

## 4 Hearings – ett viktigt led i kartläggningsarbetet

### 4.1 Inledning

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

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

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

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

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

- **Anhörigföreningar**
- **Elever och lärare vid en hälsohögskola**
- **Fackliga organisationer**
- **Förtroendenämnder**

- **Handikapporganisationer**
- **Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning**
- **Länsstyrelser**
- **Pensionärsorganisationer**
- **Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter**
- **Svenska Kommunförbundets socialberedning**

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

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

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

## 4.2 Gemensamma uppfattningar – en tillgång för att kunna undanröja brister

### 4.2.1 Beskrivandets dilemma

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

Å ena sidan finns behovet att tydligt visa på oacceptabla förhållanden, å andra sidan behovet att exemplifiera och förklara innebörden i ett gott bemötande. Vissa upplevde att bristerna i vård och omsorg om äldre fått så stort utrymme i massmedia och allmän debatt, att äldre, deras anhöriga och personal mist tilltron till samhällets insatser för äldre. Elever och lärare påpekade också att äldreomsorgen därmed får en annan och sämre ställning vid rekrytering till utbildningar och anställningar än mer "glamorösa" områden inom vård och omsorg. Uppfattning-

en var att avigsidorna måste presenteras sanningsenligt – de skall inte döljas – men att också goda kvaliteter måste synas och bli bekräftade. "Det måste finnas hopp om förändring – trots allt finns det hjärta i vården och omsorgen om äldre" sa en av eleverna vid hälsöhögskolan.

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

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

#### 4.2.2 Uppföljning och utvärdering måste bli ett naturligt inslag i vardagsarbetet

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

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

Andra framhöll som orsak traditioners makt och osäkerhet inför förändringar: "*Vågar* man inte ta hand om de negativa

svaren vid brukarundersökningar och se dem som uppslag till positiva förändringar?"

Vid flera hearings framkom uppfattningen att det inte är tillräckligt att en verksamhet vet *vad* den skall göra, den måste också veta *hur* uppgifter skall utföras. Ofta finns brister i konsekvensanalyser när det gäller förändringsarbeten och följderna för enskilda äldre och deras närstående.

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

#### 4.2.3 Nedskärningar och besparingar ...

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

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

hur denna kunskap omsätts i praktisk handling med personligt ansvar.

#### 4.2.4 Individen i centrum?

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

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

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

#### **Uppfattning:**

Varje människa är unik. Personliga behov, önsknings, vanor och intressen skall respekteras. Lyhörddhet är att lyssna till varje person.

#### **Brister:**

- kollektivt bemötande
- rutiner som utgår från verksamhetens behov
- försummelser genom att inte lyssna på den enskilde och använda befintlig kunskap
- rätt till integritet tillmäts inte vikt
- självbestämmandet inskränks genom förbarnsligande
- kravet på att enskilda skall passa in i en miljö är större än krav på att anpassa insatserna
- dålig hänsyn till förändrade behov och brist på individuell planering samt uppföljning
- bristfällig information till enskilda och deras närstående
- dålig uppmärksamhet på att äldre har svårigheter att hävda inflytande.

**Uppfattning:**

*Hela personen är viktig.*

**Brister:**

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

**Uppfattning:**

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

**Brister:**

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

**Uppfattning:**

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

**Brister:**

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

#### 4.2.5 Behov av kompetensutveckling

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

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

##### **Kompetens innebär att**

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



- vara kunnig och mogen nog för att inse betydelsen av samverkan och delta i samarbete som är väsentligt för enskilda (t.ex. samarbete med närstående, samarbete mellan insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst)
- våga granska sina egna insatser som en del i en mera omfattande uppföljning och utvärdering.

#### **Kompetens kan utvecklas genom att**

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

#### 4.2.6 Arbetsledarskap

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

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

I ett tydligt arbetsledarskap finns enligt rådslagets deltagare

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

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

## 4.3 Exempel från olika hearings

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

### 4.3.1 Anhöriga och anhörigorganisationer

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

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

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

anhöriga – de måste bättre kunna nås av erbjudanden om stöd och hjälp.

### **Om anhörigas samarbete med företrädare för vård och omsorg**

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

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

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

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

och hur man framför sin kritik. (Det kallades av en anhörig för vårt "tiga och lida-syndrom".)

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

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

### **Om anhörigas synpunkter på arbetsledning, personal m.m.**

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

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

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

- personalens möjligheter att verka i en positiv riktning begränsas, när de som är *ansvariga för besparingar inte känner till behoven i verksamheten* – och därmed inte heller vet (vill veta) var smärtgränsen går vid inskränkningar
- *en annan begränsning finns i vissa personalgrupper* där man inte tillåter nya tankar, förslag till förändringar eller färskare kunskaper att komma till uttryck; ett sådant klimat

- kan helt spoliera effekterna av utbildningssatsningar och medföra att initiativrika medlemmar i en personalgrupp lämnar äldreomsorgen;
- *personalen måste utrustas med både generell kunskap om åldrande och specifik kunskap (exempelvis om behov hos personer med demens och deras närstående); framförallt måste utbildningsinsatser hela tiden grundas på vägledande samtal om den människosyn som leder till att äldre bemöts på ett respektfullt och värdigt sätt med hänsyn till sina individuella behov; synsätt skall också konkretiseras så att det finns en av alla omfattad uppfattning om vad som menas med en trygg och säker vård och omsorg; utbildningssatsningar måste följas upp i det dagliga arbetet; det måste finnas mål som alla förstår,*
  - *brister i individuell planering (och i synsätt på varje person och hans/hennes levnadshistoria) måste undanröjas; anhöriga måste också bemötas individuellt samt efter sina önskingar och förutsättningar vara delaktiga i den individuella planeringen,*
  - *sekretessbestämmelser måste diskuteras och bli kända; i detta ligger också etiska frågor om hur mycket man som anhörig skall behöva lämna ut av uppgifter om sig själv och sin närstående,*
  - *rekryteringsfrågor måste handläggas insiktsfullt; vill den sökande verkligen arbeta för och med äldre eller är det för honom/henne "ett jobb i brist på annat"? Eftersom den närmaste personalen i så hög grad arbetar med den egna personligheten som redskap, är lämplighetsfrågor (också avseende dem som arbetat länge inom området) något som måste diskuteras betydligt mera; yrken inom vård och omsorg om äldre måste värderas mera (också i lön).*
  - *personal måste övas upp i att förstå vad självbestämmande innebär, att det handlar om de små valen (att få skala sin potatis själv t.ex.) liksom de stora valen (att få välja hur man vill bo t.ex.); respekt måste finnas inför behovet av det som deltagare kallade enkla insatser, exempelvis att få rätt kost/*

dryck, sköna kläder, kanske massage – liksom insatser som svarar mot andliga-kulturella behov, t.ex. musik efter eget val, tillgång till talböcker, hjälp att läsa och samtala om vad som står i tidningen. Flera ansåg att det torftiga dagsinnehållet på många sjukhem handlar mycket om brister i "vardagens mjuka innehåll". "Att få sitta rätt och skönt varje dag och ha bra personliga hjälpmedel kan vara nog så viktigt som då och då förekommande arrangemang med artister" var en synpunkt.

- *en god miljö för enskildas vård och omsorg måste kunna förenas med en god arbetsmiljö för personal.*

### **Förslag från anhöriga**

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

*För att förverkliga detta föreslogs bl.a.*

- Individuella handlingsplaner skall upprättas på ett sätt som också omfattar anhörigas delaktighet; handlingsplaner skall dokumenteras som ett "kom-i-håg" för alla berörda och som en grund för uppföljning.
- Obyråkratisk telefonrådgivning borde kunna anordnas från *ett* ställe, man skall inte behöva ringa runt och ständigt upprepa sin berättelse på olika håll.
- Dagvård med kvalitet måste utvecklas betydligt mera, också med blick för att det handlar om avlösning för anhöriga. Överhuvudtaget måste man utveckla olika slags avlösningssatser, inte bara av akutkaraktär utan även inplanerade över tid, så att anhöriga också kan planera egna aktiviteter och tillgodose sina behov.

- Gemensamma utbildningsdagar för personal och anhöriga borde anordnas mera med teman som exempelvis "vård i livets slutskede". En sådan insats kan vidga perspektiv och fördjupa dialogen dem emellan; båda parter kan få viktiga tankeställare.
- Genom stöd till och samarbete med anhörigföreningar borde den uppsökande verksamheten förbättras bland "tysta" grupper av anhöriga; det kan ge hjälp till självhjälp, innan problem hunnit bli övermäktiga.

#### 4.3.2 Elever och lärare vid hälsohögskola

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

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

Det viktigaste är enligt eleverna att

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

Det är framåtsyftande svar från dem som har långt kvar till egen ålderdom och som fått inblickar i vård och omsorg om äldre genom dagens utbildningserbjudande och genom praktik



eller yrkeserfarenhet i dagens hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser för äldre.

### **Hearing med elever**

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

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

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

Eleverna efterlyste flera tillfällen att under vägledning få diskutera sina praktiska, ibland känslomässigt mycket krävande upplevelser. De ansåg att detta behov inte är tillräckligt uppmärksammat som ett viktigt led i en personlig utveckling. Bland exempel som nämndes under diskussionen var förhållningssätt till döende patienter (och deras anhöriga), avvägningen mellan att följa den enskildes egen vilja eller sina yrkeskunskaper när den enskilde kanske utsätter sig för risker som hotar liv eller hälsa (bl.a. personer med psykisk störning) samt situationer när patienter (i akutsjukvård) får olika status bland personalen på grund av sin ålder. "Det går inte att förneka att yngre patienter inger mer hopp i arbetet – samtidigt känns det värre när yngre dör ..."

För att förbättra denna brist i utbildningen – och därmed förutsättningarna att som yrkesverksam ge ett gott bemötande –

önskade eleverna en bättre samverkan mellan lärare vid utbildningsinstitutioner och arbetsledare/handledare vid kliniska studier (praktik).

### **Om förutsättningar för förändringar**

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

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

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

Eleverna menade att utredningen borde ta upp och belysa de farhågor som finns bland dem om att kompetensen gradvis

sjunker hos personal i vård och omsorg om äldre. En orsakskedja skisserades: Arbetet bland äldre ses som ett lågstatusjobb. Färre personer söker relevanta utbildningar – flera kommer in med lägre betyg och utan vilja att egentligen arbeta inom området. Detta låser fast hierarkin inom vård och omsorg och minskar möjligheten till viktiga och positiva förändringar i innehållet.

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

### **Hearing med lärare**

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

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

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

Det budskap man främst vill förmedla är, enligt lärarna, vikten av att vara lyhörd inför en patient och att säkra hans/

hennes möjligheter att vara delaktig i planering och genomförande av olika insatser.

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

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

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

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

Ytterligare ett viktigt utvecklingsområde är förhållandet mellan utbildningens teoretiska inslag och kliniska studier

(praktik). Kan man hitta andra former för samverkan mellan lärare och praktikplatsernas handledare? Certifiera praktikplatser? Skapa nya former för intern handledning inom vård och omsorg?

#### 4.3.3 Fackliga organisationer

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

##### **Om behov av och förutsättningar för förändringsarbete**

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

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

Alla var överens om att en fortsatt nydaning av vården och omsorgen om äldre i mycket hög grad handlar om att beakta och ta konsekvenser av att äldre skall ses som individer. De skall kunna utöva självbestämmande och efter sina förut-

sättningar vara delaktiga i planering av egen vård och omsorg, delta i samhällslivet osv. Man refererade till en allt livligare samhällsdebatt om patientens inflytande och rättigheter. Frågor om bemötande kan och skall inte längre betraktas i ett isolerat expertperspektiv, "vi som vet bäst", över huvudet på den enskilde.

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

### **Om personalutbildning och möjligheter att tillämpa kunskaper**

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

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

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

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

På alla nivåer och i olika slags utbildningar ansåg deltagarna att det är behov av att öka och fördjupa inslag om etik och moral, inte enbart på en teoretisk nivå utan med stark anknyt-

ning till den verklighet där man utför sina arbetsuppgifter. Man ansåg vidare, att detta inte kan hänvisas enbart till utbildnings-situationer, det måste vara ett inslag som finns i vardagen, i arbetslagets egna diskussioner med arbetsledare och andra handledare. "Bemötandefrågor kan inte avhandlas som punktinsatser, det handlar om fortlöpande personlig utveckling" sa någon.

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

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

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

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

### **Om samverkan**

En annan viktig fråga som engagerade deltagarna var samverkan mellan olika verksamheter och yrkesföreträdare. Bristerna

är fortfarande påtagliga trots att positiva förändringar kan noteras. En brist gäller förmågan att sinsemellan respektera olika gruppers yrkeskunskaper och samverka utifrån insikten att enskilda är i behov av stöd och hjälp från olika kompetensområden. "Revirstrider gynnar inte någon och är slöseri med resurser" fastslog några deltagare.

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

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

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

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

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

Ett eftersatt område som handlar om både psykiskt och fysiskt välbefinnande är tandvård för äldre. Förebyggande insatser för



god tandhälsa liksom, vid behov, behandlingsinsatser har på många håll inte prioriterats vilket haft flera mycket negativa konsekvenser för enskilda. Riskerna för sämre tandhälsa ökar, menade deltagare, genom många olika avgifter som påförs enskilda, vilket gör att de inte anser sig ha råd med tandläkarbesök. Vissa deltagare menade att detta också är en bemötandefråga. Orsakerna angavs emellertid inte bara vara avgifter. Det ansågs också vara en fråga om brister i personaldimensionering som resulterar i att vissa uppgifter (som förebyggande tandvård) får mindre utrymme exempelvis på sjukhem.

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

#### 4.3.4 Företrädare för landstingens förtroendenämnder

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

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

#### **Om anhöriga**

Deltagarna menade att det aktiva lyssnandet på anhöriga ofta saknas liksom förståelsen för att anhörigas engagemang är en unik tillgång – det gäller att ta tillvara den. Det borde bl.a. innebära att man är nogga med att lämna information på ett sätt som gör att anhöriga känner sig delaktiga och respekterade i sitt

engagemang. Förtroendenämnderna har erfarenhet av att anhöriga hör av sig med sina synpunkter först efter den närståendes död. Detta ansågs inte enbart vara ett utslag av sorgearbete eller upplevelse av skuld. Det finns skäl att se förhållandet som del i frågor om bemötande: Hur har anhöriga tagits emot med sina synpunkter före dödsfallet? Har de varit rädda för att kritik skulle gå ut över bemötande och behandling av den närstående, som kanske till följd av svaghet eller sjukdom inte kan hävda sin integritet?

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

### **Om personal och bemötande**

- *Synsätt:* Det finns brister i helhetssyn; vården och omsorgen är alltför fragmentiserad både i synsätt och organisation. Väsentliga, grundläggande synsätt måste förankras bättre – det måste vara tydligt att ett gott bemötande är till ömsesidig nytta för enskilda och personal. Integritetsfrågor måste konkretiseras – ett exempel rör bostadsbegreppet. Kan det bli trovärdighet i ett bostadsbegrepp, när den enskilde delar rum, t.ex. med tre andra personer, på sjukhem? Eller när ett gammalt par inte kan få en gemensam miljö för omvårdnad efter ett drygt 50-årigt äktenskap?
- *Rekrytering/utbildning:* Det krävs stor varsamhet vid rekrytering till tjänster på alla nivåer för att omvårdnad och bemötande skall utvecklas med god kvalitet. Större uppmärksamhet måste ägnas behovet av fortbildning, både för att förnya/öka kunskaper och för att hålla personalens engagemang levande. Medicinska och psykosociala omvårdnadsaspekter måste integreras både i utbildning och i yrkesutövning. Större hänsyn måste tas i utbildningen till att

äldre personer när de kommer till sjukhus/sjukhem har stora och komplexa behov av vård- och omsorgsinsatser.

– *Arbetsledarskap/arbetsorganisation:*

I ett väl utfört arbetsledarskap måste ligga att bevaka och förhindra risker för utbrändhet hos medarbetarna, dvs. fysisk och psykisk trötthet som bl.a. leder till likgiltighet inför arbetsuppgifternas innehåll.Handledning, arbetsplatsbyten samt kvalificerad utvärdering av den egna organisationen och de delegeringsformer som används kan vara medel att förebygga utbrändhet.

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

#### 4.3.5 Handikapporganisationer

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

Bland handikapprörelsens gemensamma frågor kan nämnas följande.

*Om självbestämmande och inflytande*

- inflytande för enskilda och deras närstående måste bli en huvudfråga inom vård och omsorg om äldre; makt- och beroendeförhållanden måste analyseras; en kultur som innebär

att enskilda inte vågar ha synpunkter på insatser, av rädsla för att stöta sig med personalen, måste bort.

- bostads- och stödbehov måste bedömas både utifrån åldrande och funktionshinder; enskildas egna kunskaper om sin tillvaro och sina behov måste tas tillvara
- vikten av att man i särskilda boendeformer får behålla personliga vanor måste betonas.

#### *Om tillgänglighet i vid bemärkelse*

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

#### *Om personalens yrkeskunnande*

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

#### *Om samverkan*

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

och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

### **Erfarenheter av olika funktionshinder**

Det föreligger en allvarlig kunskapsbrist (möjligen också en fråga om attityder) när det gäller äldre döva och deras rätt till sitt förstaspråk, teckenspråket. För att kunna få rätt stöd och få en tillvaro med innehåll måste det finnas tillgång till teckenspråklig gemenskap i exempelvis gruppboheter och dagvård; teckenspråkskunskaper måste också finnas hos vårdpersonal. Fungerande tolktjänst och kunskaper om dövas villkor är vidare ett villkor för en professionell behovsbedömning. Företrädare för döva menade även att döva äldre, oavsett kommungränser skall kunna söka sig till boheter som erbjuder teckenspråkskunnig personal och umgänge med andra på teckenspråk. Detta är en valfrihetsfråga enligt dövas organisationsföreträdare. Bemötandet av människor som kommunicerar genom tolk eller har svåra tal- och språkstörningar kräver särskild kunskap och tid. Döva, hörselskadade och andra äldre med kommunikationshinder måste få detta behov tillgodosett vid kontakter med olika myndigheter och verksamheter.

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

Företrädare för personer med rörelsehinder påpekade vikten av självbestämmande och helhetssyn t.ex. vid erbjudande om

bostadsalternativ för äldre. Personaldimensionering inom stöd, service, vård och omsorg måste utgå från de faktiska behov som finns när någon har rörelsehinder och andra funktionshinder. Vidare måste individualiserad, planerad rehabilitering ställas till förfogande också om man är över 65 år. Överhuvudtaget uppmärksammades att olika insatser ändrar karaktär vid en 65-årsgräns – exempelvis rätten till personlig assistans – även om den enskildes behov av stödet inte ändrats (eller ibland snarare ökat). Det är viktigt att inte skapa isolering genom att minska på insatser som innebär att personer kan hålla kvar ett eget socialt nätverk och egna intressen. Färdtjänst (även över kommungränser) och ledsagarservice liksom lämpliga personliga hjälpmedel är viktiga stöd i detta hänseende. Som för andra är kontinuitet en väsentlig kvalitet i vård och omsorg. Samtidigt måste man eftersträva flexibilitet i insatserna efter enskildas intressen och önskemål, exempelvis att få hjälp att lägga sig på olika tider så att man även som äldre kan delta i ett umgängesliv. En viktig valfrihetsfråga är möjligheten att enligt eget val få hjälp av manlig eller kvinnlig personal för att sköta personlig hygien. Avlösning av anhöriga måste utvecklas mera och kunna erbjudas flexibelt.

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

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

det som en kränkning när de blir frångagna uppgifter som de kan bemästra med visst stöd.

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

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

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

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

#### 4.3.6 Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning

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

exempel betonades liksom värdet av att betrakta dagens insatser också mot en historisk bakgrund.

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

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

Personalen måste få stöd i att tillämpa sina utbildningserfarenheter individuellt och flexibelt – det är kompetens. Personalen måste också uppmärksammas på de beroendeförhållanden som lätt uppstår mellan den som ger vård och hjälp och den äldre patienten. Professionell omvårdnad och omtanke är begrepp som måste konkretiseras i vardagsarbetet och få utrymme tillsammans med insatser för diagnostik och behandling.

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

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

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



#### 4.3.7 Företrädare för länsstyrelserna

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

Bland de rättssäkerhetsfrågor som togs upp kunde man urskilja ett antal som kan sammanfattas i "brister som följd av institutionalisering": tvång genom inlåsning eller bindning (i stol, säng, toalett), kollektiv hantering enligt institutionella rutiner, brister i information (t.ex. vid flyttningar inom eller mellan boendeenheter), brister i sekretess och dokumentation, försummelser beträffande omvårdnad, dålig uppföljning av riskhändelser och olycksfall, låg eller ingen trovärdighet i ett bostadsbegrepp som gäller de äldre sjukhemmen med flerbäddsrums, dålig kunskap hos enskilda, deras anhöriga och personal om överklagningsmöjligheter, brist på starka företrädare för många ensamma äldre.

Orsakerna till bristerna fann man vid denna hearing vara

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

Bland nödvändiga åtgärder nämndes

- tydliga politiska mål för äldreomsorgens innehåll samt förankring av gemensamt synsätt som förhindrar fragmentisering och kollektiv hantering
- genomlysning av utbildningsbehov och systematisk utbildningsplanering: en nyckelgrupp är biståndshandläggarna liksom den personal som arbetar närmast de äldre – i båda fallen finns kunskapsbrister i förhållande till nya krav

- stor uppmärksamhet och tydliga krav på kvalificerat arbetsledarskap
- kvalitetssäkring
- belysning av och åtgärder för att öka rättssäkerheten i institutionella bostadsformer samt plan för att åstadkomma ett trovärdigt bostadsbegrepp
- arbetsorganisation som tar fasta på behov av kontinuitet i den enskildes perspektiv (bl.a. ökad användning av och stöd till kontaktpersoner)
- förstärkning av status i arbetsuppgifter inom vård och omsorg av äldre
- beskrivning och utveckling av metoder för omvårdnad till vissa äldre med särskilda behov
- belysning av möjligheten att berika torftigt dagsinnehåll i särskilda boendeformer.

#### 4.3.8 Pensionärsorganisationer

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

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

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

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

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

I övrigt uppehöll man sig främst vid

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

### **Frågor om inflytande**

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

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

**Personalutbildning**

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

- information till enskilda och deras närstående samt behovsbedömning
- enskildas möjligheter till inflytande
- vårdplanering
- rehabiliteringsinsatser
- arbetsledning och handledning till personal av olika kategorier
- specialkunskaper om exempelvis medicinsk säkerhet och trygghet, demenssjukdomar, hjälpmedel
- uppföljning och förändringsmöjligheter beträffande arbetets organisation
- kunskap om lagar och föreskrifter som reglerar vård och omsorg.

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

Anhörigas situation speglades, framförallt behov av att den analyseras i samband med biståndsbedömningar. En individualiserad syn på anhöriga innebär att beakta varje anhörigs ork och möjlighet att ge stöd och omsorg till sin närstående. I vissa

fall, där detta inte sker, ställs anhöriga inför det någon kallade "tvångsarbete". Det är i sig en risksituation som ytterst kan leda till bristfällig vård och omsorg.

### **Tillsyn**

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

#### **4.3.9 Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter**

Deltagarna vid denna hearing konstaterade att de ärenden som når dem och som avser äldre förefaller att bli alltmera komplexa. Allt större krav ställs på att tillsynsenheterna har kapacitet för omfattande och genomlysande utredningar. Det går t.ex. inte bara att acceptera uppgifter om att det finns en dokumenterad individuell vårdplanering eller fastlagda rutiner för att förebygga fallskador. Praktiken, *hur* planer och rutiner fullföljs, måste skärskådas. Uppfattningen var, att s.k. försummelseärenden (när kunskap finns men inte används i viss situation) är en ökande andel av anmälningar som rör äldres vård och omsorg.

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

Kunskaps- och kompetensfrågor upptog stor del av diskussionen liksom de grundläggande värderingar som styr bl.a. informationsöverföring mellan verksamheter hos olika huvudmän,

integrering mellan medicinska och sociala omvårdnadsaspekter, biståndsbedömning och vårdplanering samt resursanvändning. Perspektivet blir många gånger verksamhetens, inte den enskildes.

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

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

Fortfarande saknas dock på många håll metoder för att olika yrkeskategorier skall kunna samverka och följa upp insatser utifrån sina olika, väldefinierade kunskapsområden. Det återstår att bearbeta kulturella skillnader mellan olika verksamheter (hälso- och sjukvård och socialtjänst) och få en gemensam utgångspunkt i att insatser måste individualiseras.

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

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

#### 4.3.10 Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning

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

Behovet av att utveckla individuella handlingsplaner och dokumentation är stort.

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

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

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

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

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



## 5 Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet av äldre

### 5.1 Inledning

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Enskildas berättelser har ett eget värde

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

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

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

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

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

relationer inom vård och omsorg (mellan exempelvis anhöriga och personal) utpekats som ett område inom vilket det krävs ett betydande mått av utvecklingsinsatser.

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

## 5.3 Brukares och anhörigas upplevelser av brister i bemötande

### 5.3.1 Om personligt bemötande och möjligheter till inflytande

#### **Inledning**

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

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

Jag har – tillsammans med många andra, vilket redovisas i detta delbetänkande – funnit att det föreligger brister i vården och omsorgen om äldre när det gäller synsätt, arbetssätt och bemötande i ett individuellt perspektiv. Kollektiv hantering tillhör det som jag funnit vara ett oacceptabelt inslag i äldreomsorgen. Kollektiv innebär här att man bortser från individuella

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

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

### **Några inblickar i vardagen**

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

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

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

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

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

*Måtte man vara död innan man hamnar här ...* Så sa någon i personalgruppen till en dotter som besökte sin gamla mor på sjukhemmet.

Av dotterns brev framgår brister i det individuella bemötandet på ett sätt som särskilt belyser den torftiga kommunikationen i sjukhemsmiljöer. Den har många beskrivit. Ibland ges förklaringen att torftigheten beror på dem som bor där och deras höggradiga demens eller andra sjukdomar. Jag finner att man då visar bristfälligt kunnande om alternativa sätt att närma sig och samspela med personer med demens eller andra svåra sjukdomar/funktionsnedsättningar.

Så här kunde det vara för modern och andra gamla på sjukhemmet:

- De kunde sitta i timmar och titta in i väggen
- Man pratade inte med dem, utan till dem
- Man pratade över huvudet på dem
- Man rusade in i rummet utan att knacka
- Man kunde komma bakifrån och utan att säga något lyfta rullstolen på två hjul och köra iväg ...

Dottern kommenterar bl.a. ... "som väl var fanns det bra personal också, men mycket tid gick åt att prata privat i köket, samtidigt som de boende satt ensamma och kallade på hjälp".

*Till priset av ett dåligt rykte som ilsken och obstinat ...* Nu är han ålderspensionär men i sitt brev förmedlar han en erfarenhet av flera olika vårdmiljöer sedan han på 1950-talet fick polio, blev totalförlamad och ständigt beroende av respirator ... "Detta har givit mig en hel del insikter i hur sjukvård och äldreomsorg bedrivs i landsting och kommun ..." Han konstaterar att patienten/vårdtagaren redan från "sitt inträde i vårdapparaten" befinner sig i ett psykologiskt underläge. Vårdbehovet i sig liksom den ovana miljön åstadkommer detta och patienten/vårdtagaren bör dessutom visa undergivenhet och tacksamhet.

Han skriver ... "Jag har dock fått kämpa för min integritet och livskvalitet, ofta i motvind och till priset av ett dåligt rykte som

varande ilsken och obstinat. *Efter ett par decennier* (kursiverat här) har dessa epitet mattats och ersatts av respekt ..."

*Att möta sin nya bostadsmiljö ...* 93 år gammal skall en kvinna flytta in i en liten vårdenheter, nybyggd, och med en personalgrupp som anhöriga förväntade sig vara kunnig och inkännande.

När hon kommer dit tillsammans med sin dotter finner de personalen samlad vid ett bord i matsalen. De väntar sig, liksom de flesta av oss skulle göra, ett personligt välkomnande och viss hjälp vid ankomsten. Istället får de beskedet att personalen först skall skriva rapport ...

De anhöriga (som också i övrigt skildrar brister i ett individualiserat bemötande) skriver ... "Med dessa rader är vi ej ute efter hämnd ..." De vill istället påpeka förhållanden ... "så samma saker ej skall drabba andra äldre eller sjuka personer".

*Äldreomsorgen – ett lotteri?* Mot bakgrund av långvarig yrkeserfarenhet inom vård och omsorg av äldre har en medarbetare beskrivit hur kvaliteterna i äldreomsorgen skiftar från verksamhet till verksamhet. Det gäller inte minst beträffande bemötandet av äldre som unika personer som har rätt att leva värdigt under sin ålderdom. Detta blir till ett lotteri, enligt brevskrivaren, där det är lätt att dra nitlotter ...

Hon tar upp de styrande principerna för ett gott bemötande och skriver ... "Fråga de gamla om de har

- *självbestämmanden* när de inte ens vågar be om hjälp för sitt toalettbesök, för det infaller på "fel tid" för personalen!
- *integritet* – ett ord som används för att slippa bry sig.
- *värdighet* – är det när personalen skriker åt fru X: Har Du nu pissat på golvet igen, får Du själv torka upp det!?
- *trygghet* – är det att bli hotad att få flytta från sin bostad om man inte sköter sig?"

*Personligt och värdigt intill livets slut ...* En anhörig, tidigare verksam inom sjukvården, är väl medveten om att den gamle mannen är döende. Hon finner det stötande när matbrickan

rutinmässigt sätts fram och personal uttrycker missnöje när mannen inte äter. Hon upplever också att dödsbudet från sjukhuset förmedlas mekaniskt och utan känsla. Man har "glömt bort" att kalla på henne när tillståndet försämras. När hon talar med läkaren om förloppet är han helt oförstående och hänvisar till rutinerna på avdelningen ... Hon skriver ... "Man undrar varför en del inrättningar har insikt och förståelse" och ställer frågan hur man skall få "fjällen att falla från andras ögon ..."

### 5.3.2 Om information och ömsesidigt informationsutbyte

#### **Inledning**

Ett led i ett personligt bemötande är att enskilda och deras närstående får en god information. Det är också väsentligt för att de skall kunna utöva självbestämmande och inflytande. Det handlar dock inte enbart om att de skall få information, enskilda och deras närstående skall också bli respekterade när de lämnar upplysningar om sin situation och sina åsikter.

Det finns många klagomål på information och på bristande ömsesidighet i informationsutbytet. Bristerna kan i vissa fall få mycket allvarliga följder, vilket framgår av kapitel 3.

Av brev och telefonsamtal från enskilda och deras närstående har framkommit att bristerna i information ofta handlar om en eller flera av följande företeelser.

- Man får som enskild och anhörig få eller inga informationer om vardagens rutiner i en vård- eller omsorgsmiljö, inte heller uppgifter om vad personalen heter eller till vem man skall vända sig i olika frågor.
- Informationen kommer för sent, när bristen redan skapat oro och ängslan.
- Informationen lämnas bryskt och utan möjligheter för mottagaren att ställa frågor.

- Informationen anpassas inte till mottagaren (språkligt, innehållsmässigt, med hänsyn till miljö eller till nödvändiga hjälpmedel).
- Man bryr sig inte om uppgifter som lämnas av enskilda och deras närstående.
- Man ger information som inte bygger på aktuell kunskap och hänvisar inte till andra som skulle kunna komplettera.
- Det ömsesidiga informationsutbytet ses överhuvudtaget inte som en kvalitetsfråga i vård och omsorg (trots förekommande föreskrifter i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen).
- Man brister också i "formell information", exempelvis i journalföring, omvårdnadsdokumentation och besvärshänvisningar.

Jag hänvisar till ett sammanfattande och belysande exempel på dessa brister som finns i referatet av den dagbok som citeras i kapitel 3. Bristerna återkommer även i anmälningar till förtroendenämnder och tillsynsorgan. Ytterligare några muntligt eller skriftligt förmedlade exempel beskrivs här.

### **Några inblickar i vardagen**

*Har man frågat och frågat i många veckor blir det till slut tröttsamt ...* En dotter som har sin mor på en enhet för personer med demens beskriver med rubrikens ord hur hon försöker beställa tid för hårvård åt modern. Litet uppgivet konstaterar hon att personalen ändå kommer ihåg läkarbesök men inte hårvården. "Det senare är naturligtvis mindre viktigt ..." men resultatet blir att modern klipper sig själv. "Det har hela tiden varit svårt att få ut information till de olika tjänstgörande. Det saknas kommunikation mellan vårdbiträdena på avdelningen."

Hon berättar vidare att det trots allt börjar bli positivt med kontaktpersonssystem men att avdelningen har många praktikanter ... "det är svårt att känna igen alla dessa olika främmande personer varje gång man kommer på besök, eftersom ingen



bär namnskylt". Namnskyltar var något som anhöriga utlovats vid en anhörigträff för tämligen länge sedan ...

*Oförskämd anhörig?* En annan dotter ställer frågan – efter negativt bemötande och otillfredsställande upplysningar av sjukhemmets arbetsledare – om hon är oförskämd, när hon vill veta "varför mammans båda handleder har kraftiga blåmärken runt om" ...?

*Vi ville bara veta vad de skulle göra med mamma ...* Ytterligare en dotter beskriver muntligt hur hennes drygt 80-åriga mor fick en cancerdiagnos och skulle opereras. Modern hade en demenssjukdom och fick sin omvårdnad av anhöriga i hemmet. Upprepade försök att nå ansvarig läkare per telefon och vid personliga besök misslyckades trots att många lovade lämna besked till honom. De anhöriga ville veta vad som skulle hända, om riskerna att operera en så gammal kvinna och vad det skulle kunna förorsaka henne av smärta. De ville också ha information om och bli delaktiga i planering av eftervård. Till sist tvingade dottern fram ett samtal som då skedde i ett väntrum där andra passerade under hela samtalet ...

*Överenskommelse?* En anhörig förbereder tillsammans med hemtjänsten hur det skall gå till när en 88-årig dam kommer hem från sjukhuset. ... "Trots upprepade löften var det ingen som tog emot. Mor fick stå ute i oktoberkylan utan ytterkläder och vänta i en halvtimme." Anhöriga konstaterar ... "information, kommunikation och planering fungerar dåligt. "

*Med all rätt. ...* "Jag ville ha ett skriftligt besked med besvärshänvisning." Handläggaren bemötte begäran genom en motfråga ... "Vad ska det vara bra för? Det finns ändå inga platser" (på servicehus). En annan anhörig undrar om man måste använda förvaltningslagen för att få några svar på sina frågor om vården och omsorgen ...

### 5.3.3 Om personlig omvårdnad

#### **Inledning**

Den bristande omvårdnaden av äldre, i synnerhet av enskilda med små eller inga förutsättningar att själva framföra klagomål, är något som upprör anhöriga – men också företrädare för personal – allra mest. I breven, telefonsamtalen och vid de personliga kontakterna går det att urskilja hur vissa, mycket starkt upplevda, frågor väcks av de händelser som relateras. De kan sammanfattas på följande sätt.

- Varför finns det inte någon medkänsla inför skyddslösa och svaga människor? Hur kan starka personer vilja utnyttja sin maktposition mot den som inte kan försvara sig?
- Hur kan detta (dvs. en beskriven händelse) hända just i de miljöer som har samhällets uppdrag att särskilt måna om och hjälpa gamla människor? Skall inte omtanke och kompetens vara något som är särskilt väl utvecklat där?
- Hur skall vi (enskilda och närstående) någonsin kunna lita på vården och omsorgen efter detta?
- Hur skall vi kunna leva vidare med vetskapen om hur våra anhöriga utsattes under sin sista tid i livet? Hur kan vi förhindra att andra blir offer för motsvarande?

Dessa reflexioner knyts till händelser som samtliga upplevts som allvarliga psykiska och fysiska kränkningar. I vissa fall är de mycket märkbara. De har t.ex. påtagligt försämrat någons hälsa. I andra fall är kränkningarna av det slag som i utredningsdirektiven benämns subtila och föga dokumenterade. Ett exempel på det senare kan vara att man i det särskilda boendet inte är rädd om den enskildes personliga och av honom/henne högt värderade ägodelar eller att man inte bryr sig om var de skall placeras för att vara tillgängliga för en äldre person med synskada och rörelsehinder.

Omvårdnadsbegreppet innefattar mycket. Det är inte heller alltid möjligt att i praktiken särskilja olika omvårdnadsbrister från andra inslag i kränkande händelser som exempelvis rör

bristande personligt bemötande eller bristfällig information och kommunikation.

Att ge god omvårdnad handlar om kunskande, omtanke och varsamhet inför den enskilda personens behov. Helhetssyn är ett nyckelbegrepp för att beskriva att en persons behov av t.ex. medicinska, sociala, psykologiska och tekniska insatser inte kan fragmentiseras. Att så sker och att det ökar upplevelser av maktlöshet är ett av de vanligaste klagomålen från alla berörda inom vården och omsorgen av äldre, såväl enskilda och anhöriga som olika yrkesföreträdare. Många har uttalat sig om att den bristande integreringen av synsätt och åtgärder är förödande och att den måste vara ett av de viktigaste områdena att bearbeta med bl.a. utbildningsinsatser.

För att spegla olika aspekter på upplevelser av bristande omvårdnad citerar jag i det följande från några berättelser och hänvisar till jämförelse med innehållet i kapitlen 3 och 4.

### **Några inblickar i vardagen**

*Att få god och tillräcklig kost och dryck*, är exempel på anspråkslös vardaglig omvårdnad som uppvisar stora och välkända brister. Klagomålen handlar här om kall och smaklös mat, utan hänsyn till vad den enskilde tycker om eller ogillar; låg kontroll på vad en person intar när han/hon är glömsk; dåliga och opersonliga sätt att mata den som behöver hjälp; bristande tid att göra måltider till lugna och trevliga avbrott i dagen. Motsvarande gäller möjligheter att få tillräcklig dryck. Flera påtalar risken för uttorkning eller har upplevt att deras anhöriga blivit sjuka av vätskebrist.

*Att få lämpliga läkemedel* på ett säkert sätt – "det skulle man inte behöva orda om", sa någon anhörig. Liksom i de riktade studier som gjorts av bl.a. Socialstyrelsen och Apoteksbolaget beskriver anhöriga över- och undermedicinering, ohörsamhet mot givna ordinationer och dålig uppföljning, också i förhållande till den enskildes tidigare sjukdomshistoria och till den speciella kunskap som behövs för att ordinera lämplig medicin till mycket gamla människor. Ett särskilt problem är läkemedel

(och övrig medicinsk omvårdnad) för att lindra smärta hos personer i livets slutskede.

Ett exempel om en drygt 90-årig man i särskilt boende: Mot nedstämdhet och oro hade behovsmedicinering ordinerats. Anhöriga fann mannen sittande i ett dvalliknande tillstånd i sin rullstol. Han var "helt borta" och hämtade sig först efter cirka en vecka. Anhöriga ifrågasatte personalens tolkning av hur medicinen skulle ges "vid behov" och hur delegering skett. Man hade inte noterat att andra sjukdomar/funktionsnedsättningar hos mannen kunde inverka. En fråga om det förelåg tablettförgiftning nonchalerades med orden "han är så dement". (De-mensutredning hade inte gjorts.) De närstående upplevde att personal använde demensstämpeln för att inte bry sig om de gamlas oro och behov av kontakt.

Ett annat exempel från anhörig: ... "Då jag väl kände till doseringen påpekade jag vid ett tillfälle att två tabletter saknades men fick till svar att det var rätt och så hade det alltid varit." Vid kontakt med ansvarig sjuksköterska erkändes så småningom feldoseringen ...

*Att få hjälp att bli tvättad och ha rena kläder* när man inte själv orkar eller kommer ihåg hur det skall gå till, hör också till det självklara i vardagen som ibland blir allvarligt försummat. En dotter berättar om sin mor, som har en demenssjukdom, hur modern inte kommer ihåg att tvätta sig och byta kläder. Hon motsätter sig också hjälp med dessa rutiner. Resultatet blir att hon, som i sitt tidigare liv var mycket proper, uppträder smutsig och illaluktande när hon får besök. Dottern tar upp förhållandet med arbetsledaren på enheten som menar "att man måste respektera patienten". Dottern som vet att det går att lirka respektfullt med modern undrar över "vad för slags respekt man visar patienten genom att vederbörande får gå omkring och stinka på detta sätt, då både hon själv och omgivningen lider av det ..."

Denna dotter och flera andra har också påpekat bristande och ovärdig omvårdnad när deras anhöriga har på sig fel kläder, t.ex. i förhållande till årstid och klimat, vardagskläder vid festtillfälle, "barnslig utstyrsel" som tonårsbyxor och tonårsfrisyr osv.

*Att få ha tillgång till sina personliga hjälpmedel* är enligt anhöriga också något som försummas. Det handlar t.ex. om att inte se till att den enskilde får hjälp att använda eller sköta sitt hjälpmedel (bl.a. hörapparat, glasögon, rullstol), att behov av reparationer inte tillgodoses – samt att hjälpmedelsbehov överhuvudtaget inte uppmärksammas dels på grund av personalens kunskapsbrister, dels på inställningen att hjälpmedel inte har betydelse för den som är gammal och svag.

Ett exempel handlar om upprepad obetänksamhet som kan bli till något allvarligt ... "de når inte sina ringklockor när de sitter i rullstolen, de kan inte kalla på hjälp ..."

En anhörig som anstränger sig för att ha en fortlöpande kontakt med en åldrig mor trots egna funktionsnedsättningar skriver ... "Min mor har hörapparat och den måste då och då få nya batterier. Personalen klarar inte ens att byta batterier och att köpa nya batterier när så behövs. Hanteringen av min mors tandprotes fungerar inte heller."

*Att få gå på toaletten* när man själv vill, kan tyckas vara självklart. Men anhöriga har uppehållit sig vid att toalettbesöken styrs av förhållanden som inte har med den enskildes behov eller värdighet att göra. "Man får gå när de (personal) har tid."

Man har också reflekterat över hur personer blir inkontinenta genom att de inte får gehör för sina egna sätt att påkalla hjälp för toalettbesök. "Blöjor och katetrar är väl bekvämare för vården men ovärdigare för den som inte kan säga emot", sa någon.

En äldre kvinna berättar hur hon vid besök hos sin man på sjukhemmet ofta fick byta på honom. Hon påpekade detta och fick det korta svaret "vi är vana vid att patienterna gör i byxan".

Det förekommer också i anhörigas redovisningar beskrivningar av hur mycket hjälpbehövande personer lämnas ensamma på toaletten, fastbundna med t.ex. lakan för att inte falla ...

*Att få viktig förebyggande omvårdnad som tandvård och fotvård:* Så här beskrivs en situation, liknande förekommer i flera kontakter med anhöriga. ... "I min enfald trodde jag att man fick hjälp med tandborstning varje dag." Den anhöriga hjälpte sin mor till tandhygienist och tandläkare, som skrev en

plan för hur den gamla kvinnan skulle få hjälp med tandhygien. "Det gick en tid och när jag frågade personalen hur det gick med mors tandhygien fick jag följande svar: "Jag vet inte, det är en praktikant som hjälper henne och hon kan ju inte så mycket." Slutresultatet blev att tänderna gick förlorade. Den anhöriga konstaterar ... "Det som saknas i första hand är ju ledning av personalen och uppföljning av ålagda arbetsuppgifter."

Ett annat exempel beskriver också hur en tandläkare förklarat att tandhygien hos en kvinna måste förbättras genom personalens försorg. Anhöriga ber då personal om hjälp och bemöts med följande ... "En skötare sa helt fräckt till mig att det är så mycket besvär med mamma och tänderna så att det snart bara finns en utväg kvar, nämligen att dra ut dem ..."

Bristande fotvård kan beskrivas så här: ... "Jag blir så ledsen när jag får se att hans naglar är långa och inte klippta. Naglarna har växt in i skinnet"... "De har lovat regelbunden fotvård. Ingen lyssnar och löften är inget man kan lita på."

*Omvårdnad av önskemål, intressen och andra behov:* Det är många äldre personer som berättar för anhöriga om bristen på innehåll i dagen. Det finns också många äldre som inte kan berätta själva om hur de sätts framför en TV till program som de inte förstår och med ljud som de lider av ... Medarbetare i äldreomsorgen beskriver att det inte finns tid och vilja att göra något åt "guldkanter i tillvaron" ... Anhöriga reflekterar över varför personalen inte har tid att uppmärksamma hur små inslag av omtanke kan betyda mycket för att miljön inte skall verka så förkrossande glädjelös ... Enskilda äldre ställer frågan varför ingen vill tala med dem om existentiella frågor. "Mina andliga behov är på undantag" sa en äldre kvinna. "Känslor behöver också sin vård" sa en annan. Ensamhet, sorg, rädsla och hemlängtan behöver få förstående gensvar. Det är också viktigt att ha någon att dela glädje, omtanke och goda minnen med.

*Vad önskar man?* Det kan vara att få röra sig, inom- eller utomhus, även om man behöver mycket hjälp; att få höra musik som man själv tycker om och inte alltid efter personalens smak; att få ha det vackert och städat omkring sig – många anhöriga

beskriver att bostadsmiljön vanvårdas eller att städning sker utan omtanke om hur den enskilde vill ha det; att någon samtalar om annat än vårdrutinerna och slår hål på den ensamhet som många upplever i kollektiva bostadsformer; att det finns rehabiliteringsperspektiv (t.ex. försök att med fantasi stimulera till minnesträning och skapande verksamhet; rörelsesträning som motverkar trycksår och kontrakturer samt allmänt ökar välbefinnandet); att tillsyn finns för dem som behöver sådan och att den inte sätts ur spel genom att samtlig personal "går på möte".

Det handlar enligt mångas berättelser om att bry sig om och se "till både kroppens och själens behov" som någon uttryckte det. Inte minst betydelsefullt är detta vid omvårdnad och bemötande i samband med att någon vårdas i livets slutskede och dör: "En personal kom för att fastställa dödsfallet. Vad som berörde mig och dottern illa var att hon kom iklädd ytterplagg och var otrevlig i sättet "...Det gör ont ännu ..."

#### 5.3.4 Några reflexioner

##### **Detta måste förändras:**

Anhöriga observerade omfattande kärnbristningar hos en gammal kvinna. Hennes förklaring var ... "De tar så hårt när de drar upp mig så därför blir det avtryck. Det gör ont, men det måste jag tåla." Då anhöriga ville tala med personalen bad den gamla kvinnan att de inte skulle göra så ... "det kan bli värre då" ...

De som kommer till tals i föregående avsnitt av detta kapitel är både huvudpersonerna, de gamla, i vården och omsorgen om äldre, deras närstående och personal. Det finns en gemensam och djup oro över hur utvecklingen skall fortsätta. Några ängslas över resursfrågorna; framförallt anser de att personalen inte dimensioneras i antal och kunskaper efter behoven, varken i öppen hemtjänst eller i de särskilda boendeformerna. De allra flesta är emellertid *mest* oroliga och upprörda över det synsätt och den inställning som råder på flera håll. De upplever en tilltagande brist på känsla och inlevelse inför gamla människors

utsatthet. Många reflekterar över inslag av maktutövning som överhuvudtaget inte skall ha utrymme i vården och omsorgen om äldre. Flera menar att personal/arbetsledare varje dag borde ställa sig frågan om de skulle vilja ha vård och omsorg på samma sätt som de ger den till andra ...

I synnerhet anhöriga försöker hitta förklaringar till varför det blir dålig kvalitet i innehållet. Man tar upp brister i arbetsledning, utbildning och handledning; man försöker se hindren i arbetsorganisation och i gamla rutiner samt diskuterar hur rekryteringar sker till anställningar inom äldreomsorgen. Särskilt uppmärksammar man brister i samverkan med anhöriga och den bristande tilltro till deras erfarenheter och kunnande, som man anser att personal av olika kategorier visar.

Många berättelser beskriver den diffusa roll som anhöriga upplever att de har i förhållande till personalen och den försvarsinställning som finns gentemot synpunkter, förslag och kritik. Ibland kan man i brev och samtal följa en negativ upptrappning i relationen mellan anhöriga och personal. Det börjar med enkla frågor som inte besvaras eller löften som inte infrias, så förvandlas den bristande kommunikationen till en allt djupare brist på ömsesidig tillit och så småningom till en konflikt. Den anhörige kan t.ex. uppmanas "att ta hem honom om det inte passar här".

### **Varför förmedlar anhöriga sina berättelser?**

Det inledande exemplet liksom övriga citat i tidigare avsnitt säger något om anhörigas motiv till att förmedla sina upplevelser till utredningen. Det säger också något om personalens behov av vägledning och stöd i sin uppgift. (Det senare återkommer jag till i ett slutbetänkande.) Jag vill uppehålla mig något ytterligare vid anhörigas motiv, eftersom de ibland är ifrågasatta. Deras berättelser betecknas inte sällan som anekdotiska, orättvisa beskyllningar o.dyl.

Djupast och oftast möter man i beskrivningarna det engagemang som innebär att barn eller andra närstående vill det bästa för en åldrig förälder, släkting eller vän. Av rädsla, undergivenhet eller tacksamhet skall de då inte behöva bortse från att de



märker brister i bemötandet, nedlåtenhet eller maktutövning mot sin närstående.

Jag anser att den kultur som innebär att man inte *vågar* framföra synpunkter är ett inslag i äldreomsorgen som ovillkorligen måste bli föremål för kraftfulla åtgärder. Något "tiga-och-lida-syndrom" är inte värdigt. Det är enligt min mening kränkande oprofessionellt att hålla fast vid bl.a. rutiner som skapar denna upplevda inskränkning i yttrandefrihet. Både anhöriga och personal kan ha missuppfattat en situation. Det kan t.o.m. handla om ömsesidiga orättvisa beskyllningar – rätten att förmedla sin uppfattning står kvar.

Anhöriga förmedlar sina åsikter och upplevelser mot bakgrund av en lång historia i större eller mindre närhet till den äldre. I vård- och omsorgsmiljöer finns erfarenheter som hör samman med just dessa miljöer. Det kan alltså finnas helt olika perspektiv. Det är bl.a. därför väsentligt att man som personal försöker samla kunnskap om en persons tidigare liv. Det gäller särskilt då han/hon har svårt att delge sådana upplysningar själv. För anhöriga skapar det delaktighet att tillsammans med den enskilde få lämna beskrivningar av tidigare erfarenheter till någon som lyssnar respektfullt och förstår att upplysningarna har ett värde.

Det finns kanske också föreställningar och erfarenheter som uppkommit vid anhörigas och enskildas kontakter med andra vårdmiljöer än den som är aktuell. Därför är det särskilt betydelsefullt att möta enskildas och anhörigas synpunkter med uttömmande och tillgänglig information (och lyhördhet för frågor) om den nya miljön. I detta sammanhang är den individuella och allsidiga planeringen, väl dokumenterad, ett mycket gott och nödvändigt hjälpmedel.

Det kan ibland, men inte alltid, vara så att anhöriga har negativa synpunkter på vården och omsorgen grundade på upplevelser av egen skuld och/eller sorg för att de själva inte kan eller vill ge den fortlöpande hjälpen till sina närstående. De upplever det nödvändiga beroendet av andras insatser med en kluvenhet. Den kan ge upphov till att de mycket detaljerat förmedlar synpunkter på hur insatserna skall vara. De betraktas då ofta som besvärliga anhöriga. Inom vård och omsorg talas

det ibland om åldriga föräldrars barn som kommer hem under semestertider och vill "ta igen" sina frånvarande insatser under resten av året genom stora anspråk på snabba förändringar.

Jag kan inte finna att detta skall leda till att deras synpunkter nonchaleras. Ett professionellt krav måste vara att ta hand om kritiken på ett seriöst sätt. Det innebär att lyssna, undersöka förhållandena och göra anhöriga informerade och delaktiga i vad som är möjligt att ändra. Det innebär vidare att hålla de överenskommelser som görs. Det är dock minst lika viktigt att kunna visa inlevelse inför anhörigas känslomässiga upplevelser. Först genom ett sådant bemötande kan de känna tillit till att vården och omsorgen är kvalificerad och trygg även när de inte finns på plats. Att kunna ha tilltro till att vård och omsorg ges med känsla och kunnighet även när anhöriga inte har direkt insyn är något av det allra viktigaste enligt många anhöriga.

Det finns också motiv för att förmedla synpunkter som handlar om sorgen och rädslan inför eget åldrande och tilltagande funktionsnedsättningar. Det kan färga kommunikationen med personal. Också detta måste vara möjligt att möta med kunnande, inlevelse och en samtidig respekt för vad den anhörige vill förmedla.

Med dessa korta reflexioner vill jag peka på en brist som jag vill återkomma till i mina överväganden och förslag i ett slutbetänkande. Inom vården och omsorgen finns ännu få möjligheter att ta emot enskildas, närståendes och medarbetares *känslomässiga upplevelser*, även i de fall när deras klagomål blir seriöst undersökta och föremål för åtgärder. Än sämre är det i situationer när t.ex. anhöriga inte möts av något gehör, klagomål nonchaleras eller en utredning slutar i att ett händelseförlopp inte kan verifieras, "ord står mot ord". I flera av de kontakter som jag fått som utredare avspeglas denna situation. Anhöriga förmedlar sina upplevelser för att själva få upprättelse och för att visa att de ansträngt sig för att deras närstående skall få en bättre tillvaro.

Jag menar att vi här kan notera en brist som berör bl.a. grundsyn, organisation, utbildning och arbetsledning. Den berör också på vilka sätt enskilda och anhöriga själva eller genom ombud (bl.a. genom frivilliga organisationer) skall kunna hitta

kanaler för att både utöva ett aktivt inflytande och få hjälp till självhjälp i situationer som innebär svåra känslomässiga omställningar vid t.ex. närståendes tilltagande sjukdom och bortgång.

## 6 Analyser och slutsatser

### 6.1 Inledning

#### **Några utgångspunkter**

Avsikten med detta kapitel är att i någon mån sammanfatta de kunskaper och erfarenheter som hämtats från olika källor med kvalitativa och kvantitativa uppgifter. För att undvika upprepningar hänvisar jag till en fyllig sammanfattning i kapitel 3 samt till de referat och kommentarer som finns i kapitel 4 och 5. Framförallt vill jag här beskriva mönster som framträder och visar på behov av förändringar. De skall ligga till grund för förslag som kan undanröja brister och missförhållanden som rör bemötande av äldre. I vissa fall rör det sig om förändringsbehov som ligger utanför mitt utredningsuppdrag men som ändå noteras för att kunna beaktas i andra utredningar eller i forsknings- och utvecklingsarbete. I det sammanhanget hänvisar jag även till kapitel 7. Jag kan inledningsvis konstatera, att vissa brister och missförhållanden kräver ett fortlöpande och långsiktigt arbete för att kunna undanröjas medan andra problem redan närmar sig sin lösning eller har förutsättningar att kunna lösas med i tid begränsade åtgärder. Till detta återkommer jag i ett slutbetänkande.

För att kunna bedöma ett förhållande som en brist eller ett missförhållande måste det finnas dels värderingar och normer, dels kunskaper mot vilka det går att ställa iakttagelser, upplevelser och erfarenheter. Brister och missförhållanden är avvikelser från det goda innehåll vi gemensamt vill se i vård och omsorg om äldre. Det skall karakteriseras av respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Kring dessa begrepp finns en betydande uppslutning. Sämre är för-

hållandet när begreppens innehåll skall bli gripbart och tillämpat. Det gäller på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Inledningsvis beskriver jag den fond av värderingar, normer och kvalitetskrav mot vilken iakttagelser och erfarenheter skall ställas. Därefter redovisar jag mina analyser och slutsatser beträffande brister och bristområden som rör bemötandet av äldre. Jag bygger då på kartläggningens samlade underlagsmaterial, redovisat i tidigare kapitel.

### **Behov av reflexion**

Ett gott bemötande måste bygga på reflexioner över vilket synsätt vi har på människan – och på varje människa. Principen om alla människors lika värde är grunden.

Min kartläggning visar behov av att vi skapar utrymme och möjlighet för denna reflexion, i vardagsarbetet, under utbildningar, i planeringsprocesser och i den samhällsdebatt som bl.a. media påverkar i hög grad. Grundläggande värderingar måste mycket tydligare än vad som nu är fallet vara integrerade i vårdens och omsorgens vardag. Det påtalades bl.a. av många vid de hearings som tidigare refererats. Deltagarna föreslog flera vägar för att åstadkomma denna fördjupning av vårdens och omsorgens synsätt på äldre. Min avsikt är att beakta dessa synpunkter i mina kommande överväganden. En självklar slutsats är att dessa kommer att beröra ett flertal områden, såväl insatser som avser personal av olika kategorier som förutsättningar inom verksamheters strukturer och andra resurser.

### **Bemötande är en viktig del i andra insatser**

Det framstår klart att

- synpunkter på bemötande finns öppet redovisade eller gradvis synliggjorda i anmälningar som handlar om andra inslag i vård och omsorg; de kan vara omvårdnad, behandling, information m.m.; upplevelser av kränkningar och brister är sammansatta och komplexa; det är också en följd av att äldres vård- och omsorgsbehov ofta kräver insatser från flera olika verksamheter.

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

Det nämnda är anledning till att jag så ingående beskrivit händelseförlopp som först kan tyckas ligga långt från frågor om bemötande. För detta angreppssätt har jag stöd av utredningens direktiv som anvisat en rad olika kunskapskällor som t.ex. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). För att ytterligare belysa hur nära bemötandefrågorna förhåller sig till andra inslag i vård och omsorg har jag även beskrivit på vilket sätt exempelvis förtroendenämnder kategoriserar inkomna anmälningar.

En generell slutsats är att det finns en underrapportering om enbart specifikt uttryckta bemötandefrågor beaktas. Den kvarstår även vid antagande om att bemötandefrågor ingår som väsentlig del i t.ex. anmälningar om omvårdnadsbrister. Anmälningar från enskilda och anhöriga till förtroendenämnder och tillsynsmyndigheter m.fl. avser färre anmälningar i grupper 65 år och äldre vid jämförelse med andra åldersgrupper. Om detta relateras till den ökande vårdkonsumtionen bland äldre blir förhållandet än mera påtagligt. Jag gör antagandet att det finns ett betydande mörkertal, dvs. synpunkter på brister i bemötandet finns i betydligt större omfattning än vi nu kan kvantifiera. Den relevanta följdfrågan blir dels hur rapporteringen skall bli tydligare (och även inkludera erfarenheter av socialtjänstens insatser), dels hur enskilda och deras närstående skall stödjas i att ta upp frågor om bemötandet i vård och omsorg. Ytterligare en väsentlig fråga är självfallet hur risker för kränkande bemötande och andra brister skall förebyggas.

### **Bemötande i enskildas perspektiv**

Jag återkommer flera gånger i detta delbetänkande till en mycket påtaglig brist i bemötandet av äldre, nämligen att vi inte ser den enskilda personen och hans/hennes inflytande och delaktighet i samspelet med andra. I vissa sammanhang har jag uttryckt detta som att kartläggningen visar många exempel på "kollektiv hantering". Förhållandet finns som underliggande orsak till flera av de händelser som relateras, både i anmälningar och i exempelvis brev från anhöriga. Den kollektiva hanteringen kan visa sig i olika former, t.ex. i rutiner som innebär att alla får samma insats för att det skall råda något som uppfattas som rättvisa. Att de individuella behoven och förutsättningarna är olika beaktas inte, vilket ger upphov till bristfälligheter och orättvisa. I begreppet kollektiv hantering ligger också det perspektiv man valt i en verksamhet. Den skall inte bedöma sina kvaliteter ensidigt efter egna behov och vad den i sitt perspektiv vill beteckna som rationell vård och omsorg. Det ursprungliga syftet med verksamheten, att ge god vård och omsorg till enskilda, får inte gå förlorat. I rådslagen med olika grupper aktualiserades temat i flera diskussioner som bl.a. berörde politisk styrning, kvalitetssäkring, arbetsledarskap och kompetensutveckling.

Det är en övergripande slutsats av det samlade kartläggningsmaterialet att vi måste utveckla tankar, kunnande och metoder för att uppnå ett respektfullt *individuellt* bemötande i vård och omsorg.

### **Att se helheten**

Kartläggningen har givit många tankar om det något slitna men viktiga begreppet helhetssyn. Erfarenheterna visar på behovet av att reflektera över och se flera slags helheter.

Jag hävdar starkt behovet av ett synsätt på äldre med innebörden att de måste ses som subjekt i bemötandet. Det innebär samtidigt att jag är väl medveten om att vi alla är beroende av varandra i samhällsgemenskapen och därmed också i viss mening objekt för andras handlingar. I ett av de citat som finns i kapitel 5 berättar någon om sin mor. Hon har en demenssjuk-

dom, kan inte och vill inte tvätta sig. Hon får inte tillräcklig hjälp för att hålla sig ren. Motivet är att "patienten skall respekteras". Den anhöriga frågar sig – med vetskap om att det går att "lirka" med modern – vad slags respekt det är när modern är smutsig och illaluktande ... I denna situation visas den gamla kvinnan ett bristfälligt bemötande: Hon skulle genom "hänsynsfullt lirikande" kunna känna lust att tvätta sig och kanske t.o.m. kunna förvänta sig det behagliga resultatet (som subjekt) men behöver respektfull praktisk hjälp för att genomföra handlingen (som objekt). Det är helhetssyn.

Jag talar i detta betänkande också om behov av en annan helhet, nämligen integreringen av kunskap från olika områden. Som många andra ser jag det som en stor brist att vi inte kommit längre när det gäller att underlätta flödet och samverkan mellan teoretisk kunskap och praktisk kunskap eller mellan t.ex. medicinskt och psykosocialt yrkeskunnande. Enskilda personer – och i synnerhet dem som till följd av åldrande, sjukdom eller funktionsnedsättningar har omfattande hjälpbehov som tillgodoses från flera olika verksamheter – är maktlösa i de situationer som präglas av oklara ansvarsförhållanden, försummelser genom dålig samverkan och oacceptabla revirstrider.

Exemplen på sådana förhållanden är dessvärre flera i detta betänkande. De måste göras synliga för att vi skall kunna förändra. Beskrivningarna och analyserna måste dock läsas även med vetskapen om – och den helhetssynen – att det *finns* goda förebilder inom vård och omsorg om äldre. Det goda bemötandet finns bl.a. i de många exempel som jag fått som svar på en förfrågan till landets kommuner och landsting. Några beskrivs i rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52), andra återkommer jag till i mitt slutbetänkande.

I det följande beskriver jag kvalitetskrav – som avser värderingar och kunskaper – och analyserar det som måste ändras. Hur det skall ske har jag börjat överväga. I den processen vill jag att många skall delta. Därför kommer detta betänkande och rapporten med de goda exemplen att spridas brett med förhopp-



ningen att många skall bidra med både analyser, slutsatser och framåtsyftande förslag.

## 6.2 Behov av kvalitetsutveckling

### 6.2.1 Inledning

Enligt utredningens direktiv är nyckelorden för ett gott bemötande och ett innehåll med kvalitet i vård och omsorg respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

I mitt föregående delbetänkande (SOU 1996:161) behandlade jag de värderingar som kommer till uttryck i socialtjänstlagen (1980:620/SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763/HSL), lagen om åliggande för personal inom hälso- och sjukvård (1994:953/åliggandelagen) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387/LSS). Även annan lagstiftning, redovisad i kapitel 3, uttrycker genom krav på vissa yrkesutövare och verksamheter värderingar om bemötande och verksamhetsinnehåll.

Sammanfattningsvis uttrycks i dessa lagar värderingar som innebär att enskilda äldre (och deras närstående) vid möten med verksamheter för vård och omsorg skall kunna förvänta sig omtanke och respekt för självbestämmande och integritet. Det skall finnas lyhördhet för deras personliga behov. Insatser skall utformas och genomföras i samråd med dem som är berörda. Vårdens och omsorgens åtgärder skall präglas av kunskap, erfarenhet och inlevelse. Det skall finnas förutsättningar för att uppleva vården och omsorgen som trygg och säker.

Med dessa begrepp och deras innebörd skall kartläggningens erfarenheter jämföras. Kraven på att utveckla och säkra kvaliteter i vårdens och omsorgens innehåll har under senare tid skärpts eller håller på att skärpas. Jag avser bl.a. nya lagar och föreskrifter om kvalitet och kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården samt förslag (i en proposition våren 1997) angående

förändringar i SoL) om nya lagbestämmelser bl.a. beträffande god kvalitet respektive personalkompetens inom socialtjänsten.

I detta sammanhang vill jag även uppmärksamma pågående arbete inom utredningen HSU 2000 med syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Nationellt och internationellt riktas för närvarande uppmärksamhet på maktstrukturer och beroendeförhållanden inom hälso- och sjukvård. Jag finner mot bakgrund av förhållanden som jag noterat också anledning att rikta motsvarande uppmärksamhet på enskildas ställning inom socialtjänstens insatser.

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

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

I det följande beskriver jag hur erfarenheter från kartläggningsarbetet med stor överensstämmelse leder fram till de områden som nämnts. I vissa fall rör det sig om brister som kräver fortlöpande kvalitetsutveckling inom flera områden för att kunna undanröjas.

## 6.2.2 Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg

### **Patientens ställning**

I uppdraget till utredningen HSU 2000 ingår att bl.a. överväga åtgärder för att brygga över patientens underläge i hälso- och sjukvården. Förslag till förbättringar skall redovisas, t.ex. när det gäller information till patienten för att han/hon skall kunna medverka vid val av behandling. Det kräver för en kvalificerad informationsinsats även systematiska uppföljningar för att inhämta kunskap om behandlingars effekter och risker. Utred-

ningen skall också pröva hur patientens egna erfarenheter och resurser kan tas tillvara på bättre sätt inom vård och rehabilitering. HSU 2000 förväntas under andra halvåret av år 1997 lägga förslag om patientens ställning.

Jag finner att detta utredningsarbete inom HSU 2000 har stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdens förhållande till äldre patienter. Min kartläggning har i sina olika delar visat brister i motsvarande områden som framhävs i uppdraget till HSU 2000. Jag tänker bl.a. på den utsatthet och det godtycke som många enskilda och deras närstående upplevt vid kontakter med vård och omsorg. Underläget blir mycket tydligt när det handlar om gamla människor (i vissa fall utan anhöriga) som av åldrande, sjukdom eller omfattande funktionshinder har små eller inga möjligheter att hävda inflytande och integritet.

Brister i information liksom bristande uppmärksamhet på att ta tillvara enskildas egna erfarenheter och resurser är också något som jag funnit och återkommer till i följande avsnitt. Behovet av systematiska uppföljningar och återföring till olika verksamheter av inhämtad kunskap är enligt min kartläggning betydande.

Jag har därför för avsikt att under det fortsatta utredningsarbetet samråda med HSU 2000 i dessa frågor med särskild inriktning på äldre och deras närstående liksom på personal av olika yrkeskategorier som möter många äldre inom hälso- och sjukvården.

### **Beroendet som risk enligt kartläggningen**

Som framgått tidigare finner jag anledning att uppmärksamma äldres ställning i såväl hälso- och sjukvård som i socialtjänstens verksamheter. Med tanke på anhörigas roll i relationer med vård och omsorg finner jag det självklart att också deras ställning uppmärksammas.

Att som äldre få insatser inom vård och omsorg innebär ett beroendeförhållande. Det behöver i sig inte upplevas i nedsättande bemärkelse även om orsaken till hjälpbehovet, exempelvis sjukdom eller funktionsförlust, är något negativt för den enskilde. Förutsättningen är dock att insatserna ökar den enskil-

des välbefinnande, utförs kunnigt med ett värdigt bemötande och enligt de överenskommelser som den enskilde och/eller närstående haft inflytande över.

Risker finns som innebär att beroendeförhållandet på olika sätt utnyttjas till maktutövning av den som ger, planerar eller beslutar om insatsen. Ibland handlar maktutövningen också om verksamhetens organisation och riktlinjer. Riskerna ökar när den enskildes (och anhörigas) psykiska och fysiska krafter avtar och hjälp- och omvårdnadsbehovet blir mycket omfattande.

Företrädare för pensionärs- respektive handikapporganisationer har uppmärksammat mig på att beroendeförhållanden kan utvecklas ömsesidigt negativt också inom familjen. Den som är beroende av hjälp från närstående försöker att inte "vara till besvär" av tvång eller tacksamhet. Situationen kan även vara pressande för de närstående, exempelvis genom att de blir uttröttade på grund av brister i avlösningsmöjligheter.

### **Riskernas orsaker**

Varför händer följande? En drygt 80-årig kvinna med demenssjukdom flyttas som ett kolli mellan ordinarie bostad, flera sjukhus, sjukhusavdelningar, sjukhem och olika sjukhemsenheter. Under hennes sista två levnadsår finns minst tio flyttningar dokumenterade och ytterligare ett osäkert antal relaterade ...

Kanske beror det på brister i synsätt och kunskaper hos den närmaste personalen? Det finns uppfattningar som att hon "ändå inte märker var hon är och hon är störande var hon än är". Kanske på att arbetsledningen tillåter en händelseutveckling med flera flyttningar för att avlasta en uttröttad och underdimensionerad personalgrupp? Eller att den gamla kvinnan saknar ett ombud som känner henne väl, har inlevelseförmåga och kan "vikariera" för hennes bristande förmåga att uttrycka sin vilja?

Oavsett vilket svar som ges på frågorna handlar det om att omgivningen använt sin makt mot en person som genom sin sjukdom blivit tvungen att överlämna sig till ett totalt beroende av andra. Vad vet vi om hennes upplevelser? Hon kunde inte berätta varken om tillfällen av gott bemötande någonstans i

"flyttsvängen" eller om dåligt och bryskt handlag när hon skulle äta, tvättas osv.

I kapitel 7 har jag beskrivit att jag återkommer i mitt slutbetänkande till frågor om personal och dess situation. Jag vill här för klarhetens skull förmedla att jag inte ensidigt ställer den närmaste vårdpersonalen till svars för brister. Det finns situationer där det finns all anledning att mycket allvarligt ifrågasätta be-mötandet från den närmaste personalen. Det finns emellertid också situationer när personal av särskilda skäl har *försatts* i ett läge där kunskapen, tiden, inlevelsen m.m. inte räcker till. Ibland beror detta på att den nödvändiga dialogen saknas mellan verk-samhetens personal och den politiska eller administrativa ledningen.

Upplevelser av ett negativt beroende som bl.a. innebär överdriven tacksamhet och rädsla som tystar enskildas och anhörigas kritik kan spåras i flera exempel i mitt material. Jag har studerat den mindre benägenheten hos äldre och deras närstående att anmäla brister och försummelse i jämförelse med yngre ålders-grupper. Det finns i materialet exempel som konkret visar hu äldre "finner sig" i smärtupplevelser och hårdhänt behandling. Denna tystnad är självfallet något negativt i enskildas perspektiv – även om de inte vågar tro det. Det är också en brist att verk-samheter inom vård och omsorg (*samt utbildningsinstitutioner*) inte får ta del av erfarenheterna.

I uppdraget till mig – liksom vid hearings – har redovisats hur kränkande bemötande förekommer i ett slags skala från subtila kränkningar till övergrepp och fysiskt våld. De senare förekommer i högre grad i anmälningar till tillsynsmyndigheter m.fl. När jag analyserat de samlade erfarenheterna av enskildas och anhörigas upplevelser av negativa beroendeförhållanden i vård och omsorg liksom de "typexempel" som tillställts mig från förtroendenämnder, tillsynsorgan m.fl. har det blivit allt svårare att se några av händelserna som subtila, dvs. enligt ordets betydelse som hårfina eller utstuderade.

Utifrån kan det handla om händelser som ter sig små, i enskildas perspektiv kan de vara oerhört kränkande och skapa en otrygghet som är mycket avlägsen de kvalitetskrav som uppställts. Händelserna uppstår inte ofta genom någon utstuderad

beräkning. Många gånger är anledningen en omedvetenhet om kränkningen eller bristens betydelse för den enskilde. Den omedvetenheten och bristfälliga insikten kan förmedlas genom flera led i en verksamhet. Jag avser bl.a. de exempel där enskilda i sin ordinarie bostad är beroende av hemtjänstens hjälp och den "subtila kränkningen" kan bestå i att man inte får information om förändringar, t.ex. ändrad tid för hjälpen eller utebliven hjälp. Det händer kanske inte något dramatiskt genom detta (men *kan* vara mycket ödesdigert). Det är ett brott i kontinuitet och kan ge en grundläggande brist i tillit till insatserna. Det kan också förmedla upplevelser av att det inte "spelar någon roll att jag finns", dvs. en stark känsla av att vara gammal, förbrukad och på undantag. Med detta vill jag ange att ett förebyggande arbete för att undanröja brister i bemötandet inte kan begränsas till företeelser som blir föremål för anmälningar enligt tidigare redovisning.

Beroendeförhållanden som blir till former av ytterligt negativ maktutövning kan ha flera orsaker. Jag har nämnt brist på medveten människosyn, kunskap och inlevelse. Enligt diskussionerna vid hearings står dessa begrepp för avgörande inslag i gott yrkeskunnande och kompetens. Det finns också andra orsaker inom verksamheter, exempelvis sådana som handlar om brister i behovsbedömning, kommunikation mellan yrkesgrupper, i rutiner, resursfördelning och systematisk uppföljning av insatser. Inledningsvis talade jag om att vissa förbättringar måste göras samtidigt, planerat och fortlöpande. Detta är ett sådant område.

### 6.2.3 Brister i befintliga möjligheter att stärka enskildas och anhörigas ställning

#### **Information, informationsutbyte, samverkan**

Det saknas inte föreskrifter om informationsutbyte och samråd med enskilda. Det saknas dock på många håll kunskap om och inlevelse i hur väsentligt detta område är som del i enskildas och anhörigas upplevelse av gott bemötande och god kvalitet

i vård och omsorg. Jag har även ingående redovisat de brister som främst anhöriga påpekat beträffande informationsutbyte med vårdens och omsorgens företrädare.

När jag i tidigare kapitel tolkat begreppet bemötande har jag visat på att det handlar om såväl nära relationer, i vårdens och omsorgens vardag, som i vidare bemärkelse, som t.ex. den enskildes möjligheter att bevaka sina rättigheter i samhället. Informationsfrågorna utgör en god illustration. De brister som uppmärksammats i kartläggningen handlar om företeelser som *i varje enskild situation* har sin avgörande betydelse: att inte veta vad personalen heter eller känna till dagliga rutiner, att inte bli informerad om ändrad tid för hemtjänstens besök, att inte få upplysningar om den äldres försämrade hälsotillstånd, att inte få värdig information om någons bortgång, att inte få anpassad information för att kunna vara delaktig i behovsbedömning, att inte få veta vart man vänder sig med klagomål eller överklagar ett beslut ...

Här vill jag återigen lyfta fram att bristande information också handlar om *brister i utbyte av information och samverkan*.

Företrädare för förtroendenämnder, anhöriga, handikapporganisationer m.fl. har vid hearings pekat på att det finns brister i ett aktivt och engagerat lyssnande till enskilda äldre och deras anhöriga. Jag vill särskilt peka på att lyhörddhet också skall omfatta dem som har svårigheter att kommunicera eller är i en situation där förtrogenhet med enskildas kroppsspråk är helt avgörande. Lyssnandet skall bygga på kunskap och inlevelse; min upprördhet är mycket stor över det exempel (i kapitel 3) där en gammal kvinna i veckor uttrycker sin smärta utan att bli hörd av dem som skulle kunna lindra den.

Utbytet av information, det ömsesidiga lyssnandet, är betydelsefullt för alla berörda. Det handlar övergripande om att ta tillvara den enskildes (och anhörigas) resurser och erfarenheter som betyder mycket för att insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst blir "de rätta". Denna insikt måste spridas och förverkligas.

Ett bristfälligt informationsutbyte och en dåligt utvecklad samverkan mellan personal och verksamhetsföreträdare sammellan ger direkt eller indirekt upplevda brister för enskilda

och deras närstående. Jag tänker på informationsutbytet inom ett arbetslag, mellan arbetsledare och personalgrupp och mellan verksamheter hos olika huvudmän. Enskilda skall t.ex. kunna vara förvissade om att upplysningar som de vill skall nå hela arbetslaget också blir vidarebefordrade. Det kan exempelvis gälla hur man vill bli lyft, matad eller få hjälp med påklädning när man har rörelsehinder och/eller smärtor.

Andra väsentliga frågor om informationsutbytets form och innehåll avser jag att utveckla vidare i mitt slutbetänkande. Det gäller bl.a. frågor om etik och sekretess, om ombud/gode män samt möjligheter att göra informationen tillgänglig för personer med olika funktionshinder eller med härkomst i annan språkmiljö.

Från såväl enskilda som anhöriga har påtalats brister på så sätt, att de upplevt sig vara tvungna att ge för mycket av privat information i sammanhang där det inte framstått ett klart syfte för detta. De har också upplevt att man inom personalgruppen "slarvat med sekretessen" och inför besökande till andra utlämnat uppgifter om enskild person.

Tillgänglig information för personer med funktionshinder är ett bristområde. Döva personer måste kunna lita på att få ett informationsutbyte med tolk bl.a. vid besök i sjukvården. Äldre med synskador behöver kunnig hjälp och personliga hjälpmedel för att ta del av skriftlig information, gamla personer med utvecklingsstörning behöver liksom många andra med kommunikationshinder ett insiktsfullt personligt stöd.

Situationen för personer som kommunicerar på andra språk än svenska berör jag i en särskild rapport som beskriver bemötande av äldre invandrare i bl.a. hälso- och sjukvård.

### **Möjligheter finns**

Det finns redan idag en rad möjligheter att stärka och fördjupa informationsutbytet. Jag avser bl.a. tydlig och tillgänglig information och dokumentation vid biståndsbedömning, motsvarande som del i kvalificerad individuell vård- och rehabiliteringsplanering samt dokumentation vid omvårdnad och uppföljning av insatser. I dessa delar som innebär verksam-



ma metoder för handläggning och strukturer i vardagsarbetet har jag erfarit brister. Enskilda, anhöriga, intresseorganisationer men också företrädare för myndigheter har särskilt påtalat behov av att utveckla, dokumentera och följa upp individuella handlingsplaner i vård och omsorg. Jag avser att återkomma till frågor om individuella handlingsplaner i mitt slutbetänkande. Erfarenheter av lagbestämmelser om individuella planer i LSS och HSL kan utgöra ett av flera underlag för en fortsatt analys.

I flera diskussioner vid hearings respektive vid anhörigas kontakter med mig har man efterfrågat förbättrad information om instanser som man kan vända sig till med sina synpunkter och klagomål. Man har upplevt en splittrad bild och önskat "någon instans" som kan verka obyråkratiskt, ge råd och hänvisningar till andra möjligheter att komma till rätta med bristfälliga insatser. Man vill självfallet ha en seriös handläggning och utredning av sina klagomål och synpunkter, men detta täcker inte de önskemål man förmedlat till mig. Man vill också hitta lyssnande och insiktsfulla mottagare för sina starka känslor inför brister som man upplevt.

Dessa behov måste enligt min mening i första hand kunna tillgodoses i det nära förhållandet till aktuell personal och arbetsledning – det måste uppmärksammas i utbildningar och handledningssituationer. Det finns emellertid också behov av en oberoende instans som med brett yrkeskunnande kan engagera sig i hela problematiken. Förtroendenämnderna har möjligheter att verka på detta sätt. Jag har emellertid pekat på att nämndernas verksamhet inte täcker hela området "vård och omsorg" och att den inte är tillräckligt känd.

Jag har erfarit att HSAN också sett behov av att någon instans skall kunna bemöta anhörigas känslor på ett konstruktivt och insiktsfullt sätt – i synnerhet när ett ärende inte slutar med disciplinpåföljd vilket kan vara den upprättelse anhöriga förväntat sig eller när en utredning inte har kunnat styrka fel och försumelse i yrkesutövningen, "ord står mot ord".

De förslag som framkommit från bl.a. anhöriga för att tillgodosätta behovet handlar dels om en förstärkning av samhällets insatser i angiven riktning, dels om ett utbud av gruppverksamhet inom olika frivilliga organisationer. Det finns redan idag inom

anhörigföreningar, pensionärs- och handikapporganisationer grupper med personer som ger kunskap och stöd till varandra utifrån liknande erfarenheter. Jag har erfarit att detta stöd är ett av flera verkningsfulla medel att utveckla "hjälp till självhjälp" som ett komplement till samhällets insatser.

Jag anser sammanfattningsvis att det är oerhört väsentligt att kunna bryta den kultur som innebär att enskilda och deras anhöriga inte vågar uttrycka synpunkter på vård och omsorg. Det ger en bild av ett ovärdigt underskott i ett demokratiskt samhälle. När denna fråga tagits upp vid bl.a. hearings har man uttryckt förhoppningar om att nästa generation äldre skall ställa andra och mera högljudda krav på gott bemötande. På det kan vi inte vänta.

### **Bristande omvårdnad i olika miljöer**

Det är en mycket dystert läsning att ta del av anmälningar (både beträffande innehåll och frekvens) om brister i omvårdnaden. De gäller såväl den personliga, vardagliga psykiska och fysiska omvårdnaden som den som ställer krav på mycket specifik kunskap.

Omvårdnadsfrågorna hör samman med kvaliteter i bl.a. rekrytering, utbildning, arbetsledning, arbetsorganisation och uppföljning (som delar i ett brett förebyggande arbete). Jag finner att goda kvaliteter i omvårdnad är ett sätt att värna om äldres identitet och integritet. Omvårdnadsbrister är en fråga om bristfälligt bemötande och markerar enskildas underläge i vård och omsorg.

Genom bristande individuell omvårdnad utsätts den enskilde för ytterligare förluster i personlig identitet och integritet – utöver förluster som uppstår genom sjukdom och funktionsnedsättningar. Kvinnan som fick flytta runt som ett kolli fick bristfällig omvårdnad och blev helt utan sin identitet; personen som på grund av rörelsehinder inte själv kan ingripa reduceras när man byter blöjor och tvättar honom inför främmande besökande, den gamla synskadade kvinnan som inte hittar sina hjälpmedel för att hemtjänstpersonalen inte bryr sig om deras placering tappar sin självständighet.

Miljön för omvårdnaden spelar också en roll för identiteten, både när man vistas kortvarigt i den (som på akutsjukhus) eller långvarigt i någon särskild boendeform. Att som gammal mötas av akutsjukhusets främmande miljö och hastiga tempo kan skapa förvirring och betydligt minska möjligheter till inflytande. De gamla sjukhemmens institutionaliserade värld kan i sig ge upphov till kollektiv hantering. Det är också en av många uppmärksammas identitetsförlust att bo i flerbäddsrum på sjukhem, flera har frågat efter trovärdigheten i ett sådant bostadsbegrepp. En upplevelse som redovisats är att de särskilda boendeformerna kan bli "personalens hus" mer än en bostad för den enskilde.

Miljöns bristande tillgänglighet kan innebära att den enskilde blir mer beroende än nödvändigt av andras hjälp och välvilja. Det kan minska självkänsla och möjligheter att hävda sin integritet.

Ett annat område som också rör brister i omvårdnad och som mycket påtagligt påverkar upplevelser av identitet framträder mindre tydligt i min kartläggning. Det finns dock ett antal exempel som belyser behovet som även påtalades vid hearings. Det gäller "psykisk omvårdnad" i bemärkelsen att i sin miljö ha tillgång till ett rikt dagsinnehåll efter egna önskemål och intressen. Det kan vara möjligheter att träffa andra, utbyta erfarenheter, få känslomässig stimulans och överhuvudtaget bli sedd som någon som har flera behov än dem som rör den dagliga fysiska omvårdnaden. Jag anser att det finns all anledning att understryka behovets vikt.

### **Anhöriga – behov av individualiserad respekt och avlösning**

För att stärka anhörigas ställning har jag tidigare berört vikten av att de blir delaktiga i det informationsutbyte och den samverkan som jag på grundval av kartläggningen finner anledning att markera. Deras roll måste uppmärksammas och förtydligas. Genom regeringsuppdrag har bl.a. Socialstyrelsen uppgiften att verka för ett utvecklat stöd till anhöriga.

Stöd som önskas av anhöriga handlar både om psykologiskt stöd, praktisk hjälp och avlösning. Jag hänvisar till de förslag som anhöriga framförde vid en hearing och till det engagemang för att utveckla anhörigstöd som finns inom ramen för frivilliga organisationer.

Dagaktiviteter för den som får vård och omsorg i hemmet och möjligheter till kvalificerad korttidsvård är enligt anhörigas uppfattning ett angeläget utvecklingsområde.

Jag vill instämna i detta och ser också behov av nya lösningar som kan understödja möjligheten att bo kvar hemma för dem som så önskar. Jag vill i sammanhanget betona att goda kvaliteter i dagaktiviteter och andra avlösningssatser måste utvecklas med syftet att de samtidigt skall tillgodose den enskildes och anhörigas behov. Jag understryker att det måste finnas ett individuellt sätt att från verksamheter ge stöd till och ställa anspråk på anhöriga. Man har förmedlat till mig att det finns risker för att anhöriga till äldre tvingas till åtaganden som de inte har kraft att motsätta sig eller klara av.

#### 6.2.4 Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse

Att utveckla kvalitet genom att förebygga händelser som ger upphov till olika slags brister, skador och risker för skador tillmäts allt större vikt. I sådana processer är ett viktigt inslag att använda sig av erfarenheter som tydliggjorts genom bl.a. tillsynsverksamhet.

Det är nödvändigt att för ett effektivt förebyggande arbete kunna använda sig av kunskaper om brister. Det kräver former för en säker och rationell återföring till vård och omsorg. Socialstyrelsens RiskDataBas, Patientförsäkringen, HSAN och förtroendenämnderna förfogar över ett omfattande material om kvalitetsbrister i vården. Jag anser dock att det finns anledning att ytterligare analysera hur denna samlade kunskap kan återföras som del i ett förebyggande arbete.

Att använda kritik och negativa företeelser som utgångspunkt för att utveckla goda kvaliteter i verksamhetsinnehåll har jag

funnit vara konstruktivt också beträffande erfarenheter som kommer från enskilda äldre och deras närstående. I olika delar av min kartläggning har dock förekommit synpunkter på att vården och omsorgen är alltför försvarsinriktad och inte ser ifrågasättande och kritiska synpunkter som en möjlig resurs och en utgångspunkt för kvalitetsutveckling.

Inom socialtjänsten saknas möjligheter att som inom hälso- och sjukvården samla "riskhändelser" i databaser och därmed få ett systematiskt underlag för det förebyggande arbetet. Lagstiftningen på socialtjänstens område innefattar inte heller de preciserade kvalitetsangivelser som finns inom hälso- och sjukvården. Jag vill i detta sammanhang också uppmärksamma att HSAN noterat gränsdragningsproblem som följer av att särskilda boendeformer inte är att betrakta som vårdinrättningar enligt åliggandelagen (kapitel 3).

Såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten är berörda av förhållandet att ett fåtal anmälningar noteras från hälso- och sjukvårdens insatser i enskildas ordinarie bostäder respektive från privat verksamhet. Det innebär att det är svårt att följa utvecklingen och behovet av förebyggande insatser. Jag finner att ytterligare analyser bör göras av hur insatser m.m. kan belysas när enskilda får mycket omfattande vård och omvårdnad i hemmet.

Jag har funnit mönster i brister i bemötandet som måste förebyggas genom många olika åtgärder. Utöver hittills nämnda som handlar om behovet av systematiska studier av kvalitet i innehållet och den observerade skillnaden mellan hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens förutsättningar anser jag att följande områden är mycket avgörande för att förebygga brister

- rekrytering till arbetsuppgifter för och tillsammans med äldre
- personalutbildning och fortbildning samt handledning (i alla delar med större uppmärksamhet på frågor om bemötande och etik)
- innehåll i personalens arbetsituation
- arbetsledning och arbetsorganisation.

Som jag anger i kapitel 7 avser jag att återkomma till dessa frågor. Redan nu finns underlag men det behöver vidgas och fördjupas. Jag har bl.a. i samarbete med Socialstyrelsen låtit undersöka förhållandet mellan utbildningsinnehåll och yrkesverksamhetens upplevelser när det gäller viss personal inom äldreomsorg.

Jag menar vidare att det är en viktig del i ett förebyggande arbete att ta del av och använda sig av enskildas och anhörigas kunskaper, erfarenheter och resurser. Detta behov har jag redan berört men vill här betona värdet av erfarenheterna i ett *förebyggande* perspektiv.

Jag finner också att pensionärs- och handikapporganisationer samt anhörigorganisationer kan spela en betydelsefull roll i ett samlat förebyggande arbete. Jag avser deras del i att aktivt sprida kunskaper till sina medlemmar och erbjuda medlemsstödjande verksamhet. Inte minst betydelsefullt är emellertid att deras samlade kunskaper förmedlas till verksamheter för äldre.

Den teoretiska och praktiska kunskap som t.ex. finns samlad i anhörigorganisationer med inriktning på anhöriga till personer med demens är ett mycket värdefullt tillskott i utveckling av vård- och omsorgsprogram och för de initiativ som tas för att sprida kunskaper till både personal och anhöriga. På motsvarande sätt besitter pensionärsorganisationer och handikapporganisationer viktigt kunnande för ett aktivt förebyggande arbete som har förutsättningar att stärkas genom samverkan med olika verksamheter.

För ett förebyggande arbete är det väsentligt att man såväl inom hälso- och sjukvård som socialtjänst utvecklar sitt arbete för att dels formulera, dels säkra och följa sin kvalitetsutveckling. Det är för mig givet att man då också måste verka för enskildas och deras närståendes liksom intresseorganisationernas möjligheter att delta i denna utveckling.

Det finns behov av att vägleda ett kraftfullt förebyggande arbete genom politiska mål och riktlinjer för lokala verksamheter. Dessa åtgärder tillsammans med välfungerande uppföljningssystem är enligt min mening av grundläggande betydelse, inte minst när det gäller ansvar och strategier för kompetensutveckling.

Vid hearings, i anmälningar och brev framförs många gånger en djup oro över att det förebyggande arbetet blir tillbakasatt i tider av snäv ekonomi. Resursfrågan som anledning till olika bristfälligheter träder i förgrunden. Jag har i kapitel 7 angett att jag vill återkomma till ämnet. Jag anser inte att det handlar enbart om brister i ekonomiska resurser även om de i vissa situationer är framträdande. Det föreligger svårigheter att se "raka samband" mellan brist på ekonomiska resurser och dåligt bemötande.

### 6.2.5 Tillsyn

Socialutskottet gör i betänkandet 1996/97:SoU13 följande bedömning ... *"tillsynen över äldreomsorgen bör förbättras. Tillsynen måste skärpas och inriktas på frågor om laglighet och rättssäkerhet. Tillsynen måste också inriktas på att säkra kvaliteten och kompetensen i vården och omsorgen, så att äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet säkras.*

*Tillsynen över hälso- och sjukvården har förstärkts genom den nya lag om tillsyn över hälso- och sjukvården, som trädde i kraft den 1 januari 1997. Gränserna mellan kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvården har i vissa avseenden luckrats upp under senare år, vilket gör det svårt för den enskilde att veta vart han skall vända sig med synpunkter på omsorgen och eventuella klagomål. Utskottet anser att det är angeläget att skapa en tydligare organisation. Det får inte råda någon tvekan om vart den enskilde skall vända sig med sina synpunkter och klagomål. Informationen om möjligheterna att klaga måste förbättras. Det bör övervägas om tillsynen kan läggas på samma statliga myndighet för såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården för att härigenom skapa en slagkraftigare organisation. Som det nu är utövar Socialstyrelsen tillsyn på nationell nivå och länsstyrelsen på regional nivå vad gäller äldreomsorgen. Tillsynen över hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter. Denna*

*uppdelning mellan länsstyrelserna och de regionala enheterna innebär en svårighet och en otydlighet vid tillsynen i gränsområdet mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. I lagrådsremissen med förslag till ändring i socialtjänstlagen föreslås att vissa frågor rörande socialtjänsten utreds på nytt. Bland annat föreslås att tillsynen ses över med inriktning på att få samma statliga huvudman för tillsynen inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården." Riksdagen förväntas behandla frågan våren 1997.*

Citatet innehåller mycket väsentliga kvalitetsaspekter. Kartläggningens erfarenheter är också att de av socialutskottet påpekade bristerna bör bli föremål för åtgärder.

Jag avser då behov av skärpt tillsyn av äldreomsorgen med inriktning på frågor om

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



## 7 Det fortsatta utredningsarbetet

### 7.1 Inledning

Det finns ett antal områden med mycket viktiga faktorer som påverkar innehåll och kvalitet i vården och omsorgen om äldre. Det framgår av direktiven för utredningen (bil. 1). Jag har inom dessa områden, genom olika underlag som redovisats, dels i delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161), dels i föreliggande betänkande (SOU 1997:51), kunnat bekräfta flera förändringsbehov som måste tillgodoses för att åstadkomma ett bättre bemötande av äldre.

Kunskaper och erfarenheter från utredningsarbetet har analyserats i föregående kapitel 6. Det framgår där – som i direktiven – att det finns behov av åtgärder, som berör många personer och många verksamheter i samhället. Vidare, att det enligt min bedömning finns åtgärder som behöver ett mycket långsiktigt, fortlöpande arbete medan andra problem har förutsättningar att kunna lösas inom en snar framtid.

De samlade kunskaperna och erfarenheterna skall ligga till grund för mina överväganden och förslag i ett slutbetänkande. I detta kapitel vill jag översiktligt beskriva det återstående utredningsarbetet. Det bygger på innehållet i nämnda två delbetänkanden och i den rapport om exempel på utvecklingsarbete i kommuner och landsting, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52), vilken överlämnas samtidigt med detta delbetänkande.

Ett kompletterande material utgörs av de rapporter där olika forskare belyser frågor som jag uppdragit åt dem att undersöka och analysera. Rapporterna kommer i vissa fall att publiceras

successivt under våren 1997 som del i utredningens arbete; i andra fall kommer materialet att utgöra delar av slutbetänkandet. De frågor som varit aktuella för dessa uppdrag har avsett

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

## 7.2 Fortsatt analys av vissa områden

Jag har inför mina överväganden och förslag funnit behov av att ytterligare analysera följande områden eller delar av dem.

### **Lagstiftning och andra föreskrifter m.m.**

Under våren 1997 förväntas riksdagen behandla en proposition om ändringar i socialtjänstlagen. I propositionen finns flera förslag som i hög grad berör mitt uppdrag. De gäller – förutom det förslag som grundas på mitt tidigare nämnda delbetänkande (SOU 1996:161) om äldres rätt att flytta – bl.a. förslag om nya bestämmelser rörande skyldighet att dokumentera inom socialtjänsten. Vidare finns förslag om en ny bestämmelse om god kvalitet inom socialtjänsten samt även förslag till lagbestämmelse om personalens kompetens.

Det förutskickas (som förslag) att ett ytterligare utredningsarbete skall komma till stånd under år 1997/98 rörande socialtjänstlagen. I ett antal frågor utpekas möjliga utredningsuppdrag, varav flera har beröring med det underlag som framkommit genom utredningen om bemötande av äldre. Det förefaller

därför naturligt – om förslaget till en ny utredning om socialtjänstlagen förverkligas – att föra vissa frågor från min utredning till en sådan större genomlysning av lagstiftningens karaktär m.m.

Propositionen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) behandlas även under våren. Den har, tillsammans med den nya lagstiftning som trädde i kraft den 1 januari 1997 inom hälso- och sjukvårdens område stor betydelse för mina överväganden. Jag avser här tillsynslagen (1996:786) respektive patientskadelagen (1996:799).

Redan tidigare har jag åberopat den etiska plattform som föreslås genom bl.a. människovärdesprincipen i propositionen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Jag finner anledning att även i övrigt anknyta till denna proposition i den ytterligare analys som jag kommer att göra av innehållet i utbildningar till yrken inom äldreomsorgen och behovet av att uppmärksamma etiska frågor.

Beträffande de nyligen ikraftträdde lagarna, tillsyns- och patientskadelagen, kommer jag i mitt fortsatta utredningsarbete att också ta intryck av mycket väsentliga tankegångar i dessa lagars förarbeten om bl.a. innehållet i en utvecklad tillsyn och den starka betoningen av ett kvalificerat förebyggande arbete.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) har sedan den trädde i kraft den 1 januari 1994 varit föremål för Socialstyrelsens fortlöpande uppföljning. Ett omfattande material kommer att redovisas under våren 1997. Detta kan antagas ha flera beröringspunkter med mitt utredningsarbete.

På motsvarande sätt har jag anledning att ytterligare underrätta mig om hittills vunna erfarenheter av flera nya föreskrifter och allmänna råd som gäller såväl landstingens som kommunernas verksamhet. Jag avser särskilt föreskrifter och allmänna råd angående informationsöverföring och samverkansrutiner mellan landsting och kommuner samt föreskrifter och allmänna råd om övergrepp mot äldre. En angelägen bedömning blir i vad mån olika verksamheter initierat åtgärder i linje med intentionerna och om förverkligandet i något avseende kan behöva stärkas.

Det finns, vilket redovisats tidigare, anledning att med socialutskottets betänkande om Äldrefrågor (1996/97:SoU7) som grund också studera uppföljningsuppdrag som regeringen lämnat till Socialstyrelsen liksom de initiativ som redan tagits eller är aviserade rörande nya utredningar inom områden som berör bemötande av äldre. Jag tänker bl.a. på utredningen om bemötande av personer med funktionshinder (dir. 1997:24) och den aviserade utredningen om medicinska insatser på sjukhem m.m. Det är också relevant att följa planeringen av Socialstyrelsens uppdrag om vård i livets slutskede.

Inom lagstiftningens område föreligger många frågor som kommer att aktualiseras när kvalitet och innehåll skall stärkas i vård och omsorg om äldre. Det gäller, som framgått, lagar och föreskrifter som redan trätt i kraft liksom sådana som är föremål för viss omprövning. Det kan även finnas orsak att till pågående eller nu planerade utredningar förmedla de erfarenheter inom det rättsliga området som vunnits genom mitt uppdrag. För detta syfte avser jag att under det fortsatta arbetet anlita juridisk expertis.

### **Politiskt fastställda mål och riktlinjer för vård och omsorg om äldre**

Utöver de mål och riktlinjer som framträder genom lagar och föreskrifter avser jag att närmare studera lokala erfarenheter av politiskt fastställda mål och riktlinjer för vård och omsorg om äldre i kommuner och landsting. Ett visst material står till mitt förfogande genom svaren på den enkät som jag riktade till landets kommuner och landsting hösten 1996. Detta kan behöva kompletteras, i synnerhet beträffande de vägar som används för att följa hur mål och riktlinjer förankras och blir förverkligade. Mot bakgrund av bl.a. material i detta betänkande anser jag att behovet av framåtsyftande strategier är stort om kvaliteten i äldreomsorgen skall kunna höjas och bättre svara mot innehållet i begreppen självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Det är en resursfråga men inte ensidigt en fråga av ekonomisk karaktär.

### **Betydelsefulla frågor om personal, utbildning, attityder, arbetssätt m.m.**

Som en röd tråd i det samlade utredningsunderlaget finns ett antal frågor om personal. För att betona området vikt och dess olika delfrågor gör jag här en uppräkningslista som visar i vilka avseenden jag planerar fördjupade analyser. De är

- Attityder och förhållningssätt, vårdens och omsorgens etik
- Utbildningssystem och kompetenshöjning
- Personalens arbetssituation
- Arbetsledarskapet och dess betydelse för fortsatt utveckling
- Samverkan mellan enskilda – anhöriga – berörd personal.

Erfarenhets- och kunskapsutbyte har inletts med företrädare för Arbetarskyddsstyrelsen. Därutöver planeras ytterligare expertmedverkan beträffande utbildningsfrågor.

Jag kommer även att i mina analyser använda erfarenheter som vunnits genom projekt inom fackliga organisationer. Ett exempel är s.k. Kom An!-projekt (Svenska Kommunalarbetsareförbundet).

### **Bemötande i olika bostads- och stödformer för äldre**

Med utgångspunkt i erfarenheter som vunnits genom den studie jag låtit genomföra om bemötandet i särskilda boendeformer kommer jag att utveckla ämnet, framförallt med syftet att öka enskildas inflytande och skapa förutsättningar för upplevelser av större trygghet och säkerhet för dem och deras närstående.

Det direkta inflytandet för enskilda, anhöriga och intresseorganisationer behöver stärkas liksom olika former av samverkan mellan dem och verksamheter, myndigheter m.fl.

Det finns idag många hinder och svårigheter inom detta område, vilket framgick av tidigare kapitel. Det finns också många exempel som visar på strävanden att undanröja hinder. Det visar de goda exempel från kommuner och landsting som ställts till utredningens förfogande. Jag kommer fortsättningsvis att också använda erfarenheter från de verksamheter som inte blev

före-mål för särskilda reportage i rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52).

### **Övriga frågor**

Behov av forskning och utvecklingsarbete liksom förmedling av nya rön till äldre och andra berörda kommer att behandlas i slutbetänkandet. Redan nu kan jag konstatera att det föreligger behov av forskning och utvecklingsarbete inom flera områden. Det gäller bl.a. fördjupade studier av kvalitetsutvecklingen inom äldreomsorgen i ett längre perspektiv. Ett annat område är undersökningar om förekomsten av brott mot äldre. Genom kontakter med Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) har jag erfarit att det föreligger forskningsbehov.

Under det fortsatta utredningsarbetet avser jag att ytterligare analysera behov av forsknings- och utvecklingsinsatser relaterade till mitt uppdrag och till olika kompetensområden. Underlag kommer att inhämtas från forskningsinstitutioner m.fl. men även från t.ex. pensionärs- och handikapporganisationer som själva bedriver eller medverkar i ett omfattande utvecklingsarbete.

*Som exempel* vill jag nämna initiativ som tagits av PRO respektive den ideella föreningen Seniornet Sweden i frågor om äldres möjligheter att dra nytta av ny teknik för information och kommunikation m.m. Handikappinstitutet spelar en aktiv roll för att IT-utvecklingen skall omfatta äldre och deras anhöriga, vilket ställer krav på förbättrad tillgänglighet och användarvänlighet.

Vidare har bl.a. handikapporganisationerna tillsammans med Handikappinstitutet tagit flera initiativ för att behov av hjälpmedel och rehabilitering för äldre med funktionshinder skall tillgodoses på bättre sätt. Det är enligt min mening ett område som har stor betydelse också för möjligheter till inflytande och självbestämmande. Jag har erfarit att personluthubildning om hjälpmedelsfrågor behöver stärkas liksom information om hjälpmedel till äldre brukare och deras närstå-

ende. Det gäller både då enskilda bor i sin ordinarie bostad och i särskilda boendeformer.

Ytterligare bör nämnas de studier om äldres situation som genomförts av HANDU, Handikappolitiska Utredningsinstitutet, inom ramen för en undersökning av levnadsvillkor för medlemmar inom De Handikappades Riksförbund (DHR), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) och Synskadades Riksförbund (SRF). De uppgifter som framkommit där kommer att ingå i en beskrivning av äldres villkor som presenteras i slutbetänkandet.

Slutligen vill jag nämna utvecklingsarbete i samarbete mellan flera vilket bedrivs genom olika folkhögskolors kurser för äldre.

### 7.3 Fortsatt utåtriktat arbete

Utredningsuppdraget (bil. 1) betonar vikten av ett utåtriktat arbete som stimulerar till debatt om frågor som rör bemötande och attityder till äldre. I ett ömsesidigt utbyte skall det engagemang som finns för frågorna tas tillvara och stärkas. Goda erfarenheter och exempel skall spridas.

Den levande debatten och engagemanget har jag mött under hela den hittillsvarande utredningstiden, inte minst då frågor om äldres rätt att flytta fick nyhetsvärde i massmedia hösten 1996.

För att nu få synpunkter på och förslag till åtgärder om hur brister och missförhållanden kan undanröjas kommer jag att till ett stort antal intressenter sända ut detta delbetänkande jämte rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52). Jag välkomnar synpunkter från dem som är direkt berörda av vården och omsorgen om äldre liksom från andra intresserade. På det sättet kan underlaget till mina kommande överväganden och förslag fördjupas.

Förutom de diskussioner som förs med sakkunniga som förordnats att biträda mig i utredningsarbetet (bil. 2) och den referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna som jag inrättat (bil. 3) kommer jag att under våren 1997 inbjuda olika intressenter och experter till "rundabordsamtal", dvs. rådslag av mindre omfattning än de som ägde rum under hösten 1996. Inriktningen är att i samtalets form analysera frågor om *bl.a.*

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

Jag kommer även fortsättningsvis att genom medverkan vid t.ex. konferenser och i media fästa uppmärksamheten på utredningsarbetet och dess syfte att förbättra innehållet i vård och omsorg om äldre.

Ytterligare ett planerat inslag för att bredda och fördjupa engagemanget för frågorna är två rapporter med olika reportage. Den ena kommer att handla om erfarenheter från kvinnor och män i yrkesverksam ålder vilka har "omsorgsansvar" för både sina föräldrar, sina barn och i vissa fall, sina barnbarn. Den andra beskriver barns och ungdomars föreställningar om eget åldrande och deras syn på äldre.

Avslutningsvis vill jag betona att en detaljerad plan inte föreligger i alla delar som redovisas ovan. Vissa förändringar kan bli aktuella under det fortsatta arbetet. Jag kommer dessutom att överväga flera olika åtgärder som kan leda till en bred debatt av slutbetänkandets förslag.



## Kommittédirektiv

### Utredningen om bemötande av äldre

Dir. 1995:159

Beslut vid regeringssammanträde den 14 december 1995

#### **Sammanfattning av uppdraget**

En särskild utredare tillkallas med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötandet av äldre. Utredaren skall

- kartlägga och analysera brister i bemötande av äldre inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet,
- belysa vilka faktorer hos personalen som påverkar bemötandet av äldre och därvid beakta betydelsen av kön, ålder, utbildning, socioekonomisk och kulturell bakgrund,
- belysa på vilket sätt dessa faktorer hos äldre har betydelse för hur den äldre upplever bemötandet och samtidigt hur den äldre låter sig bemötas,
- kartlägga och analysera faktorer i organisation och struktur som bidrar till brister i kvalitet och bemötande,
- belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området,
- beskriva pågående utvecklingsarbete i kommuner och lands-ting som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård och
- föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet.

## Bakgrund

Antalet ålderspensionärer i Sverige uppgår till drygt 1,5 miljoner och utgör ca 18 % av befolkningen. Ålderspensionärerna utgör i likhet med resten av befolkningen en heterogen grupp med avseende på t.ex. hälsa, resurser, socioekonomisk och kulturell bakgrund. Studier av inkomstutvecklingen visar att ålderspensionärernas ekonomiska situation förbättrats påtagligt under de senaste decennierna. Äldres hälsa förbättras och medellivslängden fortsätter att öka. Ända fram till 1980-talet var äldres bostadsstandard sämre än resten av befolkningens och många äldre tvingades flytta till servicehus och ålderdomshem beroende på brister i standard och tillgänglighet. Den generella välfärdspolitiken har i stor utsträckning kommit äldregruppen till del, minskat marginaliseringen och lett till ökad jämlikhet med resten av befolkningen.

En generell beskrivning av äldres levnadsförhållanden uppvisar således en övervägande ljus bild av delaktiga, aktiva och friska människor. Bakom genomsnittliga beskrivningar döljer sig emellertid ofta stora variationer. Det finns t.ex. betydande skillnader mellan olika individers ekonomiska standard. Betydande skillnader finns också i fråga om hälsa och sjuklighet såväl mellan olika åldersgrupper som mellan kvinnor och män och mellan olika socioekonomiska grupper. Inom äldregruppen döljer sig de vars ensamliv har blivit en plåga och de som upplever sig vara förbrukade eller inte längre vara behövda. Många äldre drabbas av olika former av demenssjukdomar men också av psykiska lidanden som inte uppmärksammas i samma utsträckning som hos yngre. En ökande grupp äldre med invandrarbakgrund kan uppleva främlingskap på grund av språkliga och kulturella barriärer.

För de allra flesta äldre innebär åldrandet gradvisa förluster eller försämringar av kroppsfunktioner. Majoriteten av äldre klarar sig dock högt upp i åren utan hjälp från samhället och 91 % av ålderspensionärerna bor i sitt eget hem. Det blir alltmer uttalat att det är de allra äldsta och mest vårdbehövande som får hemtjänst och som bor i särskilda boendeformer. Kvinnor har i större utsträckning än män hemtjänst, vilket förklaras av att kvinnor lever längre än män och alltså är

betydligt fler. Kvinnor lever också ensamma i högre grad än män. Hemtjänstens uppgifter under senare år har allt mer koncentrerats till den personliga omvårdnaden. Närmare en femtedel av vårdtagarna får kontinuerlig hjälp dygnet runt. Vårdarbetet har blivit tyngre i särskilda boendeformer och andelen äldre med demenssjukdomar ökar.

En stor del av tillgängliga vårdresurser inom hälso- och sjukvården används av de allra äldsta. Ålderspensionärerna utgör ca en femtedel av befolkningen och tar i anspråk ca två tredjedelar av samtliga vård dagar inom sjukvården. Det finns uppskattningar som tyder på att 25-30 % av de totala resurserna inom hälso- och sjukvården går till insatser under det sista levnadsåret.

### **Bestämmelser om kvalitet och bemötande i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) målbeskrivning i 2 § – en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen – kompletterades år 1985 med preciserade bestämmelser rörande kraven för god vård: Hälso- och sjukvården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, den skall vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och den skall främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvalitetsaspekterna betonas såväl i den medicinska behandlingen som i den mänskliga omvårdnaden. I lagen föreskrivs vidare att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten. Motsvarande bestämmelse finns i lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen) som dessutom fastställer att patienten skall visas omtanke och respekt. I anslutning till HSL har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd som rör omvårdnad och särskilda föreskrifter om kvalitetssäkring.

I socialtjänstlagen (1980:620) föreskrivs i 1 § att verksamheten skall bygga på respekt för människors självbestäm-

mande och integritet. Vidare stadgas i 9 § att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom. Några uttalade bestämmelser som rör verksamhetens kvalitet, hur insatserna skall utformas och hur människor skall bemötas finns inte i socialtjänstlagen. I Socialtjänstkommitténs slutbetänkande Ny socialtjänstlag (SOU 1994:139) finns förslag om att införa en ny bestämmelse om kvalitet i socialtjänstlagen.

I regeringens proposition Äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176) fastslås tre grundläggande principer för samhällets service och vård till äldre. Den första gäller människors rätt att själva bestämma och få behålla sin integritet och identitet. Den andra principen rör människors rätt att känna sig trygga och den tredje principen rör förutsättningar för ökad valfrihet.

### **Hur bemöts äldre?**

Av en jämförande europeisk undersökning (Äldre och äldreomsorg i Norden och Europa, Ädelutvärderingen 94:2) framkommer att de allra flesta tillfrågade svenskarna anser att de som äldre bemöts som vanligt – alltså varken bättre eller sämre till följd av åldrandet. Enligt undersökningen ansåg 12 % att de möttes med mer respekt och 10 % med mindre respekt som äldre. Det var också påtagligt få svenskar som ansåg sig nedsättande bemötta av t.ex. försäkringskassan, lokala myndigheter, av läkare och sjukvården i övrigt, på posten, av massmedia, i kollektivtrafiken osv. Siffrorna är genomgående låga men ca 7 % av de äldre ansåg sig bemötta som andra klassens medborgare av sjukvårdspersonal, massmedia och politiker. En något lägre andel ansåg sig nedsättande bemötta av bl.a. försäkringskassan och lokala myndigheter.

När det gäller bemötandet av äldre inom omsorg och vård – inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och i gränslandet mellan dessa verksamheter – har Socialstyrelsen i olika sammanhang redovisat brister i information, dokumentation, behovsbedömning och i övrigt i handläggning av ärenden – brister som direkt eller indirekt handlar om bemötandet av

äldre. När det gäller särskilda boendeformer har Ädelutvärderingens återkommande rapporter redovisat brister i den medicinska omvårdnaden. Det finns också rapporter om att äldre har utsatts för övergrepp, vätskebrist, svält och inlåsning. I gränslandet mellan kommunernas och landstingens ansvarsområde beskrivs då och då brister i den gemensamma vårdplaneringen, i informationsöverföring och kring omhändertagandet av äldre i livets slutskede. Sådana brister kan ha sin grund i otydlighet i lagstiftningen men kan kanske också tyda på okunskap eller ointresse för de allra äldstas rätt till självbestämmande och till behov av trygghet och säkerhet i omsorg och vård.

På det område som rör mer subtila, ofta osynliga och omedvetna kränkningar av självkänsla och värdighet saknas systematiserad dokumentation. Upplevelser av sådana händelser synes vara relativt vanligt förekommande såväl inom omsorgsområdet som i samhället i övrigt. Detta ger anledning till funderingar kring de mänskliga mekanismer som innebär att medmänsklighet och empati ibland tycks ha ersatts av ett opersonligt och rutinmässigt förhållningssätt.

I de fall det förekommer ett bemötande av äldre, som inte uppfyller grundläggande krav på respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet, kan detta sannolikt förklaras på många olika sätt. En otydlig politisk ledning eller arbetsledning, bristande kompetens hos personalen och pressade arbetsförhållanden kan bidra till brister i kvalitet och bemötande. Inom omsorg och vård förekommer sannolikt också vardagsetiska konflikter där de övergripande principerna om självbestämmande och integritet kan komma i konflikt med personalens ansvar för säkerhet och trygghet. Exempelvis kan det förekomma att rörelsefriheten för en person med åldersdemens begränsas av säkerhetsskäl.

På ett mer övergripande plan kan brister i bemötandet av äldre kanske också vara uttryck för en mer eller mindre tydlig marginalisering och diskriminering som till viss del kan ha sina rötter i tidigare rådande synsätt på äldre. Vid seklets början framställdes ofta åldringen som en undergiven och tacksam understödstagare. Pensionären förutsattes vara förnöjsam och

tålmodig och förväntades inte ställa krav på inflytande eller förändringar. Trots att äldres materiella levnadsförhållanden kraftigt förbättrats under hela 1900-talet tycks ibland en patriarkalisk och diskriminerande syn på äldre leva kvar.

I flertalet kommuner och landsting pågår ett viktigt utvecklingsarbete som framför allt berör trygghet och säkerhet i omsorgen och vården men som också handlar om förbättring av service och bemötande i vidare mening. Regering och riksdag har genom olika former av utvecklingsmedel stimulerat detta arbete. Under senare år har t.ex. ett särskilt statsbidrag på 50 miljoner kronor utgått med syfte att stimulera utveckling av kvalitet i den kommunala äldrevården. För att påskynda utvecklingen på rehabiliteringsområdet kommer 300 miljoner kronor att lämnas till kommuner och landsting.

Sveriges deltagande i Europeiska äldreåret 1993 syftade till att på olika sätt uppmärksamma äldre personers situation i samhället och speciellt betona vikten av solidaritet, ökade kunskaper samt utbyte mellan olika generationer. Kommittén (S 1992:12) för Europeiska äldreåret 1993 initierade en mängd utåtriktade aktiviteter under det samlande temat Solidaritet mellan generationerna. I kommitténs slutbetänkande *Gamla är unga som blivit äldre* (SOU 1994:39) framhålls att gensvaret och intresset hos myndigheter, kommuner, landsting, föreningar och organisationer vida översteg kommitténs förväntningar. En mängd lokala projekt visade också att myter och attityder mellan generationerna är möjliga att påverka.

I syfte att kartlägga hur det svenska samhället förändrats påbörjades hösten 1995 arbetet med ett särskilt välfärdsprojekt inom Socialdepartementet. Den ansträngda ekonomiska situationen och i övrigt stora strukturella förändringar av samhället innebär nya utmaningar för välfärdspolitiken. På en rad områden behövs ökade kunskaper om de nya levnadsbetingelser dessa förändringar medför och hur de påverkar människors liv och vardag. Arbetet i välfärdsprojektet kommer att bedrivas öppet och utåtriktat och pågå under större delen av innevarande mandatperiod.

## Uppdraget

Frågan om bemötandet av äldre kan kopplas till flera samhällsområden och handlar i grunden om mellanmännsliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn. Den berör också alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående.

Under många år har äldreomsorgsarbetet varit inriktat på viktiga strukturfrågor, organisationsförändringar och framför allt på frågan om en ny och tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Formerna för omsorg och vård har engagerat politiker och tjänstemän och stått i förgrunden under lång tid. Mot denna bakgrund anser regeringen att det nu är dags att särskilt belysa innehållet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

En särskild utredare tillkallas med uppgift att belysa frågan om hur äldre bemöts inom omsorg och vård och i annan offentlig verksamhet. Utredaren skall kartlägga och analysera brister i bemötandet av äldre. Underlag för kartläggningen kan bl.a. vara Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsarbete, Lex Maria-anmälningar och anmälningar till landstingens förtroendenämnder, relevant forsknings- och utvecklingsarbete, kunskapsunderlag från Ädelutvärderingen, material från Utredningen (S 1994:08) om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården samt beskrivningar från äldre, vårdpersonal, anhöriga och brukarorganisationer.

Utredaren skall belysa vilka faktorer hos personalen som påverkar bemötandet av äldre och därvid beakta betydelsen av kön, ålder, utbildning, socioekonomisk och kulturell bakgrund.

Utredaren skall också belysa på vilket sätt dessa faktorer hos äldre har betydelse för hur den äldre upplever bemötandet och samtidigt hur den äldre låter sig bemötas i olika situationer.

Äldre invandrare kommer att utgöra en växande grupp i det svenska samhället. Mötet mellan människor från olika kulturer ställer särskilda krav på kvalitet och kompetens i olika verksamheter. Utredaren skall därför belysa bemötandet av äldre invandrare.

Faktorer i organisation och struktur som kan tänkas bidra till brister i kvalitet och bemötande skall kartläggas och analyseras. Hinder eller svårigheter på detta område kan ge anledning att närmare studera relevant lagstiftning, kompetensbehov hos och utbildningssystem för berörd personal samt arbetsledarskapets betydelse. Utredaren skall också analysera i vad mån skillnader i utformningen av särskilda boendeformer har betydelse för bemötandet. I detta sammanhang skall också frågan om äldres möjlighet att flytta till en särskild boendeform i en annan kommun tas upp.

Inom de nämnda områdena skall utredaren också belysa internationella erfarenheter och kunskaper.

Utredaren skall vidare beskriva pågående arbete i kommuner och landsting i frågor som rör kvalitetsutveckling och utveckling av innehållet i omsorg och vård och i förekommande fall även i annan offentlig verksamhet. I denna kartläggning skall det ingå en översiktlig beskrivning av lokalt fastställda politiska mål och riktlinjer för kvalitet och bemötande och hur dessa följs upp. Utredaren skall också redovisa ett antal goda exempel på verksamheter i vilka det målmedvetet arbetats med kvalitetsutveckling och där frågan om bemötande av äldre är ett viktigt inslag.

Utredaren skall slutligen föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre. Vid utformningen av åtgärdsförslagen skall utredaren beakta dir. 1994:23, som närmare redovisas nedan.

En viktig uppgift för utredaren är att lyfta fram frågor som rör bemötande, förhållningssätt och attityder till äldre och få till stånd en öppen debatt. Utredningen skall därför bedrivas på ett utåtriktat sätt där bl.a. konferenser, seminarier, litterära bidrag och mediebelysning kan komma i fråga för att engagera en stor krets av berörda. Utredaren skall också sträva efter att fånga upp och sprida erfarenheter av goda exempel på arbetsätt och kvalitetsutveckling som syftar till ett värdigt bemötande av äldre.

Samråd skall ske med utredningen (S 1994:08) om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.



För utredarens arbete gäller kommittédirektiven till alla kommittéer och särskilda utredare om att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23). Direktiven innebär bl.a. att varje kommitté skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser. Vidare skall jämställdhetspolitiska konsekvenser redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 30 maj 1997.

(Socialdepartementet)

## Utredningen om bemötande av äldre (S 1995:15)

### *Särskild utredare*

Britta Rundström, kommunalråd, Helsingborg

### *Sakkunniga*

Kerstin Ahlsén, förbundssekreterare,

Svenska Kommunförbundet

Yvonne Ahlström, ombudsman,

Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, SKTF

Lars Andersson, docent, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm

Stig Berg, professor, Hälsohögskolan, Jönköping

Evy Eriksson, ombudsman,

Svenska Kommunalarbetsförbundet, Kommunal

Yvonne Forsell, med. dr., Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm

Nils Gustavsson, v. ordf., Pensionärernas Riksorganisation,  
PRO

Kristina Jennbert, departementssekreterare,

Socialdepartementet

Lennarth Johansson, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen

Margareta Liljeqvist, utredare, Landstingsförbundet

Elvy Olsson, förbundsledamot, Sveriges Pensionärsförbund,  
SPF

Alice Rinell Hermansson, rektor, Ersta Högskola, Stockholm

### *Sekretariat*

Elisabet Spjuth fr.o.m. den 4 mars 1996

Ann-Charlotte Carlberg fr.o.m. den 1 augusti 1996

## Referensgrupp med företrädare för handikapporganisationer

Arne Borg, HSO - Handikappförbundens Samarbetsorgan  
(Afasiförbundet)

Kerstin Carselind, HSO - Handikappförbundens Samarbets-  
organ (Reumatikerförbundet)

Barbro Gregorson, De Handikappades Riksförbund (DHR)

Karl-Erik Karlson, Sveriges Dövas Riksförbund (SDR)  
(ersättare: Birgitta Martinell)

Ann-Christine Persson, Synskadades Riksförbund (SRF)

Erik Ransemar, HSO - Handikappförbundens Samarbetsorgan  
(Hjärt- och lungsjukas Riksförbund)