis vara något olika till sin uppläggning, men målen för utbildningen bör utgå från de nationella kriterierna.

I syfte att åstadkomma ett utbud av nationellt likvärdiga utbildningar inom de fyra specialiseringarna föreslår vi att staten tillför medel till Myndigheten för yrkeshögskolan som kan sökas av utbildningsanordnare. Vi föreslår att bidraget ska ingå i ovan nämnda överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. I dag finns ett antal nationella kursplaner inom påbyggnadsutbildning inom den kommunala vuxenutbildningen för tandsköterskor, elevassistent m.m. För dessa utbildningar finns statliga bidrag att söka<sup>14</sup>.

Yrkeshögskoleutbildningar kommer vanligtvis att direkt bygga vidare på yrkesinriktade utbildningar i gymnasieskolan eller på annat sätt inhämtade kunskaper. Regeringen har i propositionen om yrkeshögskolan betonat vikten av att reell kompetens tas tillvara och att behörighetsreglerna därför bör vara generösa.<sup>15</sup>

Kompetenser motsvarande de kriterier för specialistkompetens som finns för respektive specialisering kan liksom de nationella yrkeskraven för Äldreassistent ha uppnåtts genom yrkeserfarenhet och annan utbildning. Möjlighet att bedöma en persons befintliga

---

<sup>13</sup> Prop. 2008/09:68 Yrkeshögskolan.

<sup>14</sup> 2005:676 Förordning om statsbidrag till viss påbyggnadsutbildning.

<sup>15</sup> Prop. 2008/09:68 Yrkeshögskolan.

kompetens genom validering mot de kriterier för specialistkompetens som ska utformas för respektive specialisering bör erbjudas samt kompletterande utbildning i de fall det behövs.

Utbildningen bör utformas så att den är tillgänglig för omsorgspersonal i hela landet. Det betyder att möjlighet till distansutbildning och arbetsplatsförlagt lärande bör vara viktiga kriterier i bedömning av utbildningsanordnare.

För Äldreassistenten kan det vara viktigt att kompetens som uppnåtts genom vidareutbildning kan tillgodoräknas vid ansökan till vidare studier. Studier på yrkeshögskolenivå dokumenterade i poäng och examina kan inte direkt jämföras med högskoleutbildning eftersom de har olika syften och inriktning. Vi förutsätter dock att högskolan alltmer är beredd att ta hänsyn till reell kompetens och ge sökande möjlighet att validera kompetens som inhämtats även genom yrkeshögskolan och genom yrkeserfarenhet.

### *Annan vidareutbildning*

Vi har i uppdrag att se över behovet av vidareutbildning kopplad till utvecklings- och karriärvägar. De fyra specialiseringar som vi föreslår syftar till att höja kvaliteten inom några angelägna områden och ge möjlighet till en nationellt likvärdig kompetens.

Vid sidan av dessa specialiseringar kommer kompetensutveckling av omsorgspersonal fortlöpande att behövas inom hela det arbetsfält som omfattas av yrkeskraven för Äldreassistent för att upprätthålla och utveckla en god kompetens och kvalitet i verksamheten. Nya forskningsrön, nya behandlingsmetoder och nya hjälpmedel är några exempel på faktorer som leder till behov av kompetensutveckling.

Gymnasieskolans karaktärsämneskurser, främst i vuxenutbildningen, kan ge möjlighet till breddning och fördjupning av kompetens även för Äldreassistenter och en möjlighet att få betyg på sin dokumenterade kunskap. Vuxenutbildning, liksom utbildningsföretag och organisationer, kan anlitas för uppdragsutbildning där mer specifik utbildning kan skräddarsys efter verksamhetens behov. Det breda utbud av olika kortare utbildningar som har exemplifierats under avsnitt 7.2 kommer sannolikt att behövas även fortsättningsvis.

Allt fler kommuner försöker att ta vara på egen intern kompetens i form av högskoleutbildad personal och omsorgspersonal med spetskompetens genom att nyttja dessa som interna lärare, handledare och samtalsledare. Som tidigare nämnts kan detta vara naturliga uppdrag för Äldreassistenter med specialistkompetens. I Kompetensstegens betänkande förs ett resonemang om vikten av att intern och extern kompetens samverkar för att stimulera till verksamhetsutveckling<sup>16</sup>. Vi har också tidigare i betänkandet tagit upp behovet av yrkeslärare med en bakgrund i socialt omsorgsarbete. En ytterligare karriärväg för en erfaren Äldreassistent kan vara att utbilda sig till yrkeslärare.

---

<sup>16</sup> Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre. SOU 2007:88.

## 8 Tillsyn

**Vårt förslag:** Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över den nya lagen om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.

Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utöva tillsyn över den verksamhet som vi föreslår.

Socialstyrelsen har även tillsynsansvar när det gäller granskning av att kommunerna uppfyller de krav som framgår av den av oss föreslagna lagen och till lagen knutna förordningar, myndighetsföreskrifter samt villkor som har meddelats med stöd av sådana. Tillsynen innebär således kontroll av att gällande rätt enligt lag, förordningar och föreskrifter följs. Även villkor som meddelats med stöd av lagen och föreskrifter som t.ex. ges vid tillsyn om att avhjälpa brister omfattas. Tillsynen sker då som verksamhetstillsyn.

I Socialstyrelsens uppgifter ingår att lämna råd och vägledning i tillsynen, att följa upp att brister åtgärdas, att förmedla kunskap och erfarenhet som erhålls genom tillsynen samt att informera och ge råd till allmänheten. Dessa uppgifter är inte att se som tillsynsuppgifter i egentlig mening utan som komplement till tillsynen så att denna kan fungera på ett ändamålsenligt sätt. I den mån allmänheten vänder sig till Socialstyrelsen om den verksamhet som omfattas av våra förslag och som kan bli föremål för tillsyn är den vägledning och rådgivning som Socialstyrelsen förmedlar en del i myndighetens tillsynsroll. Även rådgivning till kommunernas socialnämnd och till dem som utför socialtjänstinsatser i enskild verksamhet ingår därmed i tillsynsrollen om den har samband med tillsynen.

## 9 Forskning om omsorg och vård för äldre

**Vår bedömning:** Större forskningsresurser bör riktas till området omsorg och vård för äldre.

### *Nuvarande forskningsläge*

Generellt sett kan man konstatera att svensk forskning om den åldrande människan och omsorg och vård för äldre hävdar sig väl inom flera områden och är underförsörjd inom andra. När det gäller medicinsk forskning om sjukdomar som drabbar framför allt äldre personer finns ett betydande kunskapsunderlag även om större satsningar behöver göras för att uppnå de vetenskapliga genombrott som eftersträvas för att t.ex. kunna bota eller kraftfullt hejda alzheimers sjukdom och andra demenstillstånd. Omvårdnadsforskningen har också uppnått betydande resultat också inom omsorg och vård för äldre inte minst genom de strategiska satsningar som gjorts bl.a. från Vårdalstiftelsens sida genom satsningen på Vårdalinstitutet och speciella forskningsplattformar som rör äldre.

Men när det gäller organisering av omsorg och vård för äldre och optimala strukturer för denna organisering så behövs betydande resurstillskott för att utveckla viktiga forskningsfrågor som kan bidra till ny kunskap som förbättrar kunskapsläget (och därmed förutsättningarna att utveckla stöd och hjälp till den äldre).

Detta gäller också metoder och arbetssätt inom omsorg och vård för äldre. Det finns inte så mycket s.k. evidensbaserad kunskap där man med kontrollgruppsbaserade metoder (eller på andra systematiska sätt) undersökt själva utfallet, resultatet av de insatser som görs. Detta uttrycks på följande sätt i den senaste av statliga

utredningar som behandlat frågan om en förstärkt kunskapsutveckling inom socialtjänsten:

Kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten är outvecklad. Arbetet bedrivs i huvudsak på grundval av professionella erfarenheter i kombination med lagstiftning och riktlinjer för ärendehandläggning. I för liten utsträckning bedrivs socialtjänsten utifrån kunskap om effekten av olika insatser, arbetssätt och metoder.<sup>1</sup>

Detta avsnitt ska trots, eller just mot bakgrund av, det bristande kunskapsunderlaget generellt säga något om kunskapsbehoven inom de kärnområden för det nya yrke som vi föreslår och vad vi forskningsmässigt vet om utbildningsinsatsers betydelse för kvalitetsutveckling av omsorg och vård för äldre.

#### *Utbildningsinsatsers betydelse för arbetsinnehållets utveckling inom omsorg och vård för äldre*

Fler studier behöver initieras som beskriver kunskapsläget och som kan identifiera både positiva erfarenheter av lovande och potentiellt effektiva arbetsmetoder. Erfarenheterna från Kompetensstegen håller i skrivande stund på att utvärderas och det finns en hel del preliminära erfarenheter att dra nytta av från ett särskilt utvärderingsprojekt i Umeå.<sup>2</sup> Inte överraskande visar resultaten på att ledarskapet inom omsorg och vård för äldre har stor betydelse bl.a. för det lärandeklimat som utvecklas lokalt.

I februari 2008 hölls en nationell konferens i regi av IMS vid Socialstyrelsen där lokala och regionala FoU-miljöer med äldreinriktning bjudits in för att inventera kunskapsläget när det gäller kunskapsbehov inom omsorg och vård för äldre.<sup>3</sup>

I en ännu ej färdigställd kunskapsöversikt presenterar Gunilla Fahlström några preliminära resultat som handlar om vilken betydelse utbildning kan tänkas ha för kvalitetsutveckling i omsorg och vård för äldre. Där konstateras bl.a. att relativt få studier har hittats, även i ett internationellt perspektiv, som studerar effekterna av utbildning. Samtidigt kan man konstatera att tilltron till att utbildning kan göra skillnad är relativt stor.

<sup>1</sup> *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren*. SOU 2008:18.

<sup>2</sup> Kompetensstegen utvärderas av Umeå universitet tillsammans med UFFE – utvecklings och fältforskningsenheten i Umeå socialtjänst. Kontaktperson Kristina Westerberg, institutionen för psykologi, Umeå universitet.

<sup>3</sup> Länk till IMS hemsida på Socialstyrelsens webbplats [http://www.socialstyrelsen.se/IMS/IMS\\_konferens\\_kunskapsbehovet\\_inom\\_aldreomsorgen.htm](http://www.socialstyrelsen.se/IMS/IMS_konferens_kunskapsbehovet_inom_aldreomsorgen.htm)

*Behoven av kunskapsutveckling inom några av de elva yrkeskraven*

För det första kan vi konstatera att i Världighetsutredningens betänkande *Värdigt liv i äldreomsorgen* behandlas i ett särskilt underlag en kvalificerad filosofisk-etisk grundanalys av värdighetsbegreppet och vari en värdegrund för äldreomsorgen kan tänkas bestå.<sup>4</sup> I höst har också ett studiematerial kommit ut på svenska som sammanfattar erfarenheter från ett europeiskt forskningsprojekt, *Dignity and Older Europeans (DOE)*, vars huvudfokus varit att belysa begreppet värdighet och äldre i ett europeiskt perspektiv.<sup>5</sup> Här finns således relevant forskningsbaserat material att beakta.

Inom områdena funktionsbevarande omsorg, emotionell och social omsorg, kroppsnära omsorg, måltid, kost och näring samt omsorg och vård i livets slut finns en hel del forskning även om det generellt sett finns en begränsad mängd effektstudier med fokus på sociala frågor.

Inom området funktionsbevarande omsorg finns t.ex. en aktuell kunskapsöversikt om systematiskt arbete för äldres säkerhet som också tar upp det viktiga området fallskadeprevention.<sup>6</sup> Den särskilda forskning som finns när det gäller sjukgymnastik och äldre och arbetsterapi och äldre är naturligtvis också viktig att uppmärksamma här. Alldeles särskilt när Äldreassistenten förutsätts arbeta nära både sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Kunskapsunderlag finns men inga bredare översikter.

Inom områdena emotionell och social omsorg, kroppsnära omsorg och omsorg och vård i livets slut finns forskning som anknyter till omvårdnadsforskningen och vårdvetenskap liksom också till senare forskning i socialt arbete. Här finns ännu så länge inga bredare kunskapsöversikter men inom mer avgränsade områden finns sammanställda kunskapsunderlag, t.ex. inom demensområdet<sup>7</sup> och inom området vård i livets slut.<sup>8</sup>

De yrkeskrav vi anger för en Äldreassistent är breda kunskapsfält och bitvis svåra att överblicka. Generellt saknas kunskapsöversikter inom många områden och här finns stora forskningsbe-

<sup>4</sup> *Värdigt liv i äldreomsorgen*. SOU 2008:51.

<sup>5</sup> *Värdig vård och omsorg om de äldre*. En arbetsbok utgiven av Äldrecentrum Östergötland och FoU Centrum för Vård, Omsorg och Socialt Arbete, 2008.

<sup>6</sup> *Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder*. Socialstyrelsen, 2007.

<sup>7</sup> *Demenssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport. SBU 2006.

<sup>8</sup> *God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen 2004.

hov. Ett prioriterat område bör vara att initiera och genomföra sådana kunskapsöversikter.

Särskilda områden som behöver mer forskning är organisering, strukturer, organisationsformer, ledarskap m.fl. Områden som, givet att kunskapsläget förbättras kan ge nya möjligheter att utveckla de kompetensområden som vi föreslår.

Regeringen aviserar i forskningspropositionen som lades fram i oktober 2008 satsningar av betydande belopp på vårdforskning. Här blir det viktigt att uppmärksamma och prioritera forskning som anknyter till omsorgsbehov hos äldre i enlighet med de områden som identifierats i yrkeskraven.

Vidare är det viktigt att bevaka att resultaten från betänkandet av utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst även innefattar kunskapsbehov inom omsorg och vård för äldre i eventuellt kommande struktursatsningar på en mer systematisk kunskapsuppbyggnad inom olika delar av socialtjänsten.



# 10 Förutsättningar för att kompetensreformen ska få genomslag

## 10.1 En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

**Vår bedömning:** En överenskommelse om en nationell strategi för kompetensförsörjning inom omsorg och vård för äldre bör ingås mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

### Behovet av en överenskommelse om en nationell strategi för kompetensförsörjning

Vi har i uppdrag att lämna förslag på en kompetensreform inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre kvinnor och män. Huvuddragen i det förslag till reform som vi presenterar i betänkandet är följande: För att åstadkomma en högre och mer likvärdig kompetens bland personalen föreslår vi två nivåer för yrkeskompetens, en grundläggande nivå med nationella yrkeskrav och en nivå för specialistkompetens. För att nå upp till respektive nivå föreslår vi att det finns två vägar, en via utbildning och en via validering och vid behov kompletterande utbildning.

Ramverket för kompetensreformen föreslås till viss del regleras i lag, förordning och föreskrifter. Huvudparten av reformens genomförande bygger dock på att kommunerna i egenskap av huvudmän för omsorg och vård för äldre och utbildning åtar sig ett antal uppgifter.

Det är i första hand kommunernas ansvar att nå upp till lagstiftningens intentioner om att insatserna inom omsorg och vård för äldre ska vara av god kvalitet och att det ska finnas personal med

lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL) respektive att god vård ska ges samt att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e § HSL). I detta ansvar ligger även att se till att personalens kompetens motsvarar framtidens behov inom omsorg och vård för äldre.

Med en åldrande befolkning, stora och eventuellt ökande regionala skillnader och därmed delvis olika förutsättningar att nå upp till lagens intentioner, kan det emellertid finnas behov av att från statens sida stödja och stimulera kompetensförsörjning för att uppnå en nationellt likvärdig omsorg och vård för äldre.

Enligt vår bedömning bör detta ömsesidiga ansvar för framtidens omsorg och vård för äldre regleras genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell strategi för kompetensförsörjning. Det finns inget liknande i dag. Fördelarna med en överenskommelse är att det ger förutsättningar för en strukturerad dialog där parterna återkommande får identifiera och diskutera behov och prioriteringar för att utveckla omsorg och vård för äldre. Den ger utrymme för viss flexibilitet där förnyade behov eller nya prioriteringar lättare kan få genomslag.

### Omfattning och inriktning

Återkommande har det genomförts olika statliga stimulansåtgärder för att utveckla omsorg och vård för äldre. Nu senast handlar det om det s.k. Stimulansbidraget till kommuner och landsting för att höja kvaliteten inom omsorg och vård för äldre där regeringen avsatte 600 miljoner kronor för andra halvåret 2006 och knappt 1,4 miljarder kronor för 2007 respektive 2008. Regeringen har prioriterat insatser inom sju områden: läkartillgång, läkemedelsgenombångar, förebyggande arbete, demensvård, rehabilitering, kost och nutrition samt det sociala innehållet. Alla landsting och praktiskt taget alla kommuner har sökt bidrag.<sup>1</sup> Tidigare har regeringen t.ex. genom Kompetensstegen gett stöd till kommunernas kvalitetsutveckling inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre genom kompetensutveckling för personalen. En dryg miljard kronor har använts för olika kompetensutvecklingsinsatser 2005–2008. Nästan samtliga kommuner i landet har fått stöd och har själva identifierat behov av vidareutbildning när det gäller t.ex.

---

<sup>1</sup> Prop. 2008/2009:1 Budgetpropositionen för 2009.

bemötande/etik/värdegrund, demenssjukdom, rehabilitering, vård i livets slut och måltid/nutrition.

När det gäller hälso- och sjukvården förekommer också liknande stimulansåtgärder men det finns också, till skillnad från omsorg och vård för äldre, en fast struktur för att stödja utvecklingen av god vård. Den s.k. Dagmaröverenskommelsen är en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården. Syftet med överenskommelsen är att genom riktade satsningar stimulera olika former av utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården. Det finns en nationell strategi för god vård som ger uttryck för en mer aktiv och systematisk kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Satsningar görs i Dagmaröverenskommelsen inom de delar i kunskapsstyrningen som är nödvändiga för att uppfylla målet om en god vård. För 2008 har 158 miljoner kronor avsatts för detta.<sup>2</sup>

En överenskommelse inom omsorg och vård för äldre skulle kunna begränsas till kompetensförsörjning men på sikt utvidgas till att omfatta andra delar, t.ex. forskning och statistik eller stimulansbidrag till identifierade utvecklingsområden, dvs. bidrag som liknar dem som givits de senaste åren inom ramen för Kompetensstegen och i dag genom Stimulansbidraget.

När det gäller kompetensförsörjning skulle överenskommelsen kunna innehålla följande:

#### *Sveriges Kommuner och Landstings åtagande*

##### Nationella yrkeskrav

- En nationell/regional kampanj för att informera om reformen samt lokala unga Äldreassistenter som gör reklam för yrket i skolorna (liknande kampanj har genomförts i Norge).
- Initiera diskussioner med Kommunal och Vårdföretagarna om riktlinjer för introduktion av nyanställda.
- Medverka till att tillräckligt många platser för APL skapas.

---

<sup>2</sup> *Dagmaröverenskommelse 2008 – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om vissa ersättningar till hälso- och sjukvården.* Socialdepartementet & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

#### Validering

- Vara ett stöd för kvalitetssäkring av validering i kommunerna.
- Medverka till att regionala eller lokala branschråd utser och utbildar yrkesbedömare.

#### Specialisering

- Kontinuerligt se över behovet av vilken specialistkompetens som behövs inom verksamheten, enligt samma periodicitet som nuvarande KY-utbildningar.
- Medverka till att kommunerna ger Äldreassistenter förutsättningar för att specialistutbilda sig.

#### Övrigt

- Följa upp strategin kontinuerligt och sprida lärande exempel.

#### *Statens åtagande*

##### Nationella yrkeskrav

- Formulera föreskrifter för yrkeskravsnivå.
- Anpassa utbildningssystemet efter yrkeskravsnivån (gymnasieskolan och kommunala vuxenutbildningen).
- Ge stimulansbidrag framförallt i form av stöd för validering och kompetensutveckling.

#### Validering

- Utfärda nationella riktlinjer för validering.

#### Specialisering

- Formulera nationell nivå för specialistkompetens.
- Tillföra medel till det formella utbildningssystemet på eftergymnasial nivå för att skapa det utbud av utbildning som motsvarar behovet.

#### Övrigt

- Följa upp strategin kontinuerligt som underlag för årliga diskussioner och eventuella justeringar av strategins genomförande.

Med åtagande avses ett ansvar att se till att utvecklingen för respektive insats initieras, kommer igång respektive slutförs. Ofta ska insatsen genomföras i samarbete med några andra parter, framförallt branschens parter, eller när det gäller staten, av någon av staten utsedd myndighet. Några av åtagandena har vi redan redovisat i tidigare avsnitt.

I det följande redogörs för andra delar av genomförandet som är nödvändigt för att kompetensreformen ska få genomslag och där vissa delar också skulle kunna ingå i en sådan överenskommelse som vi här skissat.

## 10.2 Genomslag för de nationella yrkeskraven

Vi har under arbetet med att ta fram yrkeskraven vid många tillfällen stött på synpunkter att så länge inte ledarskapet är bra, inte omsorgsorganisationen fungerar eller det inte finns tillräckliga resurser så spelar det ingen roll om det införs yrkeskrav för omsorgspersonalen. Dessa är ju helt beroende av att ovanstående fungerar för att kunna göra ett fullgott arbete.

Vi instämmer i att dessa faktorer är viktiga och på många håll behöver förbättras. Det ligger dock inte i vårt uppdrag att lägga förslag när det gäller dessa frågor. Vi är däremot övertygade om att ett tydliggörande av omsorgsycket inte bara leder till ökad kompetens bland omsorgspersonalen utan också högre status för yrket. Det kommer att påverka även andra delar av omsorg och vård för äldre på ett positivt sätt.

### *Ledarskapet spelar en viktig roll*

Ledarna på alla nivåer i verksamheten har nyckelroller i genomförandet. Det handlar om att

- förankra reformen om yrkeskrav hos de anställda, visa på betydelsen av ett nytt yrke med tydliga yrkeskrav och en ny yrkestitel,
- planera för och leda lärande på arbetsplatsen i nära samarbete med utbildningsanordnare för att möjliggöra för stora grupper redan anställda att uppnå kompetensbevis,

- skapa utrymme i tid och rum för validering och kompetensutveckling av stor omfattning,
- organisera arbetet så att all den kompetens som synliggörs och dokumenteras också tas tillvara i arbetet, så att Äldreassistenter får utföra alla de arbetsuppgifter som motsvarar yrkeskraven samt
- tydliggöra Äldreassistentens kompetens och ansvar i hela organisationen.

I olika sammanhang har påtalats att arbetsledare i omsorg och vård för äldre har alltför många underställda. När ledaruppgiften att utveckla arbetsplatsen till en lärande organisation växer blir det än mer angeläget att varje arbetsledare har ett rimligt antal underställda.

#### *Acceptans från andra yrkesgrupper*

I våra förslag ligger att stora delar av omsorgspersonalen kommer att öka sin kompetens för att nå upp till de nationella yrkeskraven. Några kommer att ta steget vidare och specialisera sig inom något område. För att reformen ska få fullt genomslag är det förstås viktigt att organisationen tar tillvara den nya kompetens som kommer att synliggöras och utnyttjar den på bästa sätt. Det innebär t.ex. att Äldreassistenter kan bli ett ännu bättre stöd för den äldre och för andra personalkategorier som arbetar i omsorg och vård för äldre. För att kvaliteten ska förbättras och samarbetet mellan olika personalgrupper ska bli bättre och effektiviseras är det viktigt att Äldreassistentens specifika kompetens erkänns och tas tillvara fullt ut.

#### *Samarbete mellan intressenter*

Ett nära samspel mellan verksamheten omsorg och vård för äldre och utbildningsanordnare som erbjuder kompetensutveckling inom branschen är angeläget för att utbildningen ska motsvara dagens och morgondagens kompetensbehov för Äldreassistenter. Samarbetet måste fungera på alla nivåer för att nå goda resultat i verksamhetsnära kompetensutveckling.

En viktig förutsättning för genomförande av yrkeskraven är att branschens parter utvecklar former för nära samarbete kring frågor om kompetensförsörjning på nationell, regional och lokal nivå.

### *Organisering*

Det måste finnas en organisation för kompetensutveckling som har tillräcklig kapacitet och flexibilitet för att möta ett mycket stort antal enskilda individers behov av komplettering av kunskaper och färdigheter. Planeringen bör utgå från att kompetensutvecklingen genomförs i form av uppdragsutbildning, eftersom flertalet som nu är anställda och som kommer att anställas redan har en gymnasieutbildning. De som inte har läst kurser inom omsorg och vård är visserligen behöriga att antas till sådana kurser i vuxenutbildningen, men kommer i en konkurrenssituation att prioriteras lågt i urvalsförfarandet.

Om verksamheten kan organiseras så att fler erbjuds heltidsanställning minskar antalet som behöver valideras och utbildas, vilket kan underlätta genomförandet av reformen. Samtidigt kan det i sig bidra till en kvalitetshöjning när antalet personer kring varje äldre kan minska.

### *Arbetsmiljö och arbetsvillkor*

För att kunna attrahera personal att arbeta inom omsorg och vård för äldre räcker det inte med att förtydliga yrket. De anställda måste också få en bättre arbetsmiljö och bättre arbetsvillkor. En viktig del av arbetsmiljön är att arbetet är utvecklande, intressant och att man får positiva omdömen från äldre, anhöriga, chefer och arbetskamrater.

Arbetet inom omsorg och vård för äldre kan vara både fysiskt och psykiskt tungt. Omsorgspersonalen, framförallt inom hemtjänsten, utför tunga lyft i trånga utrymmen, har påfrestande arbetsställningar, riskerar att bli utsatta för hotelser och slag samt har stressiga resor till och från de äldre.

Flera av de fysiskt och psykiskt belastande aspekterna av arbetet har ökat på senare år i och med att de äldre som får omsorg och vård har blivit allt sjukare. Omsorgs- och vårdarbetet beskrivs ibland också som stressigt till följd av ekonomisk press, ständiga

organisatoriska förändringar, nedskärningar och höga sjuktal. Besparingar har lett till att det sällan finns möjlighet att växla mellan arbetsuppgifter av olika ”tyngd” som man gjorde förr.

Sedan år 2002 har andelen sjukfrånvarande stadigt minskat men fortfarande är sjukfrånvaron betydligt högre inom omsorg och vård än genomsnittet för kommunalt anställda.<sup>3</sup> Att kunna påverka sin arbetssituation och sina arbetstider är aspekter som ofta lyfts fram som viktiga i detta sammanhang. Att erbjuda heltidstjänster för att möjliggöra för de anställda att försörja sig på sitt arbete och att stanna i yrket är andra aspekter. Vi anser att god arbetsmiljö och goda arbetsvillkor är av största vikt för att få genomslag för yrkeskraven, men vi anser också att dessa frågor måste lösas av arbetsgivarna på lokal nivå.

### 10.3 Plan för genomförande

Att genomföra förändringar som gäller Sveriges största yrkeskår tar – och måste få ta – tid. Vi föreslår därför att regleringen, när det gäller behörighetsfrågan, inte börjar gälla fullt ut förrän 2015. Det innebär att kommunerna och deras entreprenörer har sex år på sig att förbereda sina verksamheter.

---

<sup>3</sup> *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2007.* Socialstyrelsen 2008.



En tänkt tidsaxel kan, om våra förslag genomförs, se ut så här.

Våren 2009	Betänkandet remitteras. Propositionsarbete påbörjas. Diskussioner inleds med Sveriges Kommuner och Landsting om en eventuell överenskommelse.
Hösten 2009	Proposition avlämnas till riksdagen. Medel för reformens genomförande avsätts i budget för 2010. Riksdagen fattar beslut.
1 januari 2010	Lagstiftningen, förutom behörighetsregeln, träder ikraft. Uppdrag ges till Socialstyrelsen.
Våren 2010	I ett första skede måste Socialstyrelsen, tillsammans med Skolverket och branschens parter, arbeta fram yrkeskravsnivån och riktlinjer för validering. När detta är gjort kan validering av kompetens mot de nationella yrkeskraven påbörjas och arbetsgivarna kan börja kompetensutveckling av sin personal. När yrkeskravsnivån är beslutad bör Skolverket få i uppdrag att arbeta fram kursplaner i enlighet med yrkeskraven och Socialstyrelsen påbörja arbetet med att precisera specialistutbildningar. Staten stödjer såväl validering som kompetensutveckling med stimulansbidrag. Kommunerna godkänner och utfärdar kompetensbevis för Äldreassistent.
Hösten 2011	Den nya gymnasieskolan Programmet för Omsorg och vård med inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre tar emot sina första elever. Den kommunala vuxenutbildningen erbjuder motsvarande kurser.
Våren 2014	De första eleverna från Programmet för Omsorg och vård tar examen. De som gått inriktning mot omsorg och vård för äldre får yrkesexamen Äldreassistent.

1 januari 2015

Nyanställda och annan omsorgspersonal som inte har dokumenterad kompetens i enlighet med de nationella yrkeskraven och som arbetar med kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre är trainees och måste arbeta tillsammans med personal med dokumenterad kompetens.

# 11 Konsekvenser av våra förslag

## 11.1 Äldreassistent – ett framtidsyrke

Enligt direktiven ska utredaren ge förslag på hur kompetensbehovet inom sektorn ska kunna tillgodoses i syfte att försörja vården och omsorgen med grundutbildad personal och underlätta den framtida kompetensförsörjningen. Syftet är också att göra arbete inom omsorg och vård för äldre mer attraktivt. Hur leder våra förslag till en bättre kompetensförsörjning och ökad attraktivitet för yrket?

*Yrket Äldreassistent signalerar exklusiv kompetens*

Genom att införa nationellt fastställda yrkeskrav blir det för alla – allmänhet, politiker, chefer, omsorgspersonal och kollegor – tydligt att arbete inom omsorg och vård för äldre kräver specifik kompetens och att inte vem som helst kan utföra arbetsuppgifterna.

*Yrket Äldreassistent innefattar bred kunskap och meningsfulla arbetsuppgifter*

Genom en egen titel – Äldreassistent – tydliggörs dels att den som har titeln besitter specifik kompetens och dels att de specifika kunskaperna gäller omsorg och vård för äldre. Det ger också en större arbetstillfredsställelse för dem som har god kunskap och förståelse för de uppgifter som ska utföras. De kan utföra fler uppgifter och har en större säkerhet i sin yrkesroll. Äldreassistenterna kommer med bättre grundläggande kompetens att bli en större tillgång för andra yrkesgrupper i lagarbetet kring den äldre.

*Yrket Äldreassistent ger frihet och rörlighet på den nationella arbetsmarknaden*

Genom att utfärda särskilda kompetensbevis för dem som har kompetens enligt de nationella yrkeskraven får den enskilde ett konkret bevis på sin kompetens. Rörligheten mellan arbetsgivare och mellan landsändar underlättas då kompetensbeviset blir giltigt över hela landet och alla arbetsgivare vet vilken kompetens individen besitter.

*Yrket Äldreassistent ger möjlighet till utveckling och karriär*

Genom att införa nationella specialiseringar för Äldreassistenter förbättras karriärvägarna och det blir enklare att göra karriär utan att behöva byta yrke. Med tydliggjord kompetens på både grundläggande och specialiserad nivå kommer Äldreassistenterna att få en starkare position på arbetsmarknaden.

*Yrket Äldreassistent är efterfrågat hos arbetsgivare*

Genom att införa särskilda krav på kompetens kommer den personal som når upp till yrkeskraven att bli betydligt attraktivare för arbetsgivaren och det kommer att ligga i varje arbetsgivares intresse att försöka behålla kompetent personal. Det kommer också att ligga i arbetsgivarnas intresse att förbättra arbetsvillkoren genom att t.ex. erbjuda heltidsanställningar. Detta för att attrahera kompetent personal och minimera behovet av att anställa personer som behöver valideras och eventuellt genomgå kompetensutveckling för att nå upp till yrkeskraven.

*Yrket Äldreassistent har en utbildningsväg som ger tydligt kvitto på kompetens*

Genom att skapa en särskild gymnasieutbildning som ger en tydlig yrkesexamen – Programmet för Omsorg och vård med inriktning mot arbete med omsorg och vård för äldre – kommer framtidens gymnasieelever på ett tydligare sätt än i dag kunna förutse vilket yrke de utbildas för och vilken arbetsmarknad som ligger öppen.

Sammantaget är det vår bedömning att ett tydliggörande av yrket på det sätt som vi föreslår kommer att få positiva effekter för såväl de äldre som för Äldreassistenterna och på så sätt göra arbete med äldre mer attraktivt och därmed underlätta rekryteringen till yrket i framtiden.

## 11.2 Jämställdhet

Vi bedömer att våra förslag har positiva konsekvenser för jämställdheten av flera skäl. Ett förtydligande av yrket, införandet av kompetenskrav och karriärvägar leder till ökad status och förbättrade arbetsvillkor för Sveriges största yrkeskår.

Omsorg och vård för äldre påverkar jämställdheten på många sätt. Det handlar om äldre kvinnor och män som behöver omsorg och vård, där kvinnor är i majoritet på grund av att de lever längre än män och därför oftare är ensamboende när behov av hjälp och stöd uppstår. Anhöriga utför ca två tredjedelar av all omsorg och vård för äldre. Anhöriga är oftast makar, både kvinnor och män, och döttrar. Mer än 90 procent av omsorgspersonalen är kvinnor. Socialstyrelsen har i rapporten *Jämställd socialtjänst* ur ett könsperspektiv beskrivit kommunernas omsorg och vård för äldre främst med avseende på äldre och anhöriga.<sup>1</sup> Den Jämställdhetspolitiska utredningen<sup>2</sup> har också redovisat och analyserat omsorg och vård för äldre ur ett jämställdhetsperspektiv. Där beskrivs t.ex. omsorgsarbetets könsmissiga fördelning, förändringar av äldre kvinnors och mäns omsorgsmönster och anhörigvårdares situation.

Vårt utredningsuppdrag gäller främst omsorgspersonalens kompetens.

Omsorg och vård för äldre, och då särskilt hemtjänsten, har länge uppfattats som en förlängning av traditionellt och oavlönat kvinnligt hemarbete. Vi bedömer att denna traditionella syn delvis bidragit till den sneda könsfördelningen. Arbetet i omsorg och vård för äldre pågår dygnet runt och medför därför obekväma arbetstider. Inslagen av korttidsanställningar och deltidsanställningar är stora. Endast 46,5 procent av de anställda inom omsorgen om äldre och funktionshindrade var heltidsanställda 2007.<sup>3</sup> Möjligheterna att

---

<sup>1</sup> *Jämställd socialtjänst*, Socialstyrelsen. 2004.

<sup>2</sup> *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål*. SOU 2005:66.

<sup>3</sup> *Aktuellt på äldreområdet 2008*, Sveriges kommuner och landsting. 2008.

göra karriär är begränsade, särskilt om den anställde inte har behörighet för högskolestudier.

Vi föreslår ett förtydligande av yrkesrollen bl.a. genom införande av nationella yrkeskrav för arbete i omsorg och vård för äldre, en ny yrkestitel och karriärvägar. Det är ett tydligt genombrott för att uppvärdera kvinnors arbete med äldre kvinnor och män.

Om kompletterande kompetensutveckling knyts till arbetsplatsen bör det underlätta för anställda att delta. Det kan ha särskilt stor betydelse för kvinnor som förutom arbetet också ofta har en större del av ansvaret för det oavlönade hemarbetet.

Förslagen om specialisering för att skapa karriärvägar inom omsorg och vård för äldre innebär att erfarna Äldreassistenter kan göra karriär inom omsorg och vård för äldre och där kunna få nya uppdrag som specialist, förändringsledare, intern lärare, kvalitetsutvecklare m.m.

Vi bedömer att nationellt fastställda yrkeskrav och kompetensbevis som Äldreassistent för alla som uppnår yrkeskraven kommer att höja statusen för både yrket och branschen. Det är av stor vikt för alla de kvinnor som arbetar med omsorg och vård för äldre. Det bör också kunna stimulera fler att utbilda sig för arbete med omsorg och vård för äldre.

Vi anser att det finns flera tunga skäl till att det är viktigt att öka andelen män i omsorgen. T.ex.

- Det ökar rekryteringsbasen.
- De äldre i behov av omsorg är till en ökande andel män och det är viktigt att ha med de perspektiv som män kan bidra med i omsorgen för att tillgodose de äldres behov.
- Vi är övertygade om att en jämnare könsfördelning i personalen skulle öka trivselen, höja statusen och attraktiviteten för arbete i omsorg och vård för äldre.

När yrkeskraven blir tydliga bedömer vi att det bör öka förutsättningarna att även kunna rekrytera fler män till utbildning och arbete med omsorg och vård för äldre.

### 11.3 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Omkring fyra femtedelar av kommunernas kostnader för omsorg och vård för äldre utgörs av personalkostnader. Omsorgspersonalen utgör i sin tur ca 85 procent av hela personalstyrkan. Ska man påverka kvalitet och effektivitet i verksamheten bör man rikta in sig på humankapitalet i verksamheten.

Vårt uppdrag har bl.a. varit att för kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre förtydliga de krav på personalens kompetens som stadgas i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Den personalgrupp som utredningens förslag berör är Sveriges största yrkeskår. Det ligger i sakens natur att om man vill påverka ett så stort antal personer och deras kompetens blir kostnaderna stora. Samtidigt finns det stor potential att utnyttja stor-driftsfördelar och nya metoder för verksamhetsnära kompetensutveckling.

Vi lägger ett antal förslag som förväntas påverka kostnaderna för flera olika aktörer. Nedan görs beräkningar för åtgärder och investeringar som olika aktörer förväntas göra. Beräkningarna utgår från uppgifter från SCB om utbildningsnivå och anställningstid hos befintlig personal (bilaga 4).

#### Förtydligandet i lag, förordning och föreskrifter

Vårt viktigaste förslag är tydliggörandet av vad som avses i 3 kap. 3 § i SoL när det gäller personal med lämplig utbildning och erfarenhet i omsorg och vård för äldre genom införandet av elva nationella yrkeskrav. Det säger sig självt att det är svårt att göra beräkningar för kostnaderna att nå upp till en ännu ej definierad nivå för yrkeskraven. Vi har i våra beräkningar valt att utgå från hur många i omsorgspersonalen som i dag når upp till utbildningsnivån 1 500 gymnasiepoäng som vi räknar som nära eller över den framtida yrkeskravsnivån. Av dem som saknar omsorgsutbildning men som har arbetat minst fem år i yrket räknar vi med att de har kompetens motsvarande 750 gymnasiepoäng.

*Omsorgspersonal - population*

Enligt SCB:s register finns i dag ca 171 000 vårdbiträden, undersköterskor och hemvårdare anställda i kommunal sektor. Tjänstlediga ingår inte. Till dessa ska även räknas de som är anställda av privata entreprenörer. Enligt Socialstyrelsens beräkningar uppgår denna del av verksamheten till 12,5 procent av totala andelen äldre som får omsorg och vård för äldre. Om vi antar att personaltätheten är densamma hos de privata entreprenörerna får vi en total population på ca 192 000.

Under åren fram till dess att reformen är tänkt att träda i kraft 2015 kommer 12 procent av arbetsstyrkan att uppnå 65 års ålder (23 000). Den genomsnittliga pensionsåldern är betydligt lägre. Därutöver kommer ett stort antal att byta arbete av andra skäl. I dagsläget är personalomsättningen i omsorg och vård för äldre ca 15 000 personer per år. Det innebär att ca 75 000 personer kommer att lämna arbetet de närmaste fem åren, dvs. utöver pensionsavgångar ytterligare ca 50 000 personer. Av befintlig personal är det alltså knappt 120 000 som kommer att behöva validera sin kompetens och eventuellt genomgå kompetensutveckling för att få kompetensbevis för Äldreassistent. Denna beräkning utgår från maximalt antal och bygger på att samtliga i omsorgspersonalen, precis som målet med våra förslag, väljer att bli Äldreassistenter. Det troliga är dock att ett antal, precis som fallet är i några kommuner redan nu, endast kommer att arbeta med serviceuppgifter och därför inte ha behov av att uppnå kompetens för Äldreassistent.

**Alternativ 1****Redan anställd personal – 120 000 personer***Validering*

Vid en kostnad för validering liknande den som Kravmärkt Yrkesroll har haft, dvs. 3 000–3 500 kronor per person, blir kostnaden vid en beräkning enligt det högre beloppet *ca 420 miljoner kronor*. (I projektet Kravmärkt Yrkesroll har man för validering använt 22 timmar i gruppsamtal och 34 timmar med yrkesbedömare.)



*Kompetensutveckling för omsorgspersonal utan omsorgsutbildning*

Av de 120 000 kommer högt räknat ca 40 000 att helt sakna omsorgsutbildning. Många av dessa har dock arbetat i många år och har gedigen yrkeserfarenhet. Vi har från SCB fått beräkningar som visar att 73 procent av de månadsanställda utan relevant omsorgsutbildning har arbetat minst fem år i yrket. Tar man bort dem som är 59 år och över, som kan beräknas ha lämnat yrket 2015, blir siffran 71 procent. När det gäller de timanställda blir siffrorna som väntat delvis annorlunda. Av dessa har 14 procent varit i yrket fem år eller mer. Tar man bort dem som är 24 år och under (troligtvis mest studenter el. andra som arbetar tillfälligt) blir siffran 27 procent. Få är över 59 år (bilaga 4.4).

Sammantaget visar beräkningarna att ca 21 000 av de 40 000 utan omsorgsutbildning har arbetat i mer än fem år. Vi skattar att de då tillgodogjort sig kompetens motsvarande 750 gymnasiepoäng. Det betyder att, enligt vår skattning, 19 000 personer behöver tillgodogöra sig 1 500 gymnasiepoäng.

I gymnasieskolan beräknas en veckas studier motsvara ca 25 gymnasiepoäng. Det innebär att för de som i dag saknar omsorgsutbildning kommer det att krävas 60 veckors kompetensutveckling för 19 000 personer och 30 veckor för 21 000 personer. Genom att studera kostnaderna hos olika utbildningsanordnare gör vi en skattning att en genomsnittlig veckokostnad för omsorgsutbildning är 1 000 kronor. Sammanlagt blir det  $1\,140\,000$  ( $19\,000 \times 60$ ) +  $630\,000$  ( $21\,000 \times 30$ ) = 1,8 miljoner utbildningsveckor à 1 000 kr = 1 770 miljoner kronor.

*Kompetensutveckling för omsorgspersonal med utbildning från kommunal vuxenutbildning inom omsorg och vård*

Av de månadsanställda som har omsorgsutbildning från kommunal vuxenutbildning har 53 procent eller 18 600 mer än 1 500 gymnasiepoäng och bör alltså ha små behov av kompetensutveckling för att nå upp till yrkeskravsnivån.

Av de timanställda har 39 procent eller 3 700 mer än 1 500 poäng.

Det innebär att ca 22 300 personer (månadsanställda + timanställda) troligen behöver komplettera sina vuxenstudier. En skattning om att de som ligger under 1 500 poäng i genomsnitt har

750 poäng ger  $22\,300 \times 30$  utbildningsveckor =  $670\,000 \times 1\,000$  kronor = *670 miljoner kronor*. Då uppgifterna om vuxenutbildningen gäller kommunernas personal måste det adderas 12,5 procent som de privata entreprenörerna beräknas utgöra. *Kostnaden för den som måste komplettera vuxenstudier blir då ca 754 miljoner kronor.*

Då timanställda i genomsnitt ligger något längre ifrån 1 500 poäng än månadsanställda är skattningen något i underkant. Å andra sidan har många lång erfarenhet vilket bör minska kompetensutvecklingsbehoven.

Kostnaden för validering och kompetensutveckling av befintlig personal är med denna beräkning  $ca\ 420 + 1\,770 + 750 = 2\,940$  miljoner kronor. Fördelat över åren 2010–2014 blir det *ca 588 miljoner kronor per år.*

### *Vikarietäckning*

Kostnaden för vikarietäckning är mycket svår att beräkna. Om vi summerar utbildningsveckorna som vi skisserar från våra antaganden ovan blir det *ca 2,5 miljoner utbildningsveckor*. Om vi beräknar att en veckokostnad för omsorgspersonal är *ca 6 000 kronor* ( $17\,000 \times 1,42/4 = \text{lön} + \text{sociala avgifter delat med 4 veckor}$ ) blir kostnaden totalt för vikarietäckning  $6\,000 \times 2\,500\,000 = 15\,000$  miljoner kronor. Fördelat över åren 2010–2014 blir det *ca 3 000 miljoner kronor per år*. Mycket av kompetensutvecklingen kommer att kunna ske i och på arbetet. T.ex. kan arbetsgivaren minska kostnaderna genom att låta en trainee gå tillsammans med en Äldreassistent eller annan behörig personal som även lär ut. Med en i vårt tycke förlegad syn på kompetensutveckling kan man hävda att varje timme som en i personalen kompetensutvecklas kostar en timme i vikarietäckning. Med en sådan syn blir kostnaderna för att genomföra våra förslag mycket höga.

### **Löpande rekrytering**

Vi räknar med att under de närmaste 10–15 åren kommer *ca 15 000 personer* att rekryteras årligen. När det efter att reformen trätt i kraft kommer att finnas tydliga utbildningsvägar som leder till yrkeskompetens räknar vi med att betydligt fler än i dag kommer

att komma in i verksamheten med fullgod kompetens från gymnasieskola eller kommunal vuxenutbildning. Vi skattar dessa till 7 500 personer (redan i dag talar statistiken om att över hälften som rekryteras har en omsorgsutbildning och denna siffra beräknar vi ska öka).

Återstår 7 500 personer som ska valideras à 3 500 kronor = *ca 26 miljoner kronor årligen.*

Då dessa 7 500 personer är nyanställda (trainees) har de troligen inte så lång relevant arbetslivserfarenhet och heller inte så mycket omsorgskompetens från kommunal vuxenutbildning. De kan dock ha annan arbets- och livserfarenhet (90 procent har t.ex. i dag en gymnasieutbildning) som minskar behovet av kompetensutveckling. En skattning är att de i genomsnitt behöver komplettera motsvarande 1 000 gymnasiepoäng eller 40 veckor vilket ger en kostnad på *300 miljoner kronor årligen.*

#### *Vikarietäckning*

Om 7 500 personer ska anställas som vikarier i 40 veckor till en kostnad om 6 000 kronor i veckan blir totalkostnaden för vikarietäckning *1 800 miljoner kronor om året.*

#### **Alternativ 1 – Totala kostnader utan vikarietäckning**

En övergångsperiod om ca fem år då befintlig personalstyrka ska genomgå validering och eventuell kompetensutveckling kommer att kosta 2 950 miljoner kronor eller ca 590 miljoner kronor per år. Efter genomförandefasen kommer det att kosta ca 325 miljoner kronor årligen. *Det innebär en kostnad på drygt 4 500 miljoner kronor totalt eller 900 miljoner kronor årligen 2010 fram till 2015 och därefter en kostnad på ca 325 miljoner kronor per år.*

#### **Alternativ 1 – Totala kostnader med full vikarietäckning**

Om man räknar in vikariekostnaderna blir kostnaderna under genomförandefasen totalt *19 500 miljoner kronor eller 3 900 miljoner kronor per år och därefter ca 2 100 miljoner kronor per år.*

## Alternativ 2

I de ovan redovisade beräkningarna finns flera olika moment som kan påverkas för att på så sätt få ner kostnaderna. Det viktigaste är att minska den tid som vikarier behöver sättas in. Det kan ske på två sätt: Antingen kan personal tillgodogöra sig kompetensutveckling utan att man måste täcka upp med vikarier eller så minskar man tiden för kompetensutveckling genom effektivisering.

I den statliga satsningen Kompetensstegen, där staten satsade drygt en miljard kronor på kompetensutveckling för personal i den kommunalt finansierade omsorgen och vården för äldre, ingick inte kostnadstäckning för vikarier. Kostnader som kommunerna fick stå för själva var alltså bl.a. arbetstid för deltagare och eventuell vikarie. Kompetensstegen har haft ett mycket stort genomslag ute i landets kommuner, alla kommuner utom tre ansökte om och beviljades statligt stöd. Kommunernas medfinansiering har varit betydande. Enligt uppgifter i ansökningarna har kommunernas kostnader beräknats vara minst lika omfattande som statens<sup>4</sup>.

Inom ramen för Kompetensstegen har det bedrivits försöksverksamhet med modeller för verksamhetsnära kompetensutveckling i sex kommuner.

Utbildningstiden har avsevärt förkortats inom försöksverksamheten där utbildningen utgår från de kunskaper och kompetenser som de studerande har i stället för, som vanligtvis i traditionell utbildning, ifrån de kunskapsluckor som de studerande förutsatts ha. De studerande har arbetat inom området från ett par år och upp till 30 år. En utbildningsinsats som motsvarar karaktärsämnen på omvårdnadsprogrammet, 1 350 poäng, genomförs i traditionell utbildning under tre terminers heltidsstudier. I försöksverksamheten har studerande genomfört utbildningen på en termin med 50 procent av arbetstiden avsatt för studier. Studerande som avsatt 20 procent av arbetstiden för studier har genomfört utbildningen på sju till åtta månader. I några kommuner har utbildningsinsatsen under försöksverksamheten även innehållit arbete och auskultation på en annan arbetsplats under en av de två dagar i veckan som avsatts för studier. Här har utbildningstiden blivit längre och omfattat drygt ett år<sup>5</sup>.

Om man så som i den ovan refererade försöksverksamheten kan minska tiden för kompetensutvecklingen från tre terminer heltidsstudier till en termin på halvfart skulle man kunna minska kostnaderna för vikarier till en sjättedel. Det skulle för genomförande-

---

<sup>4</sup> Att lära nära, SOU 2007:88.

<sup>5</sup> Ibid.

fasen innebära 500 miljoner kronor per år för vikariekostnader i stället för 3 000 miljoner kronor och för de fortlöpande utgifterna för vikarietäckning för kompetensutveckling för nyrekryterade ca 300 miljoner kronor per år. Samtidigt skulle kostnaderna för antalet utbildningsveckor minska på motsvarande sätt.

Kostnaden för validering av befintlig personal skulle med en sådan beräkning bli: 400 miljoner kronor för validering + 426 miljoner kronor för utbildning + 500 miljoner kronor för vikariekostnad. Summa 1 330 miljoner kronor. Fördelat på fem år blir det *265 miljoner kronor per år under genomförandeperioden.*

Kostnaderna för fortlöpande validering och kompetensutveckling för nyrekryterade skulle på motsvarande sätt beräknas till 26 miljoner för validering + 50 miljoner för utbildning + 300 miljoner för vikarietäckning. *Det blir 376 miljoner kronor årligen.*

*Sammantaget skulle alltså en genomförd reform med ovanstående beräkningsunderlag kosta 3 205 miljoner kronor eller 641 miljoner kronor per år under perioden 2010–2014 och därefter 376 miljoner kronor årligen.*

### **Kostnader för Socialstyrelsen**

Enligt våra förslag ska Socialstyrelsen precisera yrkeskraven, ge stöd till kommunerna när det gäller riktlinjer för validering m.m., utarbeta kompetenskrav för nationella specialiseringar och följa upp verksamheten. Vi bedömer att kostnaden för Socialstyrelsens arbete, även om det kommer att vara mer intensivt inledningsvis, motsvarar 2 miljoner kronor per år (drygt 2 tjänster).

### **Kostnader för kommunerna kvalitetssäkring, godkännande och utfärdande av kompetensbevis för Äldreassistent**

Vi beräknar att det behöver rekryteras 15 000 Äldreassistenter per år. De som inte är Äldreassistenter (trainees) ska av kommunerna godkännas och ges kompetensbevis för Äldreassistent. Det innebär inte någon orimlig administrativ börda för kommunerna då det för snittkommunen kommer att handla om 52 godkännanden och bevis per år. Vi beräknar att den administrativa kostnaden kan jämföras med den som Socialstyrelsen har för att utfärda legitimation för en sjuksköterska eller arbetsterapeut, dvs. 600 kronor.

Om vi beräknar 600 kronor per kompetensbevis blir det en sammantagen kostnad om 9 miljoner kronor per år. Dessutom tillkommer kostnader för utfärdande av kompetensbevis för de redan anställda under övergångsperioden. Detta beräknas under åren 2010–2014 kosta ytterligare 14,4 miljoner kronor per år. Därutöver kommer en engångskostnad för att komma igång med verksamheten och kvalitetssäkra proceduren för att ta fram kvalitativt bra underlag för godkännande. Vi beräknar engångskostnaden till 100 000 kronor per kommun vilket sammanlagt blir 29 miljoner kronor.

Sammantaget betyder det, förutom engångskostnaden på 29 miljoner kronor, ca 23,4 miljoner kronor per år under övergångsperioden och sedan 9 miljoner kronor per år.

### **Tillsyn**

Vi beräknar inga ekonomiska konsekvenser för tillsynsmyndigheterna. Yrkeskraven kommer däremot att ge ett bättre underlag för att kunna värdera om personalen inom en verksamhet har lämplig kompetens och erfarenhet.

### **Nationella specialiseringar**

För att stimulera verksamheterna att vidareutbilda sin personal anser vi att staten ska överväga att bidra med finansiering. Se förslaget om en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting i avsnitt 10. En sådan överenskommelse bör innehålla en satsning där staten tillför pengar till nationella specialiseringsutbildningar.

En annan del i en sådan överenskommelse kan vara en satsning på att marknadsföra reformen för att få ett snabbare genomslag. Vi föreslår att det, vid sidan om de ovan redovisade kostnaderna, under genomförandefasen avsätts 30 miljoner kronor årligen för arbetet med den föreslagna överenskommelsen.

## Sammanfattning av kostnader för reformen

Alternativ 1 innebär mycket höga kostnader för vikarier. En traditionell syn på utbildning med kurser utanför arbetsplatsen och full vikarietäckning medför en frånvaro som, förutom kostnaden, blir så omfattande att den kan bli besvärande för verksamheten och dess kvalitet under utbildningstiden. Full vikarietäckning under genomförandeperioden motsvarar ca 16 000 helårsvikarier (beräknat på 40 effektiva arbetsveckor per år), därefter ca 8 500 helårsvikarier.

För att upprätthålla verksamhetens kvalitet är det viktigt att utveckla effektiva verksamhetsnära former för kompetensutveckling, som då blir en angelägenhet för hela arbetsplatsen i stället för enbart för någon/några anställda som under lång tid lämnar arbetsplatsen.

Enligt vår bedömning är de kostnader för kompetensutveckling som framkommit i Kompetensstegens försöksverksamhet enligt alternativ 2 betydligt mer realistiska än det högkostnadsscenario som vi beräknat i alternativ 1. Då det är kostnader beräknade på få verksamheter, på kommuner som frivilligt valt att försöka arbeta med verksamhetsnära lärande och att kostnaderna inte inkluderar kostnaden för pedagogiska handledare som resurspersoner på arbetsplatsen är det möjligt att dessa kostnader är något i underkant.

*Vår bedömning är att alternativ 2 är det mest realistiska. Den totala kostnaden för att genomföra hela reformen blir då knappt 700 miljoner kronor per år de första fem åren och därefter knappt 400 miljoner kronor per år.*

## Besparingar

Det är viktigt att nu, under de kommande åren, rusta omsorg och vård för äldre för att den ska ha tillräckligt med kompetent och motiverad personal när de ökande behoven uppstår. Då kommer det att både finansiellt och personellt vara betydligt svårare att genomföra den satsning som vi nu föreslår.

Det är alltid svårt att beräkna vad kvalitetsökningar innebär i minskade kostnader. Hur beräknar man värdet av ökad livskvalitet? Klart är dock att mycket av misstag, felbehandlingar, arbetsskador

och olyckor kan undvikas genom kompetenshöjning som kan öka säkerhet m.m.

Med mer kompetent personal som kan ta ett större ansvar kan arbetet utföras mer rationellt och effektivt.

Ökar man yrkets status och frihetsgraden för personalen bedömer vi att kostnader för sjukskrivningar och rekrytering kommer att minska. Genom att erbjuda fler personer heltidstjänstgöring i stället för deltid kan verksamheterna minska antalet anställda som behöver valideras och kompetensutvecklas och rekryteringskostnaderna kan minskas.

Att ha kompetens som Äldreassistent är också för den enskilde individen en viktig merit. En dokumenterad kompetens ger enligt vår bedömning trygghet och yrkesstolthet och underlättar för den som vill byta arbetsplats. Det bör därför vara rimligt att finna former för kompetensutveckling som också innehåller stora inslag av självstudier på den studerandes/anställdes eget ansvar.

Det är dock svårt att räkna på vad minskande ensamhet och isolering för de äldre och ett etiskt förhållningssätt, god kommunikationsförmåga, förbättrad hygien och minskad smittspridning, ett bättre förebyggande arbetssätt hos personalen, m.m. ger för besparingar. Helt klart är dock att flera av de kompetenser som vi valt ut som yrkeskrav är kompetenser som anses som bristområden i tillsynsrapporter och Lex Sarah-anmälningar. Då det är Äldreassistenter som är den största personalgruppen, de som är närmast den äldre och har mest kontakt, är det därför mycket troligt att en kompetenshöjning för dessa kan spara mycket stora belopp. Det blir dock främst i form av uteblivna kostnader för samhället och i form av ökad livskvalitet och minskat lidande för de äldre och deras anhöriga. Enligt vissa beräkningar kostar felaktig och ineffektiv läkemedelsanvändning 10 miljarder om året (Apoteket och Vårdförbundet). Kostnader för fallolyckor var år 2000 enligt Räddningsverket 4,8 miljarder kronor. Detta är direkta kostnader och tar inte hänsyn till produktionsbortfall och humanvärde. Sjukdomsrelaterad undernäring hos äldre orsakar, förutom lidande och död, höga kostnader för samhället. Det finns ett tydligt samband mellan ensamhet och isolering och ökad användning av sjukvården.

De besparingar som kan göras genom en kompetenshöjning för omsorgspersonalen och ökad attraktivitet för yrket kommer kanske i första hand landstingen till del. Detta sker i form av uteblivna kostnader för sjukvård och i andra hand kommunerna själva i form av effektiviseringar, utfört arbete med högre kvalitet, fler äldre som



klaras sig längre i det ordinära boendet och lägre kostnader för personalens sjukskrivningar och rekryteringar.

### Vem ska betala?

Idag har kommunerna ansvaret för att leva upp till socialtjänstlagens krav på god kvalitet i omsorgen och att ha personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Kommunerna och deras entreprenörer har ansvaret för sin personals kompetensutveckling. Många kommuner har redan i dag uppsatta mål att personalen ska ha kompetens motsvarande genomgången omvårdnadsprogram. I det fallet skiljer sig inte kommunernas ambitioner från utredningens. Skillnaden är att vi menar att personalen ska ha genomgått en gymnasieutbildning specifikt inriktad mot arbete för äldre eller på annat sätt ha uppnått samma kompetensnivå. Kommunerna arbetar redan i dag med omfattande fortbildningssatsningar bland sin personal och under senare år har staten bidragit med drygt en miljard kronor genom satsningen på Kompetensstegen.

Staten gör sedan 2006 större satsningar för kvalitetsförbättringar inom omsorg och vård för äldre genom årliga stimulansbidrag (för 2008 ca 2,4 miljarder kronor). Dessa bidrag är dock inte specifikt riktade mot kompetensutveckling för omsorgspersonalen. Statens viktigaste uppgifter för den reform vi föreslår är att skapa ett tydligt regelverk, se till att utbildningssystemet anpassas till yrkeskrav och specialiseringar och stödja kommunerna och deras entreprenörer att genomföra kompetensreformen.

### Finansieringsprincipen

Enligt finansieringsprincipen ska staten finansiera nya uppgifter som läggs på kommuner och landsting. Vi anser att ett förtydligande av vad som sägs i SoL om lämplig utbildning och erfarenhet hos personalen inte är att se som en ny uppgift. Däremot kan man argumentera för att det är en ambitionshöjning i förhållande till hur verkligheten ser ut idag. Därför är det rimligt att staten står för vissa av de merkostnader som förtydligandet innebär. Å andra sidan kan man inte säga att dagens verklighet ska utgöra bas för vad som är att beteckna som en ambitionshöjning eftersom kommunerna

inte kan sägas ha levt upp till lagens krav om personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Ett tydligt tecken på det är att 30 procent av de anställda, enligt SBC:s register, helt saknar formell omvårdnadsutbildning. Det är svårt att hävda att det är en lämplig utbildning.

När det gäller uppgiften att godkänna och utfärda kompetensbevis är det en ny uppgift som ska finansieras av staten liksom kvalitetssäkringen av valideringen.

Sammantaget är vår bedömning att staten bör stå för huvuddelen av de extra kostnader som uppkommer i samband med reformen. Några argument för det är att det delvis är att betrakta som en ambitionshöjning och i vissa mindre delar som nya pålagor för kommunerna. Det är dock rimligt att huvudmännen för verksamheten, som är ansvariga för att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet, också är med och delar på bördan.

*Vi föreslår att staten står för tre fjärdedelar av kostnaderna eller ca 525 miljoner kronor per år under åren 2010–2014 och därefter ca 300 miljoner kronor per år.*

## 12 Författningskommentar

### 12.1 Inledning

Med vilken kompetens och kvalitet insatser i socialtjänsten ska utföras regleras i 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453). Bestämmelsen infördes i samband med de mer omfattande ändringarna av socialtjänstlagen som trädde ikraft den 1 januari 1998. Den gäller både kommunalt och enskilt utförd socialtjänst.

I förarbetena till socialtjänstlagens kompetens- och kvalitetsbestämmelse konstateras bl.a. att personal och kompetensfrågor dittills hade nämnts mycket översiktligt (prop. 1996/97:124). År 1995 hade dock införts en bestämmelse med sådant innehåll gällande personal i förskoleverksamhet och skolbarnomsorg (nu upphävda 13 b §). Jämfört med annan social lagstiftning var avsaknaden av en för socialtjänsten generell bestämmelse en brist. Både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade innehöll redan då sådana bestämmelser. Mot denna bakgrund ansåg regeringen att socialtjänstlagen skulle kompletteras med en allmänt hållen bestämmelse om personal (dåvarande 7 a §). Vidare framgår bl.a. följande av förarbetena.

Frågan om kompetens och kunskapsutveckling är enligt regeringens uppfattning av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet och det ligger i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet. Begreppet kompetens är mångtydigt och kan ha olika betydelse i olika sammanhang. I allmän mening handlar det om förmåga att klara de olika krav som ställs i en viss organisation och i en viss verksamhet. Begreppet syftar inte bara på formell behörighet utan

hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet. Mot bakgrund av de stora förändringar som skett inom bl.a. äldreomsorgen genom 1992 års Ädelreform beslöt Socialtjänstkommittén att även belysa yrkesroll, arbetsfält och utbildning för handläggare och administratörer inom dessa områden. Kommittén redovisade våren 1995 ett delbetänkande om kompetens- och kunskapsutveckling – om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten (SOU 1995:58). Den föreslagna särskilda bestämmelsen om att det skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av socialtjänstens uppgifter är visserligen mycket allmänt formulerad men syftar ändå till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och att välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten.

När det gäller kvaliteten i socialtjänsten för äldre uttalas bl.a. följande.

Socialtjänstens verksamhet för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Detta förutsätter att omsorgs- och vårdinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Grundläggande för en individuell utformning av insatserna är en professionell och rättssäker behovsbedömning och att den enskilde får information om socialtjänstens möjligheter till stöd och hjälp. En av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är tillgången till personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt och engagerat ledarskap. Genom att fortlöpande beakta behovet av kompetensutveckling stärks möjligheterna att hålla en god kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter.

Genom lagen (2010:xxx) om kompetens för personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m. förtydligas de skyldigheter som åligger verksamhet som utför kommunalt finansierad biståndsbedömd stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen för personer som fyllt 67 år. Personalen ska, fr.o.m. att lagen träder ikraft fullt ut den 1 januari 2015, för att utföra vissa i lagen angivna arbetsuppgifter ha den kompetens som föreskrivs. Därigenom ökar kvaliteten i socialtjänsten för den här gruppen äldre personer. Lagen är konstruerad så att alla andra regler träder ikraft redan den 1 januari 2010. På så sätt kan verksamheterna förbereda och anpassa sig på ett tidigt stadium.

Ambitionen att höja kvaliteten i omsorg och vård för äldre stadfästas nu genom att det införs ett förtydligande av socialtjänstlagens kompetens- och kvalitetsbestämmelse (3 kap. 3 § andra stycket) i vilken det hänvisas till den nya lagens krav. Av ändringen i socialtjänstlagen och den nya lagen följer att de verksamheter som utför vissa biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen för personer som fyllt 67 år är skyldiga att se till att personalen har föreskriven kompetens. De ska vara Äldreassistenter.

Det är den enskilde som ansöker om att bli godkänd som Äldreassistent. Ansökan görs i den kommun där han eller hon ska ha sin yrkesutövning som Äldreassistent. En kommun som godkänner personal som Äldreassistent är ansvarig för att underlaget för beslutet är av god kvalitet. Kommunen blir därigenom skyldiga att kvalitetssäkra den verksamhet som leder fram till ett godkännande. Kommunen görs enligt denna lag skyldig att dokumentera godkännandet. Det ska vara möjligt för den enskilde att begära ut underlaget för kommunens godkännande.

Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen av kommunens verksamhet och att kommunen uppfyller de skyldigheter som följer av denna lag.

## 12.2 Ändring i socialtjänstlagen

### 3 kap. 3 §

Genom nu införda ändring i *andra stycket* förtydligas kommunens och enskilda verksamheters skyldigheter enligt socialtjänstlagen. Förtydligandena gäller den kompetens personal som ger stöd och hjälp till personer som fyllt 67 år i vissa fall ska ha. Det rör vissa enligt socialtjänstlagen biståndsbedömda insatser till den äldre då han eller hon är i dagverksamhet, i sin ordinära bostad eller i ett särskilt utformat boende. Uppfyller verksamheterna inte kraven kan socialtjänstlagens regler om tillsyn och skyldighet att avhjälpa brister tillämpas. Bestämmelser om kompetens finns i den nya lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.

## 12.3 Lagen (2010:xxx) om kompetens hos personal som arbetar med stöd och hjälp för äldre m.m.

### 1 §

Genom bestämmelsens *första stycke* anges vilken yrkesutövning inom kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre som omfattas av denna lag. Stödet och hjälpen ska ges till en person som fyllt 67 år. Det ska ske enligt socialtjänstlagens regler om bistånd då den äldre befinner sig i dagverksamhet, i sin ordinära bostad eller i en särskilt inrättad bostad (särskilt boende). De situationer som avses beskrivs i 3 kap. 6 § första stycket och 5 kap. 5 § socialtjänstlagen.

Enligt bestämmelsens *andra stycke* omfattar lagen inte yrkesutövning som avser rena serviceuppgifter, t.ex. de som gäller enbart att leverera en matlåda, att tvätta, att städa eller göra inköp (jfr förarbetena till 2 kap. 3 § socialtjänstlagen, prop. 1996/97:124, s. 175). Undantagna är också andra åtgärder, som t.ex. att hänga upp gardiner eller att utföra reparationer.

### 2 §

Enligt bestämmelsen är den som har kompetens enligt denna lag eller föreskrift med stöd av lag äldreassistent. Att 3 § träder ikraft först den 1 januari 2015 ger kommunen möjlighet att under övergångsperioden successivt ge personal inom omsorg och vård för äldre kompetens som motsvarar kraven i denna lag och föreskrifter meddelade med stöd av lag. Närmare föreskrifter om innehållet i kompetensen meddelas av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer.

### 3 §

Enligt bestämmelsen får enbart äldreassistenter ensamma utföra arbetsuppgifter som omfattas av denna lag. Av 1 § följer vilka situationer det rör sig om. Den som inte har den i lagen föreskrivna kompetensnivån (trainee) kan tillsammans med en äldreassistent, utöva yrkesverksamhet som omfattas av denna lag. Vid arbete i den äldres ordinära bostad innebär detta att en äldreassistent alltid måste närvara i sådana situationer. En trainee får alltså inte ensam

utföra yrkesutövning som omfattas av denna lag. Däremot är det möjligt att en äldreassistent inte är direkt närvarande i samma rum i en boendeform enligt 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen. Äldreassistenten ska dock befinna sig i omedelbar närhet till den äldre som får stöd och hjälp av en trainee. Det innebär sammanfattningsvis att äldreassistenten, eller annan personal med särskild föreskriven kompetens, ska ha kontroll över de arbetsuppgifter som utförs av en trainee. Av de olika bestämmelserna om bemyndiganden följer bl.a. att andra yrkesgrupper än äldreassistent kan ges behörighet att ensamma utföra yrkesutövning enligt denna lag.

#### 4 §

Enligt bestämmelsens *första stycke* ska den enskilde ansöka om att få sin kompetens som äldreassistent godkänd i den kommun där han eller hon har eller ska ha sin yrkesutövning som omfattas av denna lag. Det är den nämnd i kommunen som ansvarar för socialtjänsten som också ansvarar för att godkänna personer som äldreassistenter. Nämnden kan enligt denna bestämmelse meddela beslut om att godkänna att en enskild har tillräcklig kompetens för att bli äldreassistent (se avsnitt 6.4 – Valideringsvägen). I de fall kommunen godkänner kompetensen ska kommunen styrka detta genom att utfärda ett kompetensbevis för äldreassistent. Kompetensbeviset är nationellt giltigt. Kommunen ska dokumentera sitt beslut enligt denna bestämmelse. Kommunens beslut om godkännande av kompetens kan överklagas enligt den ordning som anges i 10 kap. kommunallagen för laglighetsprövning.

Enligt bestämmelsens *andra stycke* behövs inte godkännande enligt denna bestämmelses första stycke då en enskild person utbildat sig till äldreassistent genom utbildning i gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning eller fristående skola med motsvarande utbildning där studerande genomgått nationellt fastställda kurser i enlighet med den kompetens som krävs för att bli äldreassistent. De som gått sådan utbildning blir äldreassistenter med stöd av examensbevis eller motsvarande. Inte heller enskilda som omfattas av Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer, ändrad genom rådets direktiv 2006/100/EG, behöver godkännande enligt bestämmelsens första stycke.

## 5 §

Enligt bestämmelsen ansvarar kommunen för att det underlag som ligger till grund för beslut enligt 3 § första stycket är av god kvalitet. Underlaget kan t.ex. bestå av den validering av den enskildes kompetens och eventuell kompetensutveckling som hans eller hennes arbetsgivare utfört eller låtit utföra (se avsnitt 6.4 – Valideringsvägen). Underlaget kan komma från enskilda verksamheter eller kommunen. Kommunen ansvarar för att kvaliteten i underlaget för beslutet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Som ett led i den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen av underlagen bör kommunerna dokumentera hur de lokala valideringsprocesserna genomförs. Kommunen får då generellt bedöma om tillvägagångssättet för att ta fram underlag garanterar att det slutliga underlaget är av god kvalitet. Kommunen har dessutom att följa de föreskrifter som meddelats om detta.

## 6 §

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela närmare föreskrifter om kompetens enligt 2 §. Det handlar om att bestämma och precisera vilken kompetens som krävs för äldreassistenter.

## 7 §

Enligt bestämmelsen får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om behörighet för ytterligare yrkesgrupper (t.ex. sjuksköterskor) att ensamma få arbeta med uppgifter som omfattas av denna lag.



## 8 §

Enligt bestämmelsen ges regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, behörighet att meddela föreskrifter om att den som utomlands genomgått utbildning ska anses ha lämplig utbildning och erfarenhet enligt denna lag. Det handlar bl.a. om att anpassa svensk författning till EG-rätten. Genom bestämmelsen ges regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, behörighet att meddela föreskrifter om hur en sådan utbildning erkänns enligt 4 § andra stycket.

## 9 §

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ges enligt bestämmelsen behörighet att meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa. Det kan gälla föreskrifter t.ex. om hur olika verksamheter bör arbeta för att på ett ändamålsenligt sätt ge personal den kompetens som föreskrivs enligt denna lag, om hur kvaliteten i underlagen som ligger till grund för beslut om godkännande av kommunerna systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (kvalitets-säkras) samt om nivån på kompetens för olika specialiseringar för äldreassistenter.

## 10 §

Enligt bestämmelsens *första stycke* har Socialstyrelsen tillsyn över verksamhet enligt denna lag. Det handlar bl.a. om kommunens godkännande av personer som äldreassistent, utfärdande av kompetensbevis, dokumenterande av detta samt den kvalitetssäkring av verksamheten som kommunerna ska göra.

I bestämmelsens *andra stycke* definieras tillsyn som en granskning av att kommunerna uppfyller de krav som framgår av lagen och till den knutna förordningar och myndighetsföreskrifter samt villkor som har meddelats med stöd av sådana. Tillsynen innebär således kontroll av att gällande rätt enligt lag, förordningar och föreskrifter följs. Även villkor som meddelats med stöd av lagen och föreskrifter som t.ex. ges vid tillsyn om att avhjälpa brister omfattas. Tillsynen sker då som verksamhetstillsyn.

I Socialstyrelsens uppgifter enligt bestämmelsens *tredje stycke* ingår att lämna råd och vägledning i tillsynen, att följa upp att brister åtgärdas, att förmedla kunskap och erfarenhet som erhålls genom tillsynen samt att informera och ge råd till allmänheten. Dessa uppgifter är inte att se som tillsynsuppgifter i egentlig mening utan som komplement till tillsynen så att denna kan fungera på ett ändamålsenligt sätt. I den mån allmänheten vänder sig till Socialstyrelsen om den verksamhet som omfattas av denna lag och som kan bli föremål för tillsyn är den vägledning och rådgivning som Socialstyrelsen förmedlar en del i styrelsens tillsynsroll. Även rådgivning till kommunernas socialnämnd och till dem som utför socialtjänstinsatser i enskild verksamhet ingår därmed i tillsynsrollen om den har samband med tillsynen.

# Särskilda yttranden

## Särskilt yttrande

*av experten Kerstin Ahlsén*

Vård och omsorg är i dag en mångfacetterad och komplex verksamhet som kräver välutbildad och kompetent personal som står för hög kvalitet i verksamheten. I landets kommuner har stora satsningar gjorts för att höja personalens kompetensnivå för att kunna möta vård- och omsorgstagarnas behov. I SKL:s skrifter Aktuellt om Äldreomsorgen, där statistiken hämtas från SCB:s utbildningsregister, kan vi följa hur personalens formella kompetens har höjts varje år sedan 1999. 91 procent av undersköterskorna och vårdbiträdena inom äldre- och handikappomsorgen hade 2007 minst gymnasieutbildning och drygt 70 procent hade omvårdnadsutbildning, en ökning från 2006 då 60 procent hade omvårdnadsutbildning. I många kommuner har mellan 74 och 87 procent sådan utbildning. Enligt Socialstyrelsens äldreguide, som redovisar utbildningsnivån med underlag från en enkät till kommunerna, hade 2007 drygt 76 procent (medianvärde) av undersköterskor och vårdbiträden yrkesförberedande omvårdnadsutbildning. I särskilda korttidsboenden hade 92 procent formell utbildning

Jag delar utredningens mål att vård och omsorg ska omfattas av välutbildad personal som står för hög kvalitet i vården och omsorgen. De yrkeskrav som utredaren presenterar är väl genomarbetade och kan utgöra ett stöd för arbetsgivarna vid rekrytering och kompetensutveckling.

Utredningen har arbetat under stor tidspress vilket försvårat en fördjupad analys av hur man på ett processinriktat sätt främjar kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen. Att stifta en lag om

kompetenskrav är ett instrumentellt sätt att ge sken av att kompetensförhöjningen blir löst.

Jag avvisar att man lagstiftar om kompetenskrav. Äldreomsorgen är en verksamhet under förändring och det är viktigt att arbetsgivarna har möjlighet till flexibilitet när det gäller vilken kompetens verksamheten har behov av. Kommunerna måste organisera sina verksamheter utifrån egna förutsättningar, behov och lokala resurser. Det innebär att kompetensbehoven kan vara vitt skilda i en glesbygdskommun och en storstadskommun. Detta finns också redan uttryckt i socialtjänstlagens 3 kap. § 3 "För utförande av socialnämndens uppgifter skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet", och i samma paragraf slås fast att insatserna ska vara av god kvalitet. Detta anger den ram som kommunerna har att arbeta efter. Att införa detaljerade skyldigheter är ett ingrepp i socialnämndens beslutanderätt.

Den föreslagna lagen kolliderar med andra delar i socialtjänstlagen vilken ålägger kommunerna att avhjälpa de behov som vård- och omsorgstagaren har. Om arbetsgivaren inte har personal med den föreskrivna kompetensen måste man ändå skicka någon som tillgodoser behoven. Hur ska då vite utkrävas?

Äldre människor vårdas såväl inom kommunernas äldreomsorg, hälso- och sjukvård som inom landstingens hälso- och sjukvård. Äldreomsorg och vård bedrivs i hela vårdkedjan. Därför måste man se vård och omsorg som en arbetsmarknad där studenter och arbetssökande kan se möjligheter att arbeta inom olika områden. I dag kräver också verksamheten kunskaper både inom SOL och HSL. Det finns inga klara gränsdragningar. Därför kan man inte heller ha en inriktning i gymnasieskolan mot enbart omsorg, och beteckningen äldreassistent blir alltför begränsande.

När det gäller yrkesbenämningar så är detta en fråga för parterna på arbetsmarknaden att komma överens om.

De olika förslag som utredningen anger kräver stora kostnader. Enligt SKL:s beräkningar ligger en initial kostnad på 17,5 miljarder. Det är helt oacceptabelt att lägga ett förslag med så stora kostnader utan att ange hur det som helhet ska finansieras. Den kommunala finansieringsprincipen gäller även vid ambitionshöjningar och finansieringsprincipen måste gälla fullt ut för utredarens förslag.

## Särskilt yttrande

av experten *Eva Stål Söderberg*

Utredaren har haft till uppgift att lägga fram förslag på utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg samt yrkesbenämningar för omvårdnadspersonalen som arbetar inom kommunernas vård och omsorg. Utredaren ska även ge förslag på yrkeskrav för sådan omvårdnadspersonal och föreslå hur yrkesbenämningar och krav ska införas på ett för verksamheten rimligt och smidigt sätt.

### Bakgrund

#### Kunskapsområdet omvårdnad i relation till hälsa och vård

I riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvården anges att vårdens insatser skall vara hälsofrämjande och att åtgärder som främjar den äldres hälsa omfattar såväl förebyggande och förhindrande av sjukdom som att förstärka den äldres bevarade resurser och förmågor i en process som den äldre personen själv skall vara delaktig i att skapa för ett gott dagligt liv. Detta kräver en individanpassad omvårdnad där åtgärder och omgivning anpassas till den äldre personens behov och resurser i strävan att återhämta eller bibehålla hälsa.

### Vårdförbundets ståndpunkt

#### Yrkeskravens kunskapsområden

Utredarna vill höja kompetenskraven för omvårdnadspersonal och precisera varför det krävs en specifik utbildning för att arbeta inom äldreomsorgen. Det tycker Vårdförbundet är ett mycket positivt och värdefullt steg i syfte att utveckla svensk äldreomsorg.

Vårdförbundet tycker till skillnad mot utredningen att utbildningen ska bygga på hälsa, omvårdnad, socialt arbete och rehabilitering. Detta för att ge en bred grund för att möta den äldres behov men också för att kunna förebygga och främja hälsa. Utbildningen ska ge en grund för att möta individuella, personliga behov utifrån hälsa och helhetssyn. Tydligare krav på omvårdnadskunskap för

Äldreassistenter är ett positivt steg och kommer att höja kompetensen inom äldre vården som idag i vissa fall är eftersatt.

Men, som utredningen föreslår, att yrkeskraven för arbete i äldreomsorgen enbart ska innefatta/innehålla omsorg och inte också omvårdnad är inte tillräckligt. Kunskapsområdet omvårdnad bör i fortsättningen vara ett begrepp som också används inom den kommunala äldreomsorgen för samtliga yrkesgrupper. Sjuksköterskan och socionomen, sjukgymnaster och arbetsterapeuter har alla en viktig roll att tillsammans med äldreassistenter bidra till att höja kvaliteten inom äldreomsorgen.

Av de mer än 1000 sjuksköterskor som idag har disputerat i Sverige, har en stor andel forskat i ämnen relaterade till omvårdnad av äldre. Detta har lett till att vi idag har en bred kunskapsbas grundad i forskning och med direkt påverkan på livskvalitet för den äldre befolkningen inom en rad områden, såsom exempelvis smärtlindring, nutrition, hudvård, rehabilitering, social aktivering, minnesstöd och god vård i livets slut. För att den forskning som idag bedrivs ska kunna användas och tillvaratas för god vård och förbättringar inom äldreomsorgen, bör man använda vedertagna begrepp.

Genom att enbart använda begreppet omsorg och inte omvårdnad i utredningen motsvarar inte det nuvarande förslaget till yrkeskrav inom äldreomsorgen de krav på kompetens och färdigheter som äldre behöver.

### **Olika lagstiftningar**

Att vården och omsorgen av äldre idag regleras av två olika lagstiftningar, Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, är olyckligt. Det innebär att yrkesutövare i den kommunala vården och omsorgen tvingas arbeta efter två olika regelverk i en och samma verksamhet. Men det är ingen tillfredsställande lösning att som i utredningens förslag till yrkeskrav omdefiniera de äldres omvårdnadsbehov till enbart omsorg och därmed hänföra yrkeskraven enbart till Socialtjänstlagen.

## Saknar kunskapsområden

I utredningen har man enbart valt att träffa forskare från socialt arbete för att diskutera yrkesperspektiv samt för att läsa utredningens utkast. För att de äldres behov ska bli tillgodosedda krävs ett tvärprofessionellt synsätt där flera kunskapsområden måste samverka. I utredningen finns inga referenser omkring kunskapsområdena rehabilitering och habilitering, samt knappast något gällande omvårdnad.

## Delegering av läkemedel

När det gäller utredningens förslag kring delegering känner Vårdförbundet stor tveksamhet. Vårdförbundet anser att den person som ska administrera och iordningställa läkemedel har en sådan kompetens så att säkerheten för den äldre inte äventyras. Läkemedel bör även fortsättningsvis administreras efter delegering från sjuksköterska. Detta förutsätter att Äldreassistenten kommer att få goda kunskaper om vanligt förekommande läkemedel. Undersökning och behandling bör kunna utföras av Äldreassistenten efter instruktion och ordination av sjuksköterskan. Äldreassistenten ska kunna rapportera förändringar i den äldres allmäntillstånd till sjuksköterskan för att denna ska kunna göra omvårdnadsbedömningar för att säkerställa en god och säker vård till de äldre även i framtiden.

Vårdförbundet  
Eva Stål Söderberg  
Förbundsombudsman

# Kommittédirektiv



## En kompetensform inom vården och omsorgen om äldre **Dir. 2007:155**

---

Beslut vid regeringssammanträde 22 november 2007

### Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare ska lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjning inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre kvinnor och män. Personalens kompetens är av central betydelse för äldre personer i behov av vård och omsorg, inte minst för de många sköra personer som har svårt att föra sin egen talan. De behöver kunna känna sig trygga i förvisning om att den vård och omsorg de behöver utförs av personal med tillräcklig kompetens. Grundläggande utbildning av personal inom den kommunala vården och omsorgen om äldre är ett kommunalt ansvar. För att underlätta för huvudmännen och de myndigheter som ska utöva tillsyn behöver de krav på personalens kompetens som stadgas i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) förtydligas.

### *Enhetliga kriterier för yrkeskompetens*

- Utredaren ska ge förslag på utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg samt yrkesbenämningar för omvårdnadspersonal som arbetar inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Utredaren ska ge förslag på yrkeskrav för sådan omvårdnadspersonal och föreslå hur yrkesbenämningar och krav ska införas på ett för verksamheterna rimligt och smidigt sätt.



*Olika vägar till grundläggande kompetensförsörjning*

- Utredaren ska analysera och ge förslag på hur kompetensbehovet inom sektorn ska kunna tillgodoses i syfte att försörja vården och omsorgen om äldre med grundutbildad personal.

*Vidareutbildning och förbättrade karriärvägar*

- Utredaren ska lämna förslag på hur vidareutbildningen kan förbättras i syfte att höja kvaliteten och underlätta den framtida kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Vidare ska utredaren analysera behovet av att utveckla vidareutbildningar inom området.

**Bakgrund**

Att bemötas med respekt av personal med rätt kompetens är avgörande för att äldre kvinnor och män i behov av vård och omsorg ska uppleva sin tillvaro som värdig och trygg. Personalens kompetens och engagemang är i detta sammanhang den viktigaste faktorn för kvaliteten och tryggheten i äldreomsorgen. Fler personer blir allt äldre och fler äldre kvinnor och män får sin vård och omsorg i den ordinära bostaden eller i särskilt boende, mot att tidigare ha vårdats inom slutenvården. Detta har inneburit att arbete inom vård och omsorg om äldre blivit alltmer kvalificerat och mångfacetterat. Det kräver att personalen har både bredd och djup i sin kompetens. År 2005 var 230 200 personer anställda (månadsavlönade) i kommunernas och de privata företagens vård och omsorg om äldre. Nio av tio undersköterskor och vårdbiträden har gymnasieutbildning men bara 60 procent har en formell omvårdnadsutbildning. Drygt hälften av samtliga som rekryterades till äldreomsorgen år 2005 hade en omvårdnadsutbildning. Detta kan jämföras med förskolan där ungefär fem procent saknar utbildning för arbete med barn. Många kommuner gör stora och ambitiösa insatser för att höja kvaliteten och öka personalens kompetens. Dessa insatser förtjänar att få en vidare spridning över hela landet.

På tio års sikt kommer pensionsavgångarna från äldreomsorgen att vara stora, samtidigt som antalet personer med vård- och omsorgsbehov beräknas öka. Efterfrågan på kompetent personal

kommer alltså att öka kraftigt. Sedan lång tid tillbaka har allt färre sökt sig till omsorgen via de reguljära utbildningsvägarna såsom gymnasieskolans omvårdnadsprogram. För att klara den framtida personalförsörjningen måste omvårdnadsarbetet göras mer attraktivt och statusen höjas. Personal som redan arbetar inom äldreomsorgen behöver få tillgång till kompetensutveckling och alla utbildningsvägar som ger kompetens för arbete inom äldreomsorgen måste utnyttjas. Flexibla och individuella lösningar behöver utvecklas. Bara drygt tio procent av dem som arbetar inom kommunernas vård och omsorg är män. En framtida utmaning är att bredda rekryteringsbasen och därmed öka denna andel.

### *Nationell likvärdighet i validering*

Validering är en process som innebär en strukturerad bedömning, dokumentation och erkännande av kunskaper och kompetens som en person besitter, oberoende av hur de har förvärvats. Som tidigare konstaterats saknar i dag 40 procent av omvårdnadspersonalen formell omvårdnadsutbildning. Detta innebär inte att alla dessa personer saknar relevant kompetens. Tvärtom kan man anta att många genom sin anställning har förvärvat omfattande kompetens inom omvårdnadsyrket. Bättre utnyttjande av möjligheterna till validering skulle innebära att fler kunde få ett bevis på sina kunskaper och kompetenser. Då befintlig kompetens är dokumenterad finns goda möjligheter att identifiera behov av kompletterande kompetensutveckling. Utvecklade validering kan på detta sätt bidra till att stärka omvårdnadspersonalens yrkesstatus och samtidigt möjliggöra en identifiering av behoven av kompetensutveckling. För arbetsgivare och utbildningsanordnare innebär validering inte sällan att kostnader kan begränsas, jämfört med om den enskilde skulle ha genomgått samtliga delar i ett utbildningsprogram.

### *Investerar nu!*

Socialstyrelsen har tillsammans med nio andra berörda myndigheter lämnat en rapport, *Investerar nu!*, med förslag till vad staten bör göra för att underlätta kompetensförsörjningen inom kommunernas vård och omsorg om äldre och personer med funk-

tionshinder. Myndigheterna föreslår i rapporten en långsiktig handlingsplan med ca 60 åtgärder. Den största utmaningen för den framtida kompetensförsörjningen har bedömts vara bristande tillgång till yrkeskompetent omvårdnadspersonal. Myndigheterna föreslog en rad åtgärder för att komma till rätta med den förväntade långsiktiga bristen på omvårdnadspersonal, t.ex. genom utökat vuxenlärande, ett utvecklat omvårdnadsprogram i gymnasieskolan och förbättrade rekryteringsvägar. Socialstyrelsen har i rapporten "Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer" beskrivit vilken kompetens omvårdnadspersonal bör ha. Rapporten har utarbetats i samråd med berörda intressenter och har remissbehandlats.

### *Kompetensstegen*

Som ett led i arbetet med att höja kompetensen i äldreomsorgen har Kompetensstegen (S 2004:10) arbetat med att stödja kommunernas kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen. Kompetensstegen har, förutom att bereda ansökningar och ge förslag till beslut, fungerat som ett forum för dialog och samverkan mellan berörda aktörer i frågor som rör kvalitet och kompetensutveckling inom området äldres vård och omsorg. Drygt en miljard kronor avsattes för åren 2005–2007 och nästan samtliga kommuner i landet genomför nu olika vidareutbildningsprojekt. Ett hundratal kommuner genomför dessutom grundutbildning för anställda som arbetar samtidigt som de genomgår validering och kompletterande studier. En del av uppdraget är att i form av en begränsad försöksverksamhet pröva modeller för formella utbildningsinsatser som är både verksamhetsbaserade och verksamhetsplacerade.

Ett exempel på en kommun som i dag arbetar med verksamhetsnära utbildningsmodeller inom vård och omsorg är Katrineholm som, i nära samarbete med den kommunala vuxenutbildningen, kartlagt och synliggjort ett antal vårdbiträdens kompetens och därefter skraddarsytt utbildningar utifrån respektive individs behov. Utbildningen genomförs på deltid, fysiskt placerad på arbetsplatsen och med ett innehåll som utgår från verksamheten i äldreomsorgen. En del av utbildningsmodellen har varit att utbilda undersköterskor till pedagogiska handledare som kan stödja de

studerande genom att leda lärande samtal. Liknande insatser genomförs i t.ex. Jönköping, där man direkt på arbetsplatsen etablerat lärcenter med datorer på varje avdelning.

### Behovet av en utredning

Redan i dag finns krav på personalens kompetens inom äldreomsorgen. Enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) ska insatserna vara av god kvalitet och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 §). Många av insatserna inom äldreomsorgen är hälso- och sjukvård. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) finns ett krav på god vård samt att det ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e §).

Länsstyrelserna och Socialstyrelsen har i sin tillsyn ansvar för att kommunerna och privata utförare lever upp till lagstiftningens krav. I dag saknas dock nationellt fastställda yrkeskrav för omvårdnadspersonalen som myndigheterna kan utgå från i sin tillsyn.

Socialstyrelsen konstaterar i Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006:

- att den fortsatt låga andelen yrkeskompetent omvårdnadspersonal inverkar negativt på kvalitetsutvecklingen,
- att staten bör vidta åtgärder för att öka utbudet av yrkeskompetent omvårdnadspersonal,
- att det är angeläget att lägga fast kraven på att all personal ska ha en definierad lägsta yrkeskompetens,
- att utbildningssystemet bör ses över och
- att förutsättningarna för lärande knutet till arbetsplatserna behöver förbättras.

Regeringen delar Socialstyrelsens bedömning och menar att i och med att arbetet inom vården och omsorgen om äldre kvinnor och män har blivit alltmer kvalificerat och komplext ställer det ökade krav på att personalen har såväl bred som specialiserad kompetens. Personalens befogenheter och ansvarsområden samt kompetenskrav inom vården och omsorgen om äldre behöver därför förtydligas, preciseras och regleras. I dag saknas förtydliganden av de krav som redan stadgas i SoL och HSL. Det finns ett behov av att fastställa yrkeskraven för omvårdnadspersonalen så att vården och omsorgen uppfyller de allmänna krav på personalens kompetens som regleras av SoL och HSL. I sammanhanget är det

viktigt att beakta de skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal som framgår av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Sammantaget innebär detta att det finns ett behov av en samlad kompetensreform. Syftet med en sådan reform är att öka kvaliteten och effektiviteten, att få en ökad nationell likvärdighet och att göra arbete inom vården och omsorgen om äldre mer attraktivt. Yrkeskrav skulle höja statusen för den personal som uppfyller yrkeskraven.

Reformens mål är att all personal ska ha grundläggande yrkesutbildning för sina uppgifter. Vidare är ett mål att personalen får bättre förutsättningar för kompetens- och karriärutveckling. Därmed bör verksamheterna få bättre möjligheter att kunna rekrytera och behålla personal med god kompetens.

Utvecklingsmöjligheter och arbetsförhållanden behöver förbättras och yrkesgrupperna ges en bättre professionell status. Det handlar bl.a. om att stärka drivkrafterna för individen att utveckla sig inom yrket och att synliggöra utvecklingsvägar. Med yrkesbenämningar och utbildningar som är likvärdiga och erkända i hela landet ökar möjligheten till geografisk rörlighet samt till utökat och tydligare yrkesansvar. För många kommuner är det en tung börda att ensamma bygga upp kompetenssystem och utbildningsvägar. Vård- och omsorgssektorn har mycket att vinna på ökat samarbete inom detta område.

Det finns en mängd befattningsbenämningar inom vården och omsorgen om äldre som exempelvis: undersköterska, vårdbiträde, hemvårdare, skötare, vårdare, hemsamarit, hemtjänstbiträde, hemsjukvårdare och vårdassistent. Inom kommunernas vård och omsorg om äldre dominerar benämningarna vårdbiträde och undersköterska. Många av dem som återfinns bakom de olika titlarna arbetar med likartade uppgifter och skillnaden kan i många fall vara svår att beskriva. De av huvudmännen formulerade kraven på yrkeskompetens är också skiftande och upprätthålls i varierande grad. Det finns behov av att på nationell nivå införa enhetliga yrkesbenämningar och precisera de grundläggande kompetenskraven för sådana benämningar. Det är också viktigt att klargöra frågor om behörighet till vissa arbetsuppgifter och delegering inom området.

### *Kommunikation och språkkunskaper*

Allt fler utlandsfödda anställs i äldreomsorgen, särskilt i storstadsområdena. Flerspråkighet och kulturkompetens är viktiga tillgångar i omsorgen om äldre med utländsk bakgrund eller annat modersmål än svenska. Det är därför viktigt att uppmuntra att flerspråkiga personer anställs och förmås stanna kvar inom vården och omsorgen om äldre. Bland det totala antalet anställda i omsorgen om äldre och funktionshindrade har andelen utrikes födda ökat från drygt nio procent 1995 till 13,5 procent år 2006. Det är framförallt andelen födda utanför Norden och EU som ökat. Denna utveckling är mycket glädjande men det ställer samtidigt stora krav på utbildning och kompetensutveckling i en verksamhet som i så hög grad bygger på kommunikation mellan personal i arbetslaget etc. och mellan personal och vårdtagare och deras anhöriga. Korrekt dokumentation är viktig för kvalitet och säkerhet och ställer krav på tillräckliga kunskaper i svenska, vilket också är en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig kompetensutveckling. Personalens språkkunskaper är också av stor betydelse för att kunna erbjuda kvalitativ och likvärdig äldreomsorg för de nationella minoriteterna. Sedan år 2000 har enskilda en lagstadgad rätt till äldreomsorg helt eller delvis på samiska, finska respektive meänkieli inom sju kommuner i Norrbottens län. Frågan om en utvidgning av denna rättighet till att omfatta fler individer har varit föremål för en utredning. Förslagen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### **Uppdraget**

En särskild utredare ska lämna förslag på en nationell strategi för kompetensförsörjningen inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre kvinnor och män.

Personalens kompetens är av central betydelse för äldre personer i behov av vård och omsorg, inte minst för de många sköra personer som har svårt att föra sin egen talan. De behöver kunna känna sig trygga i förvissningen om att den vård och omsorg de behöver utförs av personal med tillräcklig kompetens. Grundläggande utbildning av personal inom den kommunala vården och omsorgen om äldre är ett kommunalt ansvar. För att underlätta för huvudmännen och de myndigheter som ska utöva tillsyn behöver

de krav på personalens kompetens som stadgas i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen förtydligas.

#### *Enhetliga kriterier för yrkeskompetens*

Utredaren ska ge förslag på utformning av enhetliga kriterier för yrkeskompetens, kompetensintyg samt yrkesbenämningar för omvårdnadspersonal som arbetar inom kommunernas vård och omsorg om äldre. Avsikten är dock inte att reglera tillträdet och utövandet av dessa yrken på motsvarande sätt som för exempelvis sjuksköterska eller läkare, eftersom det skulle stänga ute personer med god kompetens som saknar formell utbildning. Utredaren ska ge förslag på yrkeskrav för sådan omvårdnadspersonal och föreslå hur yrkesbenämningar och krav kan införas på ett för verksamheterna rimligt och smidigt sätt. Det kan t.ex. handla om övergångslösningar för personal som inte når upp till kraven eller andra åtgärder för att yrkeskraven ska få genomslag ute i verksamheterna, utan att detta omöjliggör rekrytering eller omedelbart diskvalificerar redan anställd personal.

#### *Olika vägar till grundläggande kompetensförsörjning*

Utredaren ska analysera och ge förslag på hur kompetensbehovet inom sektorn ska kunna tillgodoses i syfte att försörja vården och omsorgen om äldre med grundutbildad personal.

Genom validering kan man förkorta utbildningstiden för dem som skaffat sig kompetens genom praktiskt arbete, i Sverige eller annat land. Det är en vinst för individen, arbetsgivaren och samhället. Utredaren ska analysera och ge förslag på hur utbildningsanordnare och arbetsgivare inom vård- och omsorgsområdet kan förmås att bättre utnyttja de möjligheter till validering som finns.

Även om mycket av utbildningsbehoven kan täckas med arbetsplatsförlagd utbildning finns ett behov av utbildningar som leder till arbete inom äldreomsorgen även utanför arbetsplatsen. Utbildningen kan rikta sig både till dem som redan arbetar inom omsorgen och till dem som saknar erfarenhet från äldreomsorgen men som vill arbeta där. Det är viktigt att utbildningen till sin form är flexibel eftersom den riktar sig till olika målgrupper med

skiftande behov. Det är angeläget att undanröja de hinder som finns för att redan anställd personal samt personer som söker sig till vården och omsorgen ges möjlighet att tillägna sig grundläggande yrkeskompetens.

En viktig fråga är hur arbete och lärande kan förenas på eller i anslutning till arbetsplatsen. En annan fråga är hur samverkan mellan arbetsliv och utbildningsanordnare bör utformas för att dessa skall kunna stödja varandra på ett bra sätt. En tredje fråga är hur formerna för lärande knutet till arbetsplatserna bör utformas och vilka förutsättningar som krävs för att denna form av lärande ska vara framgångsrik.

#### *Vidareutbildning och förbättrade karriärvägar*

För dem som når upp till yrkeskraven och är anställda inom vården och omsorgen om äldre behövs tydligare utvecklings- och karriärvägar. En viktig anledning är att verksamheterna har förändrats och blivit allt mer komplexa. I och med det har kraven på specifika kunskaper och specialiserad kompetens hos personalen ökat. En annan anledning är att kunna locka fler att söka sig till omvårdnadsyrkena. I utredarens uppdrag ingår att analysera och beskriva behovet av vidareutbildningar, t.ex. i form av nationella påbyggnadsutbildningar som ger specialiserad yrkeskompetens. Om utredaren finner ett behov av specialiserade påbyggnadsutbildningar ska utredaren redovisa förslag på vilka sådana som behöver inrättas.

Under arbetet med att utarbeta en nationell strategi för kompetensförsörjning ska utredaren beakta de skyldigheter som följer av EU-medlemskapet, bl. a. när det gäller ömsesidigt erkännande av kompetens inhämtad i annat medlemsland.

#### *Författningsreglering*

Utredaren ska analysera om det finns behov av författningsändringar och i så fall lägga fram fullständiga förslag till sådana.



*Samråd m.m.*

Utredaren ska i sitt arbete samråda med Sveriges Kommuner och Landsting och andra berörda intressenter och studera de goda exempel som finns i kommunerna.

Samråd ska också ske med Socialstyrelsen och andra myndigheter som ansvarar för nationella styrdokument inom omvårdnadsområdet. Utredaren bör även inhämta information från myndigheter som har erfarenhet av att arbeta med validering av utländsk kompetens för att främja en så likartad hantering av gränsöverskridande arbetskraft som möjligt.

Utredaren ska i sitt arbete vidare samråda med utredningarna om Fritt val i äldreomsorgen (S 2007:04), Vårdighetsgaranti (S 2007:03), Patientsäkerhet och tillsyn m.m. (S 2007:57), Yrkehögskoleutredningen (U 2007:07), En fristående vuxenutbildning (U 2007:02), Gymnasieutredningen (U 2007:01), samt med den interna Skollagsberedningen (U 2006:E). Utredaren bör i sitt arbete även ta del av det arbete som bedrivs av Valideringsdelegationen och den slutrapport som de lämnar till regeringen senast den 15 januari 2008 samt beakta resultatet av Kompetensstegens (S 2004:10) arbete.

Utredaren ska också beräkna eventuella ekonomiska konsekvenser av förslagen för den enskilde och för kommuner eller andra berörda. Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting eller kommuner ska utredaren föreslå en finansiering. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474).

*Redovisning av uppdraget*

Utredaren ska kontinuerligt rapportera till regeringen hur arbetet fortskrider. Utredaren ska lämna sitt slutbetänkande senast den 30 november 2008.

(Socialdepartementet)

# Faktauppgifter om kommunalt finansierad omsorg och vård för äldre i dag

## Den äldre befolkningen 2006<sup>1</sup>

Åldersgrupp utlandsfödda	Antal	Andel av befolkningen	Därav
65+	1 580 000	17,3 %	12,7 %
80+	489 000	5,4 %	8,2 %

År	Medellivslängd		Återstående medellivslängd vid 65 år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1950	68	71	14	14
2006	78,5	82,8	17	21
2020	80,8	84,3	17,9	20,9

## Kommunal hemsjukvård 2006

Åldersgrupp & hemsjukvård	Enbart hem- sjukvård	Hemtjänst
65+	14 100	34 500
80+	8 500	25 500

<sup>1</sup> Samtliga uppgifter från 2005 och 2006 har hämtats från *Aktuellt på äldreområdet 2007*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

*Hemtjänst i ordinärt boende 2007<sup>2</sup>*

<i>Åldersgrupp</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
65+	153 700	ca 10 %
80+	111 200	ca 23 %

*Särskilt boende 2007*

<i>Åldersgrupp</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
65+	95 200	6,2 %
80+	76 700	16,2 %

*Omsorg och vård i enskild regi 2006*

Hemtjänst 11 % av samtliga vårdtagare

Särskilt boende 14 % av samtliga vårdtagare

Kostnad 10 miljarder kronor

*Personal 2006*

Anställda<sup>3</sup> (inkl lediga, sjukfrånvarande) 256 000

Därav undersköterskor, vårdbiträden m.fl. med motsv. arbetsuppgifter 185 500

Genomsnittlig sysselsättningsgrad 84 %<sup>4</sup>

Sysselsatta 221 300

Timavlönade 68 300

Gymnasieutbildning 90 %

Omvårdnadsutbildning 60 %

Yrkesförberedande utbildning 2007<sup>5</sup> 76 %

*Kommunernas kostnader för äldreomsorg 2006*

Totalkostnad 431 miljarder kr

Äldreomsorg 83,6 miljarder kr (19,3 %)

Avgiftsfinansiering 4 % (äldreomsorg)

<sup>2</sup> Samtliga uppgifter från 2007 har hämtats från *Äldre – vård och omsorg 2007*. Socialstyrelsen, 2007.

<sup>3</sup> Uppgiften avser alla anställda inom omsorg och vård; dvs. både äldre- och handikappomsorg och inkl. högskoleutbildad personal.

<sup>4</sup> Uppgiften gäller samtliga hel- och deltidsanställda inom omsorg och vård. Många väljer att arbeta deltid vilket innebär att praktiken endast 37,5% arbetar heltid.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen; *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre*, Verksamhetens kvalitet, 2008. Med yrkesförberedande utbildning avses personal som har minst 900 gymnasiepoäng i omvårdnadsämnen eller motsv. äldre utbildning.

*Kostnadsfördelning äldreomsorg 2006*

Särskilt boende 52 miljarder kr 63 %

Ordinärt boende 29 miljarder kr 35 %

Öppen verksamhet 2,5 miljarder kr 2 %

*Kostnad per vårdtagare 2006*

Ordinärt boende 224 700 kr per år

Särskilt boende 480 400 kr per år

## Tre underlag om yrkeskompetens

Inför vårt arbete med att formulera yrkeskrav för Äldreassistent har vi bl.a. tagit del och inspirerats av tre tidigare gjorda eller pågående arbeten där yrkeskrav/yrkeskvalifikationer för arbete inom omsorg och vård beskrivits. Nedan redovisas en sammanfattning av dessa rapporter, vilket innebär att för varje yrkeskrav endast anges några exempel på vad som kan ingå. För en fullständig beskrivning av yrkeskraven hänvisas till respektive arbete.

### **Socialstyrelsen: Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer<sup>1</sup>**

Som svar på ett regeringsuppdrag överlämnade nio myndigheter sommaren 2004 en rapport till regeringen, Investera nu! En slutsats i rapporten var bl.a. att ”all omvårdnadspersonal skall ha minst grundläggande pedagogisk, medicinsk och social yrkeskompetens för sitt arbetsfält”. I denna rapport åtog sig Socialstyrelsen att precisera grundläggande yrkeskrav som bör ställas på omvårdnadspersonal. I samarbete med berörda intressenter och forskare utar-

---

<sup>1</sup> *Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer, Grundläggande nivå.* Socialstyrelsen, 2006.

betades 2006 rapporten "Vård- och omsorgsassistenters kvalifikationer".

Vård- och omsorgsassistent har använts som samlingsbeteckning för personal med grundläggande gymnasial yrkesutbildning inom vård och omsorg. Benämningen omfattar undersköterskor, vårdbiträden, skötare, vårdare, personliga assistenter, boendestödjare, hemvårdare och personal med liknande befattningsbenämningar.

Så långt det är möjligt har Socialstyrelsen använt de begrepp som Världshälsoorganisationen rekommenderat i rapporten Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). En ungefärlig relation mellan andra i litteraturen förekommande begrepp och ICF är följande:

- Omvårdnads-/omsorgsuppgifter = ICFs stöd i personlig vård.
- Hushållsuppgifter = ICFs stöd i hemliv.
- Medicinska uppgifter = ICFs stödjade hälsa och funktionsförmåga.
- Sociala/socialpedagogiska/pedagogiska uppgifter = ICFs stödjade brukare/patientens relationer samt stödjade brukare/patienters delaktighet.

Enligt Socialstyrelsen bör personal inom vård och omsorg arbeta med stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket är avgörande för kvaliteten. En annan viktig faktor är personalens förhållningssätt till brukaren/patienten. Ibland får nyanställd personal, efter en kort introduktionsutbildning, utföra samma arbete som mer erfaren personal. För att uppnå de förmågor som redovisas nedan krävs att vård- och omsorgsassistenten tillägnat sig kunskaper inom beteendevetenskapliga, samhällsvetenskapliga och vårdvetenskapliga ämnen. Färdighetsträning, praktisk utbildning, bör ha skett inom några olika verksamhetsformer där vård- och omsorgsassistenten.

I 12 punkter, indelade i två huvudkategorier (generella och uppgiftsrelaterade), redovisas de förmågor som vård- och omsorgsassistenten bör ha för att uppnå grundläggande yrkeskvalifikationer. Beskrivningen utgår bl.a. från aktuell lagstiftning och regelverk, kunskaper om vad vård- och omsorgsassistenten gör i sitt arbete, brukares och närståendes uppfattningar m.m. De förmågor som beskrivs under de båda avsnitten ger tillsammans de yrkeskvalifika-

tioner som skapar förutsättningar för vård- och omsorgsassistenten att bedriva ett arbete av god kvalitet.

### Generella förmågor

1. *Yrkesmässig hållning*: exempelvis förmåga att tillämpa ett etiskt grundat förhållningssätt genom att självständigt, med gott omdöme och ansvar handla inom ramen för sin yrkeskompetens, vara lyhörd för brukarens/patientens uppfattning, vara empatisk samt avväga brukares/patienters uppfattning mot vad som anses vara god vård och omsorg och respektera och bekräfta brukare/patient som individ.
2. *Attityder och ideologier*: exempelvis ha förmåga att uppmärksamma och ta hänsyn till attityders, normers och ideologiers betydelse i vård- och omsorgsarbete. Detta gäller bl.a. attityder hos brukare/patient, närstående och vänner och egna och andra yrkesutövares attityder.
3. *Samarbete*: exempelvis förmåga att utifrån en helhetssyn se sitt eget arbete i relation till annat personligt stöd och personliga relationer samt att samarbeta med brukare/patient, närstående och andra samarbetspartners och yrkesgrupper inom vård och omsorg men också i samhället i övrigt.
4. *Planera och utveckla arbetet*: med utgångspunkt i brukarens/patientens behov, t.ex. ha förmåga att identifiera och bidra till lösning av problem i det dagliga arbetet, individuellt planera, prioritera samt målinriktat genomföra och följa upp sitt arbete i samverkan med andra yrkesgrupper och rapportera och dokumentera.
5. *Tekniker och produkter*: med stöd av och i samverkan med andra yrkesgrupper, ha förmåga att i sitt arbete använda rätt produkter och tekniker, samt att arbeta på ett ergonomiskt och hygieniskt riktigsätt. Det gäller exempelvis mat, dryck, läkemedel, kläder, textil, kemiska substanser, möbler, hjälpmedel för förflyttning och för kommunikation.
6. *Miljöns betydelse*: exempelvis förmåga att beakta miljöns betydelse för hälsa och livskvalitet i vård- och omsorgsarbetet och uppmärksamma brukares/patienters tillgång till stimulerande och varierande miljöer med hänsyn till ljus-, ljud-, färg- och luft.
7. *System och policier*: exempelvis förmåga att med stöd av arbetsledningen handla målinriktat för att förverkliga brukarnas individuella planer, vara orienterad om lagstiftarens intentioner och om de system som finns för sociala stödinsatser och hälso- och sjukvård.



## Uppgiftsrelaterade förmågor

I detta avsnitt uttrycks vård- och omsorgsassistentens förmågor i förhållande till de yrkesuppgifter som de kan ha.

8. *Stöd i personlig vård:* exempelvis förmåga att stödja brukarens/patientens egen förmåga att själv genomföra nedanstående uppgifter och att vid behov kompensera brukaren/patienten då denne själv saknar kapacitet att genomföra aktiviteter som att klä sig, utföra kroppsvård, (inklusive mun- och tandvård), sköta toalettbehov och äta och dricka.
9. *Stöd i hemliv:* exempelvis förmåga att stödja brukarens/patientens egen förmåga att själv genomföra nedanstående uppgifter och att vid behov med egna insatser kompensera begränsningar av brukarens/patientens förmåga att anskaffa varor och tjänster, bereda måltider och beakta specifika utföra hushållsarbete etc.
10. *Stödja brukarens/patientens hälsa och funktionsförmåga:* exempelvis förmåga att observera förändringar i brukarens/patientens hälso- och funktionstillstånd och tillsammans med brukaren/patienten och andra yrkesgrupper bedöma dennes behov och genomföra lämpliga åtgärder. Dessa kan vara förebyggande/hälsofrämjande, behandlande, rehabilitering/habiliterande och omfattarpsykiska funktioner och andra kroppsfunktioner såsom t.ex. sinnesfunktioner och smärta, röst- och talfunktioner, hjärt-kärlfunktioner m.m.
11. *Stödja brukarens/patientens relationer:* exempelvis förmåga att med stöd av eller tillsammans med andra yrkesgrupper stödja brukaren/patienten i dennes relationer inom viktiga livsområden. Detta gäller både informella och formella relationer.
12. *Stödja brukarens/patientens delaktighet:* exempelvis förmåga att förstå och utifrån brukarens/patientens önskan stödja deras deltagande i socialt och medborgerligt liv som att delta i samhällsgemenskapen, rekreation, kultur- och fritidsaktiviteter och andliga aktiviteter.

Svenska språket beskrivs som en nödvändig förutsättning för en god relationer med brukaren/patienten och är även nödvändigt för att t.ex. kunna dokumentera arbetet.

## 2. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL): Baskompetens inom vård och omsorgssektorn<sup>2</sup>

SKL har utarbetat en beskrivning av vilken baskompetens som behövs inom vård- och omsorgssektorn. Med kompetens menar SKL "förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskaper och färdigheter utifrån gemensamma värderingar och förhållningssätt". Denna baskompetens bör finnas hos alla, inom samtliga yrkesgrupper verksamma inom vård och omsorg. Den gemensamma baskompetensen beskrivs i tre typer av kompetens: förhållningssätt och värderingar, förmågor och färdigheter samt kunskaper och förståelse. Motsvarande indelning finns i den europeiska övergripande referensramen för att beskriva mål för högskolutbildningar (Bologna-deklarationen). För varje profession gäller därutöver specifik kompetens och utbildning på olika nivåer.

### Förhållningssätt och värderingar

*Bemötande:* Se den enskilda personens behov, förutsättningar, tillstånd och förväntningar samt respektera individen och agera därefter samt att vara professionell i mötet med patienten/brukaren och närstående.

*Samverkan, lagarbete:* Insikt om betydelsen av samverkan och lagarbete med olika professioner, intressenter och olika aktörer.

*Mångfald:* Förståelse och respekt för patienters/brukares, närståendes, anställdas och studerandes olikheter t.ex. vad avser kön, kultur, språk, religion, sexuell läggning, ålder och funktionshinder.

### Förmågor och färdigheter

*Bemötande:* I dialog med patienten/brukaren och närstående, ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vården och omsorgen, med helhetssyn på patienten/brukaren bedöma och vidta åtgärder utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter och uppmärksamma, diskutera och hantera etiska dilemman och överväganden.

---

<sup>2</sup> Baskompetens inom vård- och omsorgssektorn. Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

*Kommunikation:* Kommunicera med patienten/brukaren och närstående på ett empatiskt, lyhört och respektfullt sätt, informera och vägleda patienter/brukare och närstående, formulera sig i tal och skrift samt förvissa sig om att patienten/brukaren och/eller närstående förstår given information.

*Information och handledning:* Informera individer och grupper samt genomföra handledande uppgifter.

*Hälsofrämjande och förebyggande:* Ta tillvara det friska, de egna resurserna och förmågorna hos patienten/brukaren, tillämpa ett pedagogiskt förhållningssätt samt arbeta hälsofrämjande och förebyggande.

*Omvårdnad:* Ge basal omvårdnad och omsorg och arbeta utifrån hygieniska principer och rutiner.

*Teknik:* Använda relevant teknisk utrustning i arbetet och arbeta med teknikbaserade arbetsformer.

*Planering av arbetet:* Anpassa vården och omsorgen till patientens/brukarens behov, förutsättningar och önskemål, prioritera i det dagliga arbetet, arbeta på ett ergonomiskt riktigt och kostnads-effektivt sätt.

*Samverkan, lagarbete:* Visa respekt för olika professioners uppgifter, roller, kompetens och ansvar samt arbeta i arbetslag och i samverkan med olika professioner, intressenter och aktörer.

*Dokumentation:* Dokumentera enligt gällande författningar och rutiner, kritiskt granska och utveckla egen dokumentation.

*Yrkesroll och ansvar:* Tydliggöra eget ansvar, roll och uppgift, bedöma och avgöra om och när andra professioner/kollegor med större ansvar och befogenheter/närmaste chef ska kontaktas, tolka och förstå egna reaktioner som uppstår i arbetet och kunna agera professionellt och ta egna initiativ och våga ifrågasätta.

*Säkerhet:* Följa gällande författningar samt riktlinjer och rutiner.

*Kvalitets- och förbättringsarbete:* Söka, värdera och ta tillvara relevant information och diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

### **Kunskaper och förståelse**

*Hälso- och sjukdomslära, läkemedel, omvårdnad:* Människan och hennes livsförlopp ur biologiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella aspekter vid hälsa, ohälsa och funktionshinder, gerontologi och geriatrik, förhållanden som påverkar hälsa, människokroppens uppbyggnad och funktioner, sjukdomslära inklusive psykisk ohälsa, de vanligaste sjukdomstillstånden och funktionshinder, vanliga läkemedel, dess påverkan samt hantering av läkemedel och basal omvårdnad.

*Samverkan och organisation:* Vård- och omsorgsverksamhetens del i ett större sammanhang och insikt i betydelsen av samverkan med olika aktörer samt hantering av kriser och konflikter.

*Lagar och regelverk:* Relevanta lagar och regelverk.

*Vård- och omsorgsmiljö:* Betydelsen av god miljö i vården och omsorgen för patienten/brukaren.

*Teknik:* Relevant teknisk utrustning och teknikbaserade arbetsformer.

*Säkerhet, kvalitets- och förbättringsarbete:* Säkerhets-, kvalitets- och förbättringsarbete.

*Vård- och omsorgsverksamhet:* Olika typer av vård- och omsorgsverksamheter och vårdformer, uppgifter, ansvar och roller.

*Ekonomi:* Ekonomiska samband i vård och omsorg.

*Samhälls- och beteendevetenskap:* Hur olika kulturer kan påverka vården och omsorgen samt hur samhället fungerar.

### Kravmärkt yrkesroll<sup>3</sup>

Kravmärkt yrkesroll är ett utvecklingsprojekt som profilerar omvårdnadsyrket och lägger grunden för kompetensutveckling. De baskunskaper som beskrivs i Kravmärkt yrkesroll bygger på de definierade yrkes- och kompetenskrav för vård- och omsorgsyrket som arbetades fram gemensamt av medarbetare och ledning inom projektet Modellarbetsplatser, som bedrevs i Stockholms län under perioden 2003–2005. Medarbetare och ledning från nio arbetsplatser inom äldre- och handikappomsorg har i ett omfattande arbete beskrivit Vad är det vi gör? Vad är det vi måste kunna? Hur kan vi synliggöra och värdera det vi kan och behöver utveckla?

Medarbetarnas egna berättelser i form av strukturerade dagböcker är grunden för yrkeskraven. Arbetet från insidan är en del av dessa berättelser, som beskriver arbetets vardag och mötet med äldre och personer med funktionshinder. Denna dokumentation har sedan systematiskt bearbetats till en beskrivning av vad man måste kunna för att göra ett bra arbete.

Sex olika yrkeskrav beskrivs och varje yrkeskrav förtydligas i ett antal fokusområden. Dessa yrkeskrav är dock inte nationellt definierade eller igenkända i hela landet.

*Kontakt och samspel:* Personlig omvårdnad, vardagskontakt, bekräfta brukarens värde som individ i samhället och bekräfta hans/hennes personliga historia och erfarenheter, kommunicera via kropp, tecken och beröring, förstå behov och känslotillstånd, förstå, hantera och reflektera över egna känslor och beteendemönster.

*Aktivitets- och relationsskapande:* Stimulera till aktiviteter och bygga relationer mellan brukaren och andra, etablera och underhålla relation till anhöriga, hantera andras och egen sorg när brukaren drabbas av sjukdom eller död.

*Servicegivande:* Praktiskt stöd till brukaren, handledning och situationsanpassat stöd.

*Hälsobefrämjande:* Stärka hälsa och lindra sjukdomar, observera hälso- och sjukdomstillstånd.

---

<sup>3</sup> *Baskunskaper i Kravmärkt Yrkesroll samt Kompetensutlåtande och kriterier.* Kravmärkt Yrkesroll, 2008.

*Planering och administration:* Planera och prioritera, rapportera och dokumentera.

*Aktivt deltagande i utveckling av arbetsplatsen:* Samarbeta och samverka med kollegor, ledning och andra, delta öppet och konstruktivt i hantering av kris- och konfliktsituationer, introducera och handleda nyanställda och praktikanter, inhämta kunskap och följa utvecklingen inom yrkesområdet.

Varje yrkeskrav beskrivs ifråga om innehåll och inom varje yrkeskrav finns det kriterier som tydligt beskriver vad en undersköterska eller ett vårdbiträde ska kunna. Totalt finns det cirka 200 kriterier formulerade som används i valideringen för att bedöma om en anställd kan, kan med komplettering eller kan inte.

Kravmärkt yrkesroll är en arbetsmodell där arbetsplatsen ses som den naturliga startpunkten och spelplatsen för kompetensutveckling och livslångt lärande. Det är på arbetsplatsen som yrkes- och kunskapskraven ställs och det är på arbetsplatsen som de prövas. Det är på arbetsplatsen som erfarenhetskunskap, känsla för arbetet och inställning till arbetet byggs upp.

Kravmärkt yrkesroll ger möjlighet att validera direkt mot yrkeskraven, i stället för att validering mot mål i kursplaner som är det vanligaste sättet att validera inom vård och omsorg. Den arbetsplatsanknutna kedjan yrkeskrav – kompetenskrav – validering blir stark och tydlig. Metodiken i valideringen bygger på tre moment, valideringssamtal i grupp, skrivuppgift samt muntlig och praktisk valideringsuppgift. Valideringen genomförs av yrkesbedömare som arbetar parvis, där den ena är en erfaren undersköterska och den andre en person i verksamheten med högskoleutbildning. Valideringen utmynnar i ett kompetensutlåtande där en bedömning görs i tre nivåer, kan, kan med komplettering och kan inte. Utlåtandet är grunden för en individuell kompetensutvecklingsplan som anger behov av komplettering och individuella önskemål.

Kravmärkt yrkesroll har utvärderats av APeL FoU.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> *Kravmärkt Yrkesroll – från projekt till långsiktigt utvecklingsarbete.* Utvärderingsrapport III ApeL FoU, 2008.

## Bilaga 4 Utbildningsnivå och anställningstid hos befintlig personal

Tabell 4.1

Utbildning		Åldersgrupp									Summa	Procent
		-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-58	59-		
Månadsanställda	Ej relevant utbildning	1 727	1 627	1 828	2 900	4 762	4 714	4 796	4 035	5 537	31 966	19
	Gymnasial utbildning	3 047	3 304	5 831	7 441	8 365	8 001	8 485	6 771	9 411	60 656	35
	Komvuxutbildning	1 001	2 530	3 356	4 673	6 558	6 307	5 541	3 161	2 250	35 377	21
	Högskoleutbildning	100	207	318	448	547	511	442	276	264	3 113	0
	Ingen träff mot utbildningsregistret	24	30	16	17	17	12	17	8	12	153	
Timanställda	Ej relevant utbildning	10 514	2 208	1 054	988	985	804	737	605	1 262	19 157	11
	Gymnasial utbildning	3 851	796	712	625	667	528	416	288	1 131	9 014	5
	Komvuxutbildning	1 740	1 768	1 304	1 338	1 312	992	624	310	248	9 646	6
	Högskoleutbildning	841	452	263	261	225	144	88	47	82	2 403	1
	Ingen träff mot utbildningsregistret	143	32	13	12	10	8	6	3	8	235	0
		<i>23 038</i>	<i>12 954</i>	<i>14 695</i>	<i>18 703</i>	<i>23 448</i>	<i>22 021</i>	<i>21 152</i>	<i>15 504</i>	<i>20 205</i>	<i>171 720</i>	<i>100</i>
Procent		<i>13 %</i>	<i>8 %</i>	<i>8 %</i>	<i>11 %</i>	<i>14 %</i>	<i>13 %</i>	<i>12 %</i>	<i>9 %</i>	<i>12 %</i>		

Kommunalt anställda undersköterskor, vårdbiträden och hemvårdare 1 november 2007. Med gymnasial utbildning avses de som läst omvårdnadsprogrammet eller motsvarande. Komvuxutbildning (kommunal vuxenutbildning) innebär att personen har läst kurser i enlighet med bilaga 4.5. Högskoleutbildning inbegriper de som har kurser inriktade mot omsorg och vård.

**Tabell 4.2**

		Poäng													Totalt	
		0	1-100	101-200	201-500	501-700	701-900	901-1100	1101-1300	1301-1500	1501-1700	1701-1900	1901-2100	2101-2500		2500-
Ålder	-25	4	67	53	71	39	40	42	61	90	75	88	115	135	46	926
	26-30	3	199	107	149	83	78	93	135	204	262	236	292	452	189	2 482
	31-35	9	225	130	142	99	113	135	154	335	355	345	360	633	269	3 304
	36-40	10	337	145	258	142	162	207	310	420	523	458	461	799	319	4 551
	41-45	11	511	326	401	220	266	339	392	566	677	590	640	1 121	449	6 509
	46-50	12	515	277	408	218	243	312	405	580	717	614	550	1 002	423	6 276
	51-55	14	433	301	361	212	211	278	336	498	611	561	532	832	389	5 569
	56-60	14	338	194	288	160	186	186	249	372	406	338	310	528	230	3 799
	61-65	8	282	151	146	54	85	72	103	155	140	118	126	174	77	1 691
	65-		11	4	8	1	1			1	5	2	4	6	1	44
	Totalt	85	2 918	1 688	2 232	1 228	1 385	1 664	2 145	3 221	3 771	3 350	3 390	5 682	2 392	35 151

Fördelning av gymnasiepoäng för månadsanställda som läst via kommunal vuxenutbildning.



**Tabell 4.3**

		Poäng													Totalt	
		0	1-100	101-200	201-500	501-700	701-900	901-1100	1101-1300	1301-1500	1501-1700	1701-1900	1901-2100	2101-2500		2500-
Ålder	-25	6	335	166	200	118	85	115	87	128	95	77	103	129	30	1 674
	26-30	7	376	145	168	79	72	76	96	106	126	97	124	211	90	1 773
	31-35	4	223	111	94	56	65	52	65	95	84	79	101	165	81	1 275
	36-40	3	196	112	78	42	51	60	72	90	88	107	115	232	73	1 319
	41-45	5	165	93	95	49	50	69	76	104	97	82	113	206	84	1 288
	46-50	5	141	91	73	40	48	38	55	64	82	64	84	144	56	985
	51-55	2	92	45	45	25	16	25	27	55	44	58	54	100	42	630
	56-60	3	72	33	30	18	9	17	20	28	26	26	16	56	25	379
	61-65	6	33	10	11	4	7	1	5	11	11	5	9	7	2	122
	65-	3	23	13	8	2	1		2	3	2	1	1	2	1	62
	Totalt	44	1 656	819	802	433	404	453	505	684	655	596	720	1 252	484	9 507

Fördelning av gymnasiepoäng för timanställda som läst via kommunal vuxenutbildning.

**Tabell 4.4**

	Åldersgrupp									Totalt
	-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-58	59-	
Månadsanställda	187	828	1 159	2 054	3 699	3 698	3 871	3 290	4 685	23 471
Timanställda	269	531	202	226	236	204	199	151	610	2 628

Omsorgspersonal utan formell omsorgsutbildning och som varit yrkesverksamma minst 5 år.

Tabell 4.5 Från kurstabellen som gäller i dag

<i>Kurskod</i>	<i>Kursnamn</i>	<i>Poäng</i>
ARL 1201	Arbetsmiljö och säkerhet	50
DAA1201	Datorkunskap	50
OMV1201	Alternativ medicin	50
OMV1202	Barn- och ungdomssjukvård	200
OMV1202	Folkhälsokunskap	50
OMV1204	Fothälsovård	200
OMV1205	Geriatrisk	100
OMV1206	Handledning	100
OMV1207	Hemsjukvård	100
OMV1208	Lindrande sjukvård	100
OMV1209	Medicinsk grundkurs	100
OMV1210	Omvårdnad	150
OMV1211	Psykiatri	200
OMV1212	Sjukvård	200
OMV1213	Tandvård	200
OMV1214	Vårdpedagogik	50
OMV1215	Vård- och omsorgsarbete	200
PA1201	Projektarbete	100
PS1201	Psykologi	50
SOMS1201	Etik- och livsfrågor	100
SOMS1202	Människan socialt och kulturellt	100
SOMS1203	Rehabilitering och habilitering	100
SOMS1204	Social omsorg	150
SOMS1205	Socialpsykiatri	100
SOMS1206	Socialt behandlingsarbete	100
SOMS1207	Utvecklingsstörning/funktionshinder	200
		3 100

Kurser i omsorg och vård i den kommunala vuxenutbildningen.

# Statens offentliga utredningar 2008

## *Kronologisk förteckning*

1. Barlastvattenkonventionen – om Sveriges anslutning. N.
2. Immunitet för stater och deras egendom. UD.
3. Skyddet för den personliga integriteten. Bedömningar och förslag. Ju.
4. Omreglering av apoteksmarknaden. S.
5. Könsdiskriminerande reklam. Kränkande utformning av kommersiella meddelanden. IJ.
6. Fastighetsmäklaren och konsumenten. Ju.
7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. U.
8. Bidrag på lika villkor. U.
9. Transportinspektionen. En myndighet för all trafik. + Bilagor. N.
10. 21+1→2. En ny myndighet för tillsyn och effektivitetsgranskning av socialförsäkringen. S.
11. Frihet för studenter – om hur kår- och nationsobligatoriet kan avskaffas. U.
12. Finansiella sektorn bär frukt. Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt perspektiv. Fi.
13. Bättre kontakt via nätet – om anslutning av förnybar elproduktion. + Annex: Grid issues for electricity production based on renewable energy sources in Spain, Portugal, Germany, and United Kingdom. N.
14. Timmar, kapital och teknologi – vad betyder mest? En analys av produktivitetens utvecklingen med hjälp av tillväxtbokföring. Fi.
15. LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. S.
16. Förtursförklaring i domstol. Ju.
17. Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. U.
18. Evidensbaserad praktik inom social tjänsten – till nytta för brukaren. S.
19. Att slutförvara långlivat farligt avfall i undermarksdeponi i berg. M.
20. Patentskydd för biotekniska uppfinningar. Ju.
21. Permanent förändring. Globalisering, strukturomvandling och sysselsättningsdynamik. Fi.
22. Ett stabbsstöd i tiden. Fi.
23. Konsulär katastrofinsats. UD.
24. Svensk klimatpolitik. M.
25. Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. N.
26. Värna språken – förslag till språklag. Ku.
27. Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola + Bilagedel. U.
28. Apoteksdatalagen. S.
29. Yrkeshögskolan. För yrkeskunnande i förändring. U.
30. Forskningsfinansiering – kvalitet och relevans. U.
31. Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering – handläggningsregler. M.
32. Avskaffande av revisionsplikten för små företag. Ju.
33. Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel. S.
34. Lättare att samverka – förslag om förändringar i samtjänstlagen. Fi.
35. Digital-TV-övergången. + Engelsk översättning. Ku.
36. Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. Fi.
37. Vårdval i Sverige. S.
38. EU, allmännyttan och hyrorna. + Bilagor. Fi.
39. Framtidens polisutbildning. Ju.
40. Bredband till hela landet. N.
41. Människohandel och barnäktenskap – ett förstärkt straffrättsligt skydd + bilaga. Ju.
42. Normgivningsmakten. Expertgruppsrapport Ju.

43. Tre rapporter till Grundlagsutredningen. Ju.
44. Transportinspektionen. Ansvarslag för vägtrafiken m.m. N.
45. Rapporter från en mr-verkstad. IJ.
46. Handel med läkemedel för djur. S.
47. Frågor om hyra och bostadsrätt. Ju.
48. En utvecklad havsmiljöförvaltning. M.
49. Aktiekapital i privata aktiebolag. Ju.
50. Skyddet för samhällsviktig verksamhet. Fö.
51. Värddigt liv i äldreomsorgen. S.
52. Legitimation och skärpta behörighetsregler. U.
53. Styra rätt! Förslag om Sjöfartsverkets organisation. N.
54. Obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. A.
55. Kustbevakningens rättsliga befogenheter. Fö.
56. Mångfald som möjlighet. Åtgärder för ökad integration på landsbygden. Jo.
57. Skattelättnader för hushållstjänster. Fi.
58. Egenansvar – med professionellt stöd. IJ.
59. Föreningsfostran och tävlingsfostran. En utvärdering av statens stöd till idrotten. Ku.
60. Personnummer och samordningsnummer. Fi.
61. Krisberedskapen i grundlagen. Översyn och internationell utblick. Expertgruppsrapport Ju.
62. Myndighet för miljön – en granskning av Naturvårdsverket. M.
63. Förstärkt skydd för företagshemligheter. Ju.
64. Kontinuitet och förändring. + Lättläst + Daisy. Ku.
65. Sekretess och offentliga biträden i utlänningsärenden. Ju.
66. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. S.
67. Enklare redovisning. Ju.
68. Bygg – helt enkelt! M.
69. Välja fritt och välja rätt. Drivkrafter för rationella utbildningsval. Fi.
70. Slutförvaring av kärnavfall. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2007. M.
71. Uppföljning av kriminalvårdens effektiviseringsarbete. Ju.
72. Effektivare signaler. N.
73. Kemikalietillsyn – organisation och finansiering. M.
74. Rätt och riktigt. Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Fi.
75. Ägande och förvaltning av hyreshus. Ju.
76. F-skatt åt flera. Fi.
77. Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning. + Bilagor + Lättläst + Daisy. S.
78. Eftersök av trafikskadat vilt. En kostnad för trafikförsäkringen? S.
79. Revisorers skadeståndsansvar. Ju.
80. Beskattningstidpunkten för näringsverksamhet. Fi.
81. Stalkning – ett allvarligt brott. Ju.
82. Vägen tillbaka för överskuldsetta. Ju.
83. Avgifter inom arbetslöshetsförsäkringen. A.
84. Alkolås för rattfyllerister och körkortsprov i privat regi. N.
85. Straff i proportion till brottets allvar. Ju.
86. Prövning av vindkraft. M.
87. Åklagarväsendets brottsbekämpning. Integritet – Effektivitet. Ju.
88. Elektroniskt kungörande av författningar. Ju.
89. Trygghetssystemen för företagare. N.
90. Svensk export och internationalisering. Utveckling, utmaningar, företagsklimat och främjande. UD.
91. En svensk veteranpolitik, del 2. Ansvaret för personalen före, under och efter internationella militära insatser. Fö.
92. Konkurrens på spåret. N.
93. Partsinsyn och ny teknik i domstol, m.m. Ju.
94. Tillval i hyresrätt. Ju.
95. Enklare semesterregler. A.
96. Kommersiell radio – nya sändningsmöjligheter. Ku.
97. Styr samverkan – för bättre service till medborgarna. Fi.
98. Totalförsvarsplikten i framtiden. Fö.
99. Nya ersättningsbestämmelser i expropriationslagen, m.m. Ju.

100. Bidragsspärr. Fi.
101. Ny inriktning av frivillig beredskapsverksamhet. Fö.
102. Brist på brådska  
– en översyn av aktivitetsersättningen.  
+ Lättläst + Daisy. S.
103. Hur ska skogspolitiken genomföras på Gotland. Jo.
104. Självständiga lärosäten. U.
105. Långtidsutredningen 2008.  
Huvudbetänkande. Fi.
106. Ökat förtroende för domstolarna.  
Strategier och förslag.  
+ Bilagedel A – Enkätundersökningar.  
+ Bilagedel B – Språkrapporter m.m. Ju.
107. Etiken, miljön och pensionerna. Fi.
108. Sveriges ekonomi. Scenarier på lång sikt.  
Fi.
109. En hållbar lärarutbildning. U.
110. Vägen till ett energieffektivare Sverige.  
NM.
111. Barn som misstänks för brott. Ju.
112. Yrkeskunnande – en likvärdig sökväg till lärarutbildningen mot yrkesämnen. U.
113. Bo bra hela livet. + Del B: Bilagor. S.
114. Försörjningskrav vid anhöriginvandring.  
Ju.
115. Finansmakten. Rapport från en referensgrupp. Ju.
116. En ny radio- och TV-lag. Ku.
117. Patientsäkerhet.  
Vad har gjorts? Vad behöver göras? S.
118. Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning. + Bilagor. Fi.
119. Underlagsrapporter till 2006 års förvaltningskommittén. Fi.
120. Bättre kontroll av missbruksmedel.  
En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m. S.
121. Innovationer och företagande – Sveriges framtid. N.
122. Mer om fristående skolor och enskild förskoleverksamhet. U.
123. Förslag till åtgärder med anledning av Laval domen. + Sammanfattning. + Sammanfattning på engelska. A.
124. En framtida spelreglering. Fi.
125. En reformerad grundlag. Del 1 + 2. Ju.
126. I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke. S.

# Statens offentliga utredningar 2008

*Systematisk förteckning*

---

## **Justitiedepartementet**

Skyddet för den personliga integriteten.  
Bedömningar och förslag. [3]  
Fastighetsmäklaren och konsumenten. [6]  
Förtursförklaring i domstol. [16]  
Patentskydd för biotekniska uppfinningar.  
[20]  
Avskaffande av revisionsplikten för små  
företag. [32]  
Framtidens polisutbildning. [39]  
Människohandel och barnäktenskap – ett för-  
stärkt straffrättsligt skydd+ bilaga. [41]  
Normgivningsmakten.  
Expertgruppsrapport XI. [42]  
Tre rapporter till Grundlagsutredningen. [43]  
Frågor om hyra och bostadsrätt. [47]  
Aktiekapital i privata aktiebolag. [49]  
Krisberedskapen i grundlagen.  
Översyn och internationell utblick.  
Expertgruppsrapport. [61]  
Förstärkt skydd för företagshemligheter. [63]  
Sekretess och offentliga biträden i utlännings-  
ärenden. [65]  
Enklare redovisning. [67]  
Uppföljning av kriminalvårdens effektiviserings-  
arbete. [71]  
Ägande och förvaltning av hyreshus. [75]  
Revisorers skadeståndsansvar. [79]  
Stalkning – ett allvarligt brott. [81]  
Vägen tillbaka för överskuldssatta. [82]  
Straff i proportion till brottets allvar. [85]  
Åklagarväsendets brottsbekämpning.  
Integritet – Effektivitet. [87]  
Elektroniskt kungörande av författningar. [88]  
Partsinsyn och ny teknik i domstol, m.m. [93]  
Tillval i hyresrätt. [94]  
Nya ersättningsbestämmelser i expropriations-  
lagen, m.m. [99]  
Ökat förtroende för domstolarna.  
Strategier och förslag.

+ Bilagedel A – Enkätundersökningar.  
+ Bilagedel B – Språkrapporter m.m. [106]  
Barn som misstänks för brott. [111]  
Försörjningskrav vid anhöriginvandring. [114]  
Finansmakten. Rapport från en referensgrupp.  
[115]  
En reformerad grundlag. Del 1 + 2. [125]

## **Utrikesdepartementet**

Immunitet för stater och deras egendom. [2]  
Konsulär katastrofinsats. [23]  
Svensk export och internationalisering.  
Utveckling, utmaningar, företagsklimat  
och främjande. [90]

## **Försvarsdepartementet**

Skyddet för samhällsviktig verksamhet. [50]  
Kustbevakningens rättsliga befogenheter. [55]  
En svensk veteranpolitik, del 2.  
Ansvaret för personalen före, under och  
efter internationella militära insatser. [91]  
Totalförsvarsplikten i framtiden. [98]  
Ny inriktning av frivillig beredskaps-  
verksamhet. [101]

## **Socialdepartementet**

Omreglering av apoteksmarknaden. [4]  
21+1→2. En ny myndighet för tillsyn  
och effektivitetsgranskning av social-  
försäkringen. [10].  
LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. [15]  
Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten  
– till nytta för brukaren. [18]  
Apoteksdatalagen. [28]  
Detaljhandel med vissa receptfria läkemedel.  
[33]  
Vårdval i Sverige. [37]  
Handel med läkemedel för djur. [46]  
Värdigt liv i äldreomsorgen. [51]  
Arbetsförmåga?  
En översikt av bedömningsmetoder i  
Sverige och andra länder. [66]

Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service för vissa personer med funktionsnedsättning. + Bilagor + Lättläst + Daisy. [77]

Eftersök av trafikskadat vilt. En kostnad för trafikförsäkringen. [78]

Brist på brådska  
– en översyn av aktivitetsersättningen.  
+ Lättläst + Daisy. [102]

Bo bra hela livet. + Del B: Bilagor [113]

Patientsäkerhet.  
Vad har gjorts? Vad behöver göras? [117]

Bättre kontroll av missbruksmedel.  
En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m. [120]

I den äldres tjänst. Äldreassistent – ett framtidsyrke. [126]

#### **Finansdepartementet**

---

Finansiella sektorn bär frukt.  
Analys av finansiella sektorn ur ett svenskt perspektiv. [12]

Timmar, kapital och teknologi  
– vad betyder mest?  
En analys av produktivitetens utvecklingen med hjälp av tillväxtbokföring. [14]

Permanent förändring.  
Globalisering, strukturomvandling och sysselsättningsdynamik. [21]

Ett stabbsstöd i tiden. [22]

Lättare att samverka  
– förslag om förändringar i samtjänstlagen. [34]

Svenska Spels nätpoker. En utvärdering. [36]

EU, allmännyttan och hyrorna.  
+ Bilagor. [38]

Skattelättnader för hushållstjänster. [57]

Personnummer och samordningsnummer. [60]

Välja fritt och välja rätt. Drivkrafter för rationella utbildningsval. [69]

Rätt och riktigt. Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. [74]

F-skatt åt flera. [76]

Beskattningstidpunkten för näringsverksamhet. [80]

Styr samverkan  
– för bättre service till medborgarna. [97]

Bidragsspär. [100]

Långtidsutredningen 2008. Huvudbetänkande. [105]

Etiken, miljö och pensionerna. [107]

Sveriges ekonomi. Scenarier på lång sikt. [108]

Styra och ställa – förslag till en effektivare statsförvaltning. + Bilagor. [118]

Underlagsrapporter till 2006 års förvaltningskommittén. [119]

En framtida spelreglering. [124]

#### **Utbildningsdepartementet**

---

Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen. [7]

Bidrag på lika villkor. [8]

Frihet för studenter – om hur kår- och nationsobligatoriet kan avskaffas. [11]

Frivux – valfrihet i vuxenutbildningen. [17]

Framtidsvägen – en reformerad gymnasieskola + Bilagedel. [27]

Yrkehögskolan. För yrkeskunnande i förändring. [29]

Forskningsfinansiering – kvalitet och relevans. [30]

Legitimation och skärpta behörighetsregler. [52]

Självständiga lärosäten. [104]

En hållbar lärarutbildning. [109]

Yrkeskunnande – en likvärdig sökväg till lärarutbildningen mot yrkesämnen. [112]

Mer om fristående skolor och enskild förskoleverksamhet. [122]

#### **Jordbruksdepartementet**

---

Mångfald som möjlighet. Åtgärder för ökad integration på landsbygden. [56]

Hur ska skogspolitiken genomföras på Gotland. [103]

#### **Miljödepartementet**

---

Att slutförvara långlivat farligt avfall i undermarksdeponi i berg. [19]

Svensk klimatpolitik. [24]

Miljödomstolarna – domkretsar – lokalisering – handläggningsregler. [31]

En utvecklad havsmiljöförvaltning. [48]

Myndighet för miljön  
– en granskning av Naturvårdsverket. [62]

Bygg – helt enkelt! [68]

Slutförvaring av kärnavfall. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2007. [70]

Kemikalietillsyn  
– organisation och finansiering. [73]

Prövning av vindkraft. [86]

### **Näringsdepartementet**

---

Barlastvattenkonventionen – om Sveriges anslutning. [1]  
Transportinspektionen. En myndighet för all trafik. + Bilagor. [9]  
Bättre kontakt via nätet – om anslutning av förnybar elproduktion.  
+ Annex: Grid issues for electricity production based on renewable energy sources in Spain, Portugal, Germany, and United Kingdom. [13]  
Ett energieffektivare Sverige + Bilaga. [25]  
Bredband till hela landet. [40]  
Transportinspektionen. Ansvarslag för vägtrafiken m.m. [44]  
Styra rätt! Förslag om Sjöfartsverkets organisation. [53]  
Effektivare signaler. [72]  
Alkolås för rattfyllerister och körkortspröv i privat regi. [84]  
Trygghetssystemen för företagare. [89]  
Konkurrens på spåret. [92]  
Vägen till ett energieffektivare Sverige. [110]  
Innovationer och företagande – Sveriges framtid. [121]

### **Integrations- och jämställdhetsdepartementet**

---

Könsdiskriminerande reklam.  
Kränkande utformning av kommersiella meddelanden. [5]  
Rapporter från en mr-verkstad. [45]  
Egenansvar – med professionellt stöd. [58]

### **Kulturdepartementet**

---

Värna språken – förslag till språklag. [26]  
Digital-TV-övergången.  
+ Engelsk översättning. [35]  
Föreningsfostran och tävlingsfostran.  
En utvärdering av statens stöd till idrotten. [59]  
Kontinuitet och förändring. + Lättläst + Daisy. [64]  
Kommersiell radio  
– nya sändningsmöjligheter. [96]  
En ny radio- och TV-lag. [116]

### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

Obligatorisk arbetslöshetsförsäkring. [54]  
Avgifter inom arbetslöshetsförsäkringen. [83]  
Enklare semesterregler. [95]

Förslag till åtgärder med anledning av Lavaldomen. + Sammanfattning + Sammanfattning på engelska. [123]