

## 8 Tydliggör och säkerställ det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor

### *SENIOR 2005 bedömer:*

Beslut om framtidens vård och omsorg om äldre människor berör och påverkar alla i befolkningen. Dessa frågor är viktiga för den enskilde individen under olika delar av livsloppet: som äldre, som anhörig till en äldre person i behov av vård och omsorg, som medfinansiär av sin egen framtida vård och omsorg som äldre samt som medfinansiär av offentlig vård och omsorg. Vård och omsorg om äldre är också viktigt för samhället för att skapa stabila levnadsförhållanden. Det är därför oroande att förtroendet för vården och omsorgen om äldre människor tycks svikta. Behovet av förtydliganden av innehållet i det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre har nästan inte alls uppmärksammats tidigare politiskt i Sverige. I flera fall har regering och riksdag haft ambitioner att förtydliga ansvaret för vård och omsorg för de äldre, men resultaten har i de flesta fall i stället inneburit nya visioner och nya organisatoriska lösningar. I vårt arbete har vi kunnat konstatera att det finns en bred uppslutning kring att det även i fortsättningen ska vara så att samhället har det yttersta ansvaret för vård och omsorg om de äldre. Det finns t.ex. inget stöd för att lägga ett större ansvar på anhöriga för äldres vård och omsorg. Vad detta yttersta ansvar innebär måste dock klargöras.

### **8.1 Fyra vägar till framtidens vård och omsorg**

#### **8.1.1 Inledning**

I vårt arbete med framtidens äldrepolitik har vi konstaterat att det är stor skillnad när det gäller tillgång till material som beskriver äldres situation i arbetsliv, samhällsliv och vardagsliv jämfört med vård och omsorg. Avseende de förstnämnda områdena finns

mycket litet material och visioner inför framtiden medan det inom vård och omsorg finns mycket material och många visioner. Inom vård och omsorg finns också flera mycket aktiva aktörer på nationell nivå till skillnad mot andra områden.

En genomgång av offentligt material (propositioner och betänkanden från utredningar och riksdagens utskott) om vård och omsorg om äldre visar att det finns ett stort antal visioner och målsättningar. I diskussioner om de problem som finns inom vård och omsorg om äldre så är det inte ovanligt att det görs uttalanden som tillför ännu mer visioner i stället för att konkretisera aktuella problem. Det finns också exempel på att övergripande (nationella) mål inte konkretiserats på lokal och regional nivå utan att målen kompletterats med ytterligare mål med visionärt innehåll.

Mot denna bakgrund har vi valt att arbeta på ett annat sätt med vård och omsorg om äldre människor jämfört med de områden som tas upp i diskussionsbetänkandet. Vi har bedömt att det finns ett mindre behov av en samlande framtidsbild inom vård och omsorg och mer av en fördjupad diskussion av vilka målsättningar och visioner som ska vara bärande inför framtiden. Vår tidigare presenterade framtidsbild (avsnitt 3.2.2) har kompletterats med text som berör vård och omsorg som en del av livsloppet. Som ett underlag för denna fördjupade diskussion har vi tagit fram fyra scenarier som konkretiserar fyra vägar inför framtidens vård och omsorg om äldre. Utgångspunkten är dagens situation inom vård och omsorg.

Det innebär inte att det är vår uppfattning att man inte ska ha några visioner. Visioner kan spela en viktig roll för att peka ut en färdriktning eller en önskad situation i framtiden. Däremot kan visioner bli ett problem när de används och tolkas som löften om t.ex. vad enskilda ska ha möjlighet att få hjälp och stöd med i olika situationer.

Vården och omsorgen om äldre regleras i dag av främst tre lagar: hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387, LSS). Lagarna har helt olika konstruktion när det gäller både vilka skyldigheter det offentliga har gentemot den enskilde och vilka "rättigheter" som den enskilde har. Detta förhållande komplicerar ibland situationen inom vård och omsorg när de olika lagstiftningarna ska tillämpas samtidigt i förhållande till en individ.

Att vård och omsorg om äldre är ett komplext och otydligt område avspeglar sig redan i formuleringen av rubriken på detta kapitel: Tydliggöra och säkerställ det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor. Det finns (minst) fyra begrepp som man kan ställa sig frågan vad man menar med:

- det offentliga åtagandet
- vård och omsorg
- äldre
- tydliggöra.

Begreppen används i olika sammanhang och med olika betydelser. Det finns inga allmänt accepterade definitioner, vilket medför att man ofta måste ställa frågor om vad som avses i en aktuell situation. Vi har inte för avsikt att lägga fram förslag till definitioner. Däremot försöker vi dels beskriva vad vi själva menar i ett visst sammanhang, dels visa på att olika betydelser får stora konsekvenser när frågor diskuteras.

### **En fråga om både innehåll och resurser**

Den demografiska utvecklingen under de närmaste decennierna kommer att innebära en stor utmaning för samhället när det gäller att klara vård och omsorg om de äldre i olika avseenden. Under de senaste femton åren har frågan uppmärksammats i olika sammanhang ur olika aspekter (t.ex. Ds 1989:59, SOU 1996:163, Svenska Kommunförbundet 1999b, Westerberg 2000, Grip & Örtendahl 2000, Edebalk & Svensson 2000, SOU 2000:7 bilaga 8 och Riksförsäkringsverket 2001b).

Utgångspunkten har oftast varit de ökade kostnaderna och hur dessa ska finansieras i framtiden. I några fall har man också gjort prognoser för kostnaderna i framtiden. Prognoserna har gjorts med olika metoder och leder därmed till mycket olika resultat. I princip samtliga beräkningar av de framtida kostnaderna utgår från aktuella kostnader och vissa antaganden om framtida förhållanden. Mycket få av dessa beräkningar innehåller någon form av analys av vad som ingår i den nuvarande vården och omsorgen. Har vården och omsorgen rätt innehåll, tillgodoser den de behov som finns och är vården och omsorgen av rätt kvalitet? I få fall har diskussionen gällt vilka behov som ska tillgodoses inom ramen för den offentligt

finansierade vården och omsorgen och – utifrån detta – vilka resurser som behövs för att tillgodose dessa behov.

Under de senaste åren har det i olika sammanhang lyfts fram att det är oklart vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre (t.ex. Ds 1999:61, Socialstyrelsen 2000g, SOU 2000:38). Lagtexter och förarbeten (utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens utskott) och rättspraxis ger i många fall begränsad vägledning.

Ett exempel på denna otydlighet är att det saknas en definition av vad man menar med äldre. Socialtjänstlagen innehåller ingen åldersgräns när det gäller rätt till bistånd, men äldre är en målgrupp för särskilda insatser. I de flesta fall har 65 år tillämpats som åldersgräns för denna avgränsning. Under det senaste decenniet har man ofta gjort en uppdelning på 65–79 år och 80 år och äldre för att markera att det bland äldre finns mycket stora skillnader i behov av stöd. I lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och lagen (1993:389) om assistansersättning (LASS) är 65 år en tydlig åldersgräns för när man kan beviljas insatsen personlig assistans för första gången. (Den som beviljats insatsen före 65 års ålder kan från den 1 januari 2001 få behålla insatsen men omfattningen får inte öka.) Den äldre kan inte heller beviljas andra insatser enligt LSS om funktionshindret beror på det normala åldrandet. I propositionen om stöd och service till vissa funktionshindrade (prop. 1992/93:159 s. 56–57 och s. 169) jämföras det normala åldrandet hos en person med den situation som uppstår på grund av sjukdomar som är vanliga under åldrandet.

Frågan om hur man ska klara framtidens vård och omsorg om äldre har under senare år tagits upp i olika sammanhang och på olika nivåer i samhället. Det har ibland varit en egen fråga medan det i andra sammanhang har varit en del av vård och omsorg som helhet. Vårt intryck är att dessa diskussioner sällan har tagit ett samlat grepp om frågan utan ofta har behandlat en eller ett par aspekter utan att belysa effekter och konsekvenser av ett visst handlingsätt. Det är inte möjligt att se någon tydlig linje i diskussionerna och i de flesta fall saknas helt eller delvis underlag för argument och förslag.

En enkel analys av innehåll och argument för olika idéer och förslag visar att det i grund och botten handlar om hur man kan förena tydlighet i vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre med flexibilitet i förhållande till den enskildes behov och samhällets resurser. Det gäller att finna en balans mellan

tydlighet och flexibilitet. Det skulle bidra till trygghet för den enskilde och hans eller hennes anhöriga om det fanns en långsiktig utfästelse av vad de kunde förvänta sig från den offentligt finansierade vården och omsorgen. Samtidigt finns det önskemål om flexibilitet i förhållande till individuella behov. En långsiktig preciserad utfästelse av det offentligas ansvar skulle innebära att kraven på samhället tydliggörs, samtidigt som det påverkar flexibiliteten i förhållande till samhällsekonomiska förändringar.

- Hur kan det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre tydliggöras i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning?

Beslut om framtidens vård och omsorg om äldre berör och påverkar alla i befolkningen. Oavsett om det offentliga åtagandet ska se ut ungefär som idag eller om det ska ha en annan omfattning och innehåll är det beslut som påverkar många andra politikområden och grundläggande frågor om samhällsstrukturen.

Två centrala områden för framtidens vård och omsorg om äldre är

- samhällsekonomi och finansiering av vård och omsorg om äldre samt
- tillgång till personal med rätt kompetens.

I avsnitt 3.5.3 föreslås regeringen utreda den demografiska utvecklingens konsekvenser för samhällsekonomin ur olika aspekter. Inom ramen för ett sådant uppdrag är det självklart av stor vikt att man också tar upp frågor som berör finansiering av vård och omsorg om äldre i framtiden.

Som tidigare lyfts fram berör frågor om vård och omsorg om äldre inte bara dem som är äldre vid en given tidpunkt, utan också den enskilde individen under olika delar av livsloppet:

- som äldre
- som anhörig till en äldre person i behov av vård och omsorg
- som medfinansiär av sin egen framtida vård och omsorg som äldre
- som medfinansiär av offentlig vård och omsorg.

Vård och omsorg om äldre är också viktigt för samhället för att skapa stabila levnadsförhållanden som bl.a. kan

- möjliggöra flexibla livsloppsmönster
- möjliggöra för anhöriga till äldre personer att vara delaktiga i förvärvsarbete och andra delar av samhällslivet
- stärka sammanhållningen över generationsgränserna.

Mot bakgrund av det redovisade anser vi att det behöver föras breda diskussioner inför de beslut som behöver fattas om framtidens vård och omsorg om äldre. Med breda menar vi diskussioner i forum som representerar befolkningen i vid mening, dvs. inte bara Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och pensionsorganisationerna. Diskussionerna behöver föras på såväl nationell nivå som regional och lokal nivå då det är frågor som berör alla människor och alla nivåer i samhället.

Som underlag för dessa diskussioner har vi tagit fram fyra scenarier som beskriver de vägval inför framtidens vård och omsorg om äldre. Scenarierna analyseras sedan mot bakgrund av några områden som är centrala vid bedömningen av de olika scenarierna. För att konkretisera scenarierna har vi tagit fram beskrivningar av situationen för fyra äldre personer som är i behov av vård och omsorg. Dessa beskrivningar analyseras sedan mot bakgrund av de fyra scenarierna.

(En utförligare beskrivning av scenarierna återfinns i bilagedel C.)

Utgångspunkter för scenarierna är frågeställningar som är påverkbara på nationell nivå och som berör politiska ställningstaganden. Samtidigt är det angeläget att framhålla att det är i mötet mellan den person som ger vården och den äldre samt hans eller hennes anhöriga som kvaliteten i vård och omsorg uppstår. Oberoende av juridiska, organisatoriska, tekniska och praktiska förutsättningar i verksamheten är det den äldres upplevelse av hur hon eller han blir bemött i vård- och omsorgssituationen som i mycket hög grad påverkar bedömningen av kvaliteten inom vård och omsorg.

### **Hur ser det ut idag?**

Scenarierna har sin grund i de olika sätt att lagreglera vård och omsorg som finns i dag. Vi har också utgått från att både ekonomiska och personella resurser är begränsade och att det behövs prioriteringar. Som framgår av det redovisade i kapitel 2 finns det

inte något som talar för att detta kommer att förändras på något avgörande sätt i framtiden.

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) är en rättighetslag som reglerar den enskildes rätt till olika insatser och därmed kommunernas skyldigheter. Där är målgrupper och insatser preciserade på ett tydligare sätt än i t.ex. socialtjänstlagen.

I socialtjänstlagen regleras både kommunernas skyldigheter och den enskildes rätt till bistånd i vissa situationer. Målgrupper och insatser är inte preciserade. När socialtjänstlagen (1980:620) trädde i kraft år 1982 var avsikten att de ansvariga politikerna genom riktlinjer m.m. skulle ge tjänstemännen förutsättningarna för att tillämpa lagstiftningen i det enskilda fallen. Under 1990-talet har Socialstyrelsen och forskning visat på att det skett en tydlig förskjutning mot att tjänstemän i ökad omfattning fattar beslut utan stöd av politiska beslut. Det finns exempel på att verksamheter har förändrats vad gäller både innehåll och kvalitet utan att det fattats politiska beslut om detta. I några fall finns beskrivningar av att tjänstemännen fått i uppdrag att klara av verksamheten inom vissa ekonomiska ramar, och för att klara detta har t.ex. serviceinsatserna minskat inom hemtjänsten i ordinärt boende. Det innebär att i vissa fall har tjänstemän beslutat om prioriteringar utan stöd av politiska beslut om grunderna för prioriteringar.

I hälso- och sjukvårdslagen regleras landstingens och kommunernas skyldigheter att tillhandahålla hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Den enskilde har däremot inte rätt till hälso- och sjukvård. Politikerna har stiftat lagar som styr målen, villkoren och prioriteringsgrunder för verksamheten samt ställer ekonomiska förutsättningar till förfogande. I de enskilda fallen är det de professionella yrkesutövarna, främst läkarna, som beslutar vad den enskilde får för insatser m.m. mot bakgrund av vetenskap och beprövad erfarenhet och tillgängliga resurser.

Detta är utgångspunkten för de fyra scenarierna. Scenarierna benämns:

- Den juridiska vägen
- Den politiska vägen
- Förvaltningsvägen
- Expertvägen.

## 8.1.2 Fyra scenarier inom vård och omsorg om äldre

### Tidpunkt

Scenarierna utspelar sig år 2025, dvs. vid den tidpunkt i Sverige då 40-talisterna är i 80-årsåldern och de som är födda under första delen av 1960-talet uppnår 65-årsåldern och vissa lämnar arbetslivet.

Samhället har använt tiden fram till år 2010 att förbereda sig för den situation som uppstår från 2020-talet och framåt. Beslut har fattats omkring år 2010 och förändringar av lagstiftningen har genomförts från år 2012.

Självklart har mycket i samhället förändrats under dessa år. Vår utgångspunkt är dock att åldrandet inte har ändrats i grunden.

### Den juridiska vägen

Sedan år 2012 regleras rätten till hälso- och sjukvård samt till äldreomsorg i två rättighetslagar: Lagen om äldreomsorg och Hälso- och sjukvårdslagen. I lagstiftningen är det noggrant preciserat i vilka situationer den enskilde har rätt till Hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det framgår också vilka insatser som den enskilde kan få hjälp med och vilken kvalitet det ska vara på insatserna.

Det är noga preciserat i vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen.

Insatserna och besluten är preciserade och standardiserade. Den person som uppfyller de i lagen angivna kriterierna för olika insatser beviljas och får dessa. Det finns däremot inga möjligheter att få andra insatser än dem som är angivna i lagstiftningen.

Av den lagstiftning som preciserar den enskildes rättigheter framgår också det offentliga ansvar. Politikerna har huvudansvaret för att ordna finansiering och se till att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Uppgiften för den handläggande personalen är att utreda om den enskilde uppfyller de krav som lagstiftningen uppställer, bevilja insatserna och följa upp att de tillgodoses. En av tillsynsmyndighetens uppgifter är att se till att lagstiftningen följs och att den tillämpas likartat över hela landet.



## Den politiska vägen

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen och den nya Socialtjänstlagen, som båda trädde i kraft år 2012, innebär att den enskilde har rätt till en behovsbedömning. Politikerna har gjort vissa preciseringar av vilka behov som den enskilde kan få hjälp med och vilka insatser som kan utgå i olika situationer. Det finns beskrivningar av vilken kvalitetsnivå som ska gälla för olika insatser.

Det finns politiskt beslutade riktlinjer för vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen.

De situationer och de insatser som det offentliga åtagande omfattar är till stor del preciserat, och därmed även vad som inte ingår i det offentliga åtagandet. Inom dessa ramar finns vissa möjligheter att göra individuella bedömningar.

Av lagstiftningen och andra politiska dokument framgår både den enskildes rättigheter och det offentligas ansvar. Politikerna har ansvar för att precisera insatsernas innehåll och kvalitet samt ordna finansiering och tillgång till personal med rätt kompetens för att utföra de insatser som den enskilde har rätt till. Sedan år 2012 har det gjorts två mer omfattande utvärderingar av innehåll och kvalitet i insatserna, vilket lett till mindre justeringar i både lagstiftning och de politiska riktlinjerna. Den handläggande personalens uppgift är att göra en prövning av den enskildes behov och därefter fatta beslut om insatser i enlighet med de politiska prioriteringarna.

## Förvaltningsvägen

Socialtjänstlagen moderniserades något år 2012, men grunderna finns kvar från år 1982. Hälso- och sjukvårdslagen har sedan år 2012 kompletterats med att den enskilde har rätt till bedömning av behovet av hälso- och sjukvård. Däremot finns inte i någon av lagstiftningarna några preciseringar, vare sig juridiskt eller politiskt, av i vilka situationer den enskilde kan få hjälp, med vilka insatser och vilken kvalitet det ska vara på insatserna. Bedömningen görs med utgångspunkt i lagstiftningens mål och tillgängliga resurser. Det är den handläggande personalen som gör behovsbedömningen och den enskilde beviljas de insatser han eller hon bedöms behöva och som det finns resurser till.

Lagstiftningen och politiska beslut anger ramarna för när den enskilde kan få tekniska hjälpmedel inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning fattar beslut om vilka hjälpmedel som den enskilde får med hänsyn till de ekonomiska resurserna.

Den enskildes rätt till vård och omsorg och det politiska ansvaret är till viss del preciserat och reglerat. För politikerna är den viktigaste uppgiften att ordna de ekonomiska förutsättningarna för vården och omsorgen om de äldre.

### Expertvägen

Hälso- och sjukvårdslagen har moderniserats något år 2012, men grunderna från år 1983 finns kvar. Socialtjänstlagen förändrades år 2012, så att den blev en skyldighetslag i likhet med Hälso- och sjukvårdslagen. Den enskilde har inte längre några preciserade rättigheter, utan insatser ska ges inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser.

Insatserna och dess kvalitet är inte preciserade utan en bedömning görs i varje fall av de professionella yrkesutövarna. Målen i lagstiftningen, vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser styr bedömningen.

Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att tekniska hjälpmedel kan vara en åtgärd som ingår i den enskildes rehabilitering eller för att kompensera funktionsnedsättningar. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning prövar ut hjälpmedel med hänsyn till ekonomiska resurser och vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

Politikerna har ansvar för lagstiftningen och att ställa ekonomiska resurser till förfogande. Under perioden 2005–2025 satsades stora offentliga resurser på forskning inom socialtjänstens områden. Syftet med denna satsning har varit att ta fram vetenskapliga underlag, vilka till stora delar saknats tidigare.

### 8.1.3 Analys av scenarierna i förhållande till några viktiga områden

Vilka konsekvenser får då dessa olika sätt att hantera det offentliga åtagandet för individ och samhälle? Vi ska nu kort beskriva vad de fyra scenarierna innebär i förhållande till några viktiga områden som är av stor betydelse för utformningen av den framtida vården och omsorgen om äldre. De områden som lyfts fram här är:

- möjligheter att tillgodose olika behov (fysiska, psykiska, sociala och existentiella)
- kostnader för vård och omsorg
- finansiering av vård och omsorg
- anhörigas roll
- prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper
- rättssäkerhet (bl.a. behovsbedömning och möjligheter att överklaga)
- regionala och lokala variationer.

#### Juridiska vägen

Den äldres möjligheter att få de behov som rättigheterna omfattar tillgodosedda kommer att vara mycket goda. Det finns däremot inga möjligheter att få behov tillgodosedda utanför de som rättigheterna omfattar. Den juridiska vägen kräver en noggrann detaljreglering av rättigheterna i lagstiftningen. Då det är enklare att precisera fysiska och praktiska behov blir det troligen svårare (eller omöjligt) att få psykiska, sociala och existentiella behov tillgodosedda inom det offentliga ansvar.

Rättighetslagarna innebär att den äldre som uppfyller lagstiftningens krav för att få vissa insatser och med en viss kvalitet har rätt att få det oavsett t.ex. aktuell budgetsituation och personalläge. Det ställer stora krav på att det offentliga har tillgång till nödvändiga ekonomiska resurser för att kunna verkställa beviljade insatser. I detta scenario finns inga icke verkställda beslut utan det offentliga har att omgående verkställa fattade beslut, vilket kräver framförhållning när det gäller t.ex. särskilda boendeformer och tillgång till personal med rätt kompetens. Det kan medföra svårigheter för det offentliga att kunna kontrollera kostnaderna för vård och omsorg. Med stor sannolikhet är det nödvändigt att en rättighetslagstiftning hålls ihop på minst länsnivå eller till och med på nationell nivå.

För att klara finansiering av vård och omsorg enligt rättighetslagarna krävs att man byggt upp ”säkra” system, som innebär att det offentliga har tillgång till ekonomiska resurser oavsett läget i samhällsekonomin. Med stor sannolikhet är det inte möjligt att i sin helhet finansiera vård och omsorg med löpande intäkter. Det behövs någon form av fonderade medel för att klara t.ex. en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser. Garantin för finansiering behöver finnas på minst länsnivå eller på nationell nivå.

Av gällande lagstiftning framgår tydligt i vilka situationer och vilka insatser den äldre har rätt till inom vård och omsorg samt vilken kvalitet som insatserna ska ha. Anhöriga kan hjälpa den äldre att söka dessa insatser och hjälpa till att bedöma om de ges på det sätt som utlovats. För insatser som inte ingår i det offentliga åtagandet kan krav riktas mot att anhöriga på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en långsiktig stabilitet i det som den äldre och de anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Detta bidrar till att göra det möjligt för anhöriga att kunna planera familje- och arbetsliv med vetskap om att den äldre får hjälp med att tillgodose de behov som rättigheterna omfattar. Det finns inget stöd som riktar sig direkt till anhöriga om man inte reglerar detta särskilt i t.ex. en lag om rätt till anhörigstöd.

Rättighetslagar ställer mycket stora krav på att det offentliga kan garantera resurser, bl.a. ekonomiska och personella, för att den enskilde ska få sina rättigheter. De åldersgrupper/målgrupper som omfattas av en rättighetslag har en stark ställning vid prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper. För att kunna klara av äldre människors rätt till vård och omsorg, som över tid omfattar 20–25 procent av befolkningen, behöver den antingen innehålla mycket snävt preciserade rättigheter eller riskera att innebära oöverblickbara konsekvenser när det gäller resurser i samhället. Om skola och barnomsorg regleras av en skyldighetslagstiftning, medan äldres rätt till vård och omsorg regleras i en rättighetslagstiftning så krävs det hårda prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper för att ”alltid” klara av att verkställa utlovade rättigheter. En sådan ordning påverkar också andra samhällssektorer som inte omfattas av rättighetslagstiftningar. Exempel på sådana är fritid, kultur och infrastruktur.

Den enskildes rättssäkerhet är god då rättigheterna är noggrant preciserade i lagstiftningen. Under förutsättning att man utvecklat bra instrument för att se om den enskilde uppfyller de i lagen

angivna kriterierna för att få en viss insats minskar risken för subjektiva bedömningar. Ett sådant instrument har troligen mycket små möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i den enskildes ärende. Den enskilde kan överklaga beslutet med s.k. förvaltningsbesvär. När den enskilde beviljats en insats ska den verkställas och det finns inga icke verkställda beslut och domar.

Nationella rättighetslagar ger inte utrymme för i princip några regionala eller lokala variationer. Bedömningen av behov ska ske på samma sätt i hela landet och insatserna och kvaliteten är preciserade i lagstiftningen.

## Den politiska vägen

Den äldres möjligheter att få behov tillgodosedda som omfattas av de riktlinjer som politikerna antagit är goda. Det finns vissa förutsättningar att få behov utanför dessa tillgodosedda, då det finns en begränsad möjlighet att göra en individuell prövning. De politiska riktlinjerna omfattar främst fysiska och praktiska behov. Vissa möjligheter finns dock att ta hänsyn till psykiska, sociala och existentiella behov.

Lagar och de politiska dokumenten innebär att den äldre har rätt till de insatser och med en viss kvalitetsnivå som utlovats oavsett t.ex. budgetsituation och personalläge. Det ställer stora krav på att det offentliga har tillgång till nödvändiga ekonomiska resurser för att tillgodose det som beviljats den äldre. I detta scenario finns inga icke verkställda beslut när det gäller det som utlovats, vilket ställer krav på framförhållning när det gäller t.ex. särskilda boendeformer och tillgång till personal med rätt kompetens. Det kan medföra vissa svårigheter för det offentliga att kunna kontrollera kostnaderna för vård och omsorg. För att vara säker på att det offentliga klarar denna typ av åtagande kan de ansvariga enheterna inte vara för små, utan troligen fordras att systemet hålls ihop i tillräckligt stora enheter. Som exempel kan nämnas det problem som skulle kunna uppstå i en liten kommun om det blir flera äldre som har rätt till mycket omfattande vård och omsorg inom en kort period vilket kan "spräcka" budgeten för hela kommunen.

Det offentliga måste bygga upp "säkra" system för att kunna klara finansieringen av den vård och omsorg som utlovas i lagar och politiska dokument oavsett läget i samhällsekonomin. Det får anses tveksamt om det är möjligt att finansiera vård och omsorg enbart

med löpande intäkter. Med stor sannolikhet behövs någon form av fonderade medel för att på kort sikt klara åtagandet vid t.ex. en lågkonjunktur eller vid ökade behov av insatser.

Av de politiska dokument som preciserar vilka insatser och med vilken kvalitet som den äldre kan få i vissa situationer framgår vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig. Anhöriga kan hjälpa den äldre att få del av dessa insatser och hjälpa till att bedöma om de ges på det sätt som anges i riktlinjerna. För insatser som inte ingår i det som utlovats, kan krav riktas mot att anhöriga på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en viss stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det ger möjligheter för anhöriga att kunna planera familje- och arbetsliv med vetskap om att den äldre får hjälp med det som riktlinjerna omfattar.

De områden som omfattas av tydliga politiska utfästelser ställer stora krav på att det offentliga kan ordna resurser som gör det möjligt att tillgodose det utlovade. De åldersgrupper/målgrupper som omfattas av denna typ av utfästelser har en relativt stark ställning vid prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper. Om preciseringarna enbart omfattar vård och omsorg om äldre får denna grupp en mycket stark ställning. Omfattar däremot preciseringarna flera samhällssektorer, som t.ex. barnomsorg, skola och vård och omsorg om äldre, ställs det stora krav på politikerna i flera avseenden. Det första är att utfästelserna inte omfattar mer än man faktiskt kan garantera att man klarar av att verkställa oavsett t.ex. läget i samhällsekonomin. Det krävs också att politikerna gör nödvändiga prioriteringar mellan de samhällssektorer och åldersgrupper som preciseringarna omfattar. Detta förhållande ställer också stora krav på politiskt mod, att stå för sina beslut över lång tid. En sådan ordning påverkar också förutsättningarna för det offentligas insatser inom andra områden än de som omfattas av denna typ av utfästelser.

Den enskildes rättssäkerhet är god då rättigheterna är preciserade i lag och politiska riktlinjer. Under förutsättning att man utvecklat bra metoder för att bedöma om den enskilde uppfyller de i riktlinjerna angivna kriterierna för att få en viss insats minskar risken för subjektiva bedömningar. De metoder som används för att bedöma behoven har troligen begränsade möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan överklaga beslutet med s.k. förvaltningsbesvär. När

den enskilde beviljats en insats ska den verkställas och det finns inga icke verkställda beslut och domar.

Lagarna lägger grunden för en viss enhetlighet över landet. Men beroende av om besluten om politiska riktlinjer fattas på nationell nivå eller på regional och lokal nivå kan det finnas visst utrymme för regionala och lokala variationer.

### Förvaltningsvägen

Den äldres möjligheter att få olika behov tillgodosedda varierar. Det beror främst på vilka resurser, både ekonomiska och personella, som finns tillgängliga. Individens behov bedöms av handläggaren. Fysiska och praktiska behov har i praktiken företräde före psykiska, sociala och existentiella behov.

Den äldre beviljas de insatser som han eller hon bedöms behöva och som det finns resurser till. Det offentliga behöver tillgång till ekonomiska resurser för att tillgodose nödvändiga behov samt därutöver vad ekonomin tillåter. I detta scenario kan det finnas beslut där den äldre får vänta på verkställigheten av på grund av den ekonomiska situationen. Det offentliga kan till viss del styra vilka insatser som beviljas och vilken kvalitet insatserna ska ha mot bakgrund av den ekonomiska situationen. Det innebär att det offentliga i ganska stor utsträckning kan kontrollera kostnaderna för vård och omsorg.

Det offentliga finansierar vård och omsorg i allt väsentligt med löpande intäkter. Vid en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser görs "hårdare" prioriteringar än i "bättre tider". Möjligheterna till finansiering varierar mellan olika delar av landet och riskerar att leda till ökade skillnader.

Det finns en osäkerhet om vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Anhöriga kan få hjälpa den äldre att få del av de insatser som finns och se till att de insatser som den äldre beviljats verkställs och med en viss kvalitet. Om den äldre inte får insatser som den behöver kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en begränsad stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det skapar en osäkerhet för anhöriga när deras äldre närmar sig de åldrar när behov av vård och omsorg kan uppstå. Familj- och arbetsliv kan

påverkas om de äldre inte kan få hjälp med insatser som de behöver på grund av det samhällsekonomiska läget.

Politikernas ansvar är att ställa ekonomiska resurser till förfogande för olika samhällssektorer, som sedan handhas av handläggarna. Detta kommer att ställa stora krav på prioriteringar mellan olika samhällssektorer och åldersgrupper. Politikerna kommer att utsättas för stora påtryckningar under budgetarbetet från olika intresseorganisationer, som argumenterar för att just deras område är viktigast för enskilda och samhället.

Den enskildes rättssäkerhet är begränsad då han eller hon inte har rätt till några särskilda insatser eller kvalitet på insatserna. Rättssäkerheten är beroende av om man utvecklat bra metoder för att bedöma den enskildes behov. Risker för subjektiva bedömningar är större än i scenarierna *Den juridiska vägen* och *Den politiska vägen* beroende på att insatser och kvalitet inte är preciserade. Det bör finnas goda möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan överklaga beslutet genom laglighetsprövning (f.d. kommunalbesvär). När den enskilde beviljats en insats bör den verkställas så snart möjligt. Den enskilde kan få vänta på att beslut ska verkställas beroende på t.ex. otillräckliga resurser.

Med lagarna som grund är utrymmet för lokala och regionala variationer stort när det gäller såväl de politiska besluten som tillämpningen av tjänstemän i de enskilda ärendena. Möjligheterna är stora när det gäller att ta hänsyn till regionala och lokala förutsättningar, vad gäller både behov och resurser.

### Expertvägen

Den äldres möjligheter att få olika behov tillgodosedda varierar i stor utsträckning. Det beror på tillgång till olika former av resurser, till kunskapsläget inom aktuella områden och den expert som ansvarar för det enskilda ärendet. Vid behovsbedömningen kan hänsyn tas till olika typer av behov, vilket dock inte innebär att alla behov tillgodoses.

Den äldre har inte rätt till några preciserade insatser utan vård och omsorg ges inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser. Det offentliga behöver tillgång till ekonomiska resurser för att tillgodose nödvändiga behov samt därutöver vad ekonomin tillåter. Det offentliga bestämmer hur mycket



som ska satsas på hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen pågår en ständig utveckling av nya metoder och produkter, t.ex. nya läkemedel och behandlingsmetoder. Detta leder till ständig omprövning av vad den enskilde ska kunna få för insatser samtidigt som det offentliga ska klara de ekonomiska ramarna. Det finns en viss risk för konkurrens mellan olika professioner och specialiteter för att omprövningen ska drabba "deras" område så lite som möjligt.

Det offentliga finansierar vård och omsorg i allt väsentligt med löpande intäkter. Vid en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser görs "hårdare" prioriteringar än i "bättre tider". Möjligheterna till finansiering varierar mellan olika delar av landet och riskerar att leda till ökade skillnader.

Det finns en osäkerhet om vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Anhöriga kan få hjälpa den äldre att få del av insatser inom vård och omsorg och försöka bedöma att det är en viss kvalitet på insatserna. Om den äldre inte får insatser som han eller hon behöver kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en begränsad stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det skapar en osäkerhet för anhöriga när deras äldre närmar sig de åldrar när behov av vård och omsorg kan uppstå. Familj- och arbetsliv kan påverkas om de äldre inte kan få hjälp med insatser som de behöver på grund av t.ex. tillgång till ekonomiska och personella resurser, kunskapsläget inom ett visst område och den enskilda experten. Det finns inget stöd som riktar sig direkt till anhöriga, utan det är enbart den äldres behov av vård och omsorg som avgör vilka insatser som ges.

Huvuduppgiften för politikerna är att ställa ekonomiska resurser till förfogande för olika samhällssektorer som sedan handhas av experterna. Det kommer att ställa stora krav på prioriteringar mellan olika samhällssektorer och åldersgrupper. Politikerna kommer att utsättas för stora påtryckningar under budgetarbetet av företrädare för såväl olika professioner som för olika intresseorganisationer för att just deras område eller målgrupp är viktigast.

Den enskildes rättssäkerhet är begränsad då han eller hon inte har rätt till några särskilda insatser eller kvalitet på insatserna. Rättssäkerheten är beroende av de professionella yrkesutövarnas sätt att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet inom ramen för tillgängliga resurser. Risken för subjektiva bedömningar är större

än i scenarierna *Den juridiska vägen* och *Den politiska vägen* beroende på att insatser och kvalitet inte är preciserade. Det finns vissa möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan inte överklaga den professionella yrkesutövarens bedömning och ”beslut”. Den enskilde bör få vård och omsorg så snart möjligt med hänsyn tagen till prioriteringar och kunskap och beprövad erfarenhet. Den enskilde kan få vänta på att vården och omsorgen ska ges beroende på t.ex. otillräckliga resurser.

Utrymmet för lokala och regionala variationer är stort när det gäller de politiska besluten. Det finns goda möjligheter att ta hänsyn till regionala och lokala förutsättningar när det gäller både behov och resurser. Däremot har de professionella yrkesutövarna att med utgångspunkt i reglerna för prioriteringar tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet inom ramen för de ekonomiska resurserna. Prioriteringar kan avse såväl grupper som individer

#### **8.1.4 Vad skulle de fyra vägarna betyda för olika äldre människor?**

Ytterst handlar frågan om det offentliga åtagandet givetvis om vilken vård och omsorg som enskilda äldre människor kan få – eller inte få – för att få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Vi ska nu beskriva situationen för fyra äldre personer i behov av vård och omsorg. Efter varje beskrivning följer en kort redovisning av vilken vård och omsorg som personerna skulle kunna få inom ramen för de olika scenarierna.

##### **Birgitta 84 år**

Birgitta Andersson är 84 år (född 1941) och ensamstående. Hennes sambo sedan 50 år avled för ett år sen. Fram till pensioneringen arbetade både Birgitta och hennes sambo som lärare inom gymnasieskolan. Birgitta har alltid läst mycket och trivts ute i skog och mark.

Birgitta har tre barn, varav två från ett tidigare äktenskap, och sju barnbarn. Äldsta sonen Peter är 65 år (född 1960) och bor i ett samhälle ett par mil bort. Dottern Catharina, 62 år (född 1963), och yngsta sonen Andreas, 49 år (född 1976), är bosatta i uni-

versitetsstaden 15 mil från Birgitta. Dotterdottern Elin, 37 år (född 1988), är med man och tre barn, 10 år (född 2015), 7 år (född 2018) och 4 år (född 2021), bosatta i samma kvarter som Birgitta.

Efter sambons död har Birgitta flyttat från den villa där hon och sambon bott under 45 år till en trerumslägenhet i X-köping. När Birgitta bodde i villan bodde den äldsta sonen i samma samhälle, men i ett annat område. Lägenheten är belägen i ett hus med hiss och hygienutrymmet är stort och inrett med dusch. Det finns allmänna kommunikationer till samhället där sonen, gamla vänner och grannar bor kvar. Hon har inte hunnit bygga upp så många nya relationer i sin nya närmiljö.

I 50-årsåldern drabbades Birgitta av bröstcancer, vilken behandlades med bra resultat. Under många år gick hon därefter på kontroller. I övrigt har hon i allt väsentligt varit frisk, men bytte en höftled i 70-årsåldern.

Under de senaste månaderna har Birgitta känt sig deprimerad. Förra veckan tog hon kontakt med Vårdcentralen för att få hjälp. Innan hon hinner göra läkarbesöket som bokats vid telefonkontakten drabbas hon av stroke. Det är dotterdottern Elin som hittar henne.

Hon åker med ambulans till sjukhuset i storstaden fyra mil bort. Diagnos ställs och behandling sätts in omedelbart. Efter fyra dygn flyttas hon över till sjukhuset i X-köping för fortsatt behandling och rehabilitering.

Birgitta är halvsidigt förlamad och har afasi. Hon verkar förstå det som sägs men kan inte tala själv.

Efter ytterligare ett par veckor på sjukhuset med rehabilitering kan små framsteg ses när det gäller rörelseförmågan. Barn och barnbarn med familjer har varit på besök. Anhöriga och personal är överens om bedömningen att de intellektuella funktionerna inte har skadats. I "samtal" med barnen och dotterdottern har Birgitta gett uttryck för att hon vill hem till sin lägenhet. Hon vill inte flytta till ett särskilt boende.

Vårdplaneringen, som påbörjats redan på stora sjukhuset, fortsätter. Det konstateras att Birgitta har omfattande behov av vård och omsorg. Hon behöver hjälp helt eller delvis med personlig omvårdnad som hygien, på- och avklädning, toalettbesök och intag av mat och dryck. Hon behöver också hjälp med serviceinsatser som t.ex. inköp, tvätt, matlagning och städning. Rehabiliteringen behöver fortsätta i syfte att förbättra både rörelse- och tal-förmåga. Även om Birgitta inte blir helt återställd kommer även

mindre framsteg att betyda mycket för hennes möjligheter att klara sig själv. Ett första mål är att hon ska kunna äta själv. Birgitta har också behov av sociala kontakter, vilket hon just nu har svårt att själv tillgodose.

Det senaste året har Birgitta varit med om tre händelser som har förändrat hennes liv i grunden. Hon blev "änka", hon har flyttat från hus och närmiljö och hon har drabbats av allvarlig sjukdom som åtminstone på kort sikt innebär stora funktionshinder och behov av vård och omsorg.

#### *Hur kan Birgitta få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?*

*Den juridiska vägen:* Enligt Lagen om äldreomsorg kan Birgitta få hjälp med personlig omvårdnad sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 6 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. När man har så omfattande behov av personlig omvårdnad kan Birgitta också beviljas hjälp med serviceinsatserna städning 2 timmar varannan vecka, tvätt 2 timmar varannan vecka, inköp 1 gång per vecka samt hjälp med att värma mat varje dag med 15 minuter. Det är däremot inte möjligt för Birgitta att få stöd med sociala kontakter, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart omfattar praktisk hjälp med den egna personen och i vissa fall hushållet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan Birgitta få rehabilitering inom dagvården 5 dagar per vecka under 1 månad. Insatserna utförs av vårdpersonal under ledning av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Efter en månad görs en prövning av om insatserna ska fortsätta.

*Den politiska vägen:* Enligt Socialtjänstlagen kan Birgitta beviljas hjälp med såväl personlig omvårdnad som serviceinsatser. Birgittas behov av hjälp med personlig omvårdnad bedöms omfatta 7 timmar per dygn fördelade på sex tillfällen. I detta skall ingå möjligheten att komma ut varje dag.

När det gäller serviceinsatser beviljas Birgitta 3 timmar per vecka som ska räcka till städning, tvätt och inköp. Hon disponerar själv dessa timmar och vill hon ha mer insatser får hon själv ordna dessa.

Enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Birgitta ha behov av rehabilitering under de närmaste tre månaderna. Syftet är att försöka träna upp de förlorade funktionerna så långt möjligt för att hon ska få klara sig själv så gott det går.

Birgitta kommer att gå på dagvård 4 dagar i veckan och där få både rörelseträning och talträning. Deltagandet i dagvården bedöms också ge Birgitta möjligheter till sociala kontakter.

*Förvaltningsvägen:* Enligt Socialtjänstlagen beviljas Birgitta hjälp med i första hand personlig omvårdnad och om de ekonomiska och personella resurserna räcker även med serviceinsatser. Till att börja med får Birgitta hjälp med personlig omvårdnad 5 timmar per dygn fördelade på sex tillfällen. Om resurserna räcker kan hon få hjälp med att komma ut 1–2 gånger per vecka. I ett inledningsskede beviljas Birgitta 2 timmar per vecka till serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Det finns inte tid till matlagning men vårdpersonalen kan hjälpa till att värma färdiglagad mat.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Birgitta har behov av fortsatt rehabilitering. Birgitta skulle behöva träning 5 dagar per vecka men hon beviljas 3 dagar per vecka, då dagvården inte har möjlighet att ta emot fler patienter.

*Expertvägen:* Birgitta har inte rätt till några särskilda insatser enligt Socialtjänstlagen men får hjälp med personlig omvårdnad fem gånger per dygn och med serviceinsatser 3 timmar i veckan.

Hon skulle behöva komma till en dagverksamhet 2–3 gånger i veckan för att komma hemifrån, träna talförmågan och träffa andra. För närvarande kan dock inte dagverksamheten ta emot fler utan Birgitta sätts upp på en väntelista.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen får hon rehabilitering i hemmet 4 gånger per vecka, då det visat sig vara mycket mer effektivt än inom en dagvårdsverksamhet.

### **Mats 86 år och Solveig 81 år**

Makarna Johansson, Mats 86 år (född 1939) och Solveig 81 år (född 1944), bor sedan drygt 50 år i en villa från 1970-talet i ett villaområde, en mil utanför Y-köping. Det finns allmänna kommunikationer som passerar på "landsvägen" förbi villaområdet. Det finns inte någon livsmedelsaffär eller annan offentlig och kommersiell service i området. Solveig har körkort och kör bil när de t.ex. åker och handlar eller gör besök inom sjukvården. Mats har arbetat som industriarbetare och Solveig har arbetat som undersköterska inom akutsjukvården.

Makarna har inga barn. Deras närmaste anhöriga är syskon och syskonbarn som är bosatta på andra orter. Det har jämnåriga vänner som bor både i villaområdet och i Y-köping. Många av grannarna är yngre, men då Mats och Solveig bott så länge i området känner makarna de närmaste grannarna väl.

Det är fyra år sedan Mats fick diagnosen Alzheimers sjukdom. Diagnosen ställdes i ett tidigt skede av sjukdomen och under de här åren har Mats behandlats med "bromsmediciner". Han har varit fysiskt pigg och under Solveigs ledning har han kunnat klippa gräset i trädgården och skotta snö samt hjälpa till vid inköp. Det senaste halvåret har Solveig observerat en tydlig försämring av minnesfunktionen.

Solveig har i allt väsentligt varit frisk i hela sitt liv. Sedan tjugo år har hon ett högt blodtryck som behandlats framgångsrikt. Efter ett långt arbetsliv i vården finns vissa förslitningsskador i ryggen.

För två månader drabbades Mats av en stor hjärtinfarkt som medfört en bestående hjärtsvikt. Vid vårdplaneringen har framkommit att man hoppas på en fortsatt förbättring, men att man inte tror att Mats kommer att bli återställd så att han orkar med de tyngre sysslor som han tidigare skött. Demenssjukdomen har ytterligare försämrats under sjukhusvistelsen och tiden som korttidsboende i ett särskilt boende. Mats behöver nu hjälp helt eller delvis med det mesta. Han kan t.ex. ta på sig skjortan om man står bredvid och uppmuntrar och hjälper till med ärmen.

Solveig börjar nu fundera på hennes och Mats fortsatta liv tillsammans. Hon kan inte längre att diskutera denna typ av frågor med Mats. Han tappar tråden och börjar ställa frågor om när de ska äta middag. Om Mats ska komma hem behöver badrummet göras om. För det första behöver badkaret bytas ut mot en dusch, men även trappan, med fem trappsteg, upp till huset behöver få en annan lösning. Solveig undrar över hur hon ska klara allt, att sköta såväl sig själv som Mats och samtidigt hus och trädgård. Det skulle kanske vara en lösning att flytta till en lägenhet inne i Y-köping, där de slipper trädgård och det finns affärer i närheten.

Solveig känner att hon skulle orka sköta Mats om hon fick hjälp med praktiska sysslor som städning, tvätt och inköp. Inköpen skulle hon helst vilja göra själv, men det kommer inte att gå om Mats är med när de ska göra veckoinköpen. En väninna som också sköter sin man, som drabbats av en stroke, får hjälp från äldreomsorgen i form av dels avlösning i hemmet två eftermiddagar i veckan, dels är hennes man på korttidsboendet var tredje vecka. Då

får han rehabilitering och syftet med den är att han ska träna vissa funktioner som att borsta tänderna och äta.

*Hur kan Mats och Solveig få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?*

*Den juridiska vägen:* Enligt Lagen om äldreomsorg kan Mats få hjälp med personlig omvårdnad fyra gånger per dygn omfattande sammanlagt 4 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. Det är enbart Mats personliga behov av hjälp som avgör vilken hjälp som kan beviljas. Det är t.ex. inte möjligt för Solveig och Mats att få hjälp med serviceinsatser i hushållet, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart omfattar praktisk hjälp till den enskilda personen. Hjälp med serviceinsatser i hushållet kan enligt lagstiftningen enbart utgå om den enskilde är ensamboende och behoven av sådana insatser är mycket stora. Då Solveig klarar att sköta städning, tvätt och inköp kan hjälp med dessa sysslor därmed inte beviljas.

Bedömningen är att Mats inte behöver rehabilitering. Insatserna från hälso- och sjukvården kommer att vara kontroller med täta mellanrum som utförs av sjuksköterskor och läkare. Vid vårdplaneringen framhåller man att det är viktigt att Mats "håller i gång" så mycket han orkar, så att han upprätthåller funktioner som att t.ex. klä sig och äta.

Solveig och Mats träffar en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och eventuella behov av tekniska hjälpmedel.

*Den politiska vägen:* Enligt Socialtjänstlagen kan Mats beviljas hjälp med personlig omvårdnad 3 timmar per dygn fördelade på fyra tillfällen.

När det gäller serviceinsatser kan Mats och Solveig (hushållet) enligt de politiskt beslutade riktlinjerna få använda 4 timmar per vecka av de som Mats är beviljade för personlig omvårdnad för att utföra serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Det innebär att Solveig får ta ansvar för Mats personliga omvårdnad motsvarande antal timmar. Vill Mats och Solveig ha fler timmar till serviceinsatser får de ordna det själva.

Enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Mats inte vara i behov av rehabilitering. Mats behöver däremot gå på täta kontroller inom primärvården, som utförs av läkare och sjuksköterskor. Vid kontrollerna får Solveig information och

handledning så att hon ska kunna hjälpa Mats att ”hålla i gång” så mycket han orkar. Det är viktigt att Solveig inte hjälper honom för mycket utan att han får t.ex. klä på sig även om det tar tid och han behöver stöd för att klara det.

Mats och Solveig träffar också en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för både Mats och Solveig.

*Förvaltningsvägen:* Enligt Socialtjänstlagen beviljas Mats hjälp med personlig omvårdnad. Mats kan få hjälp med personlig omvårdnad 4 timmar per dygn fördelade på fyra tillfällen. Det finns möjligheter att inom ramen för behovsbedömningen se till hushållets totala situation. Om Solveig och Mats gör bedömningen att det är bättre att hon sköter den personliga omvårdnaden och i stället får hjälp med serviceinsatser som städning, tvätt och inköp är det möjligt om den totala insatsen blir mindre. Det är också möjligt för Mats att få delta i dagverksamhet två dagar per vecka för att Solveig ska få tid som hon själv disponerar.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Mats inte har behov av rehabilitering. Under den närmaste tiden får Mats gå på täta kontroller inom primärvården som utförs av läkare och sjuksköterskor.

Mats och Solveig träffar också en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för dem båda.

*Expertvägen:* Mats har inte rätt till några särskilda insatser enligt socialtjänstlagen men får hjälp med personlig omvårdnad fyra gånger per dygn. Hushållet har inte rätt till serviceinsatser, men kan beviljas det om det finns resurser och bedöms vara förenligt med vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Mats vara i behov av viss funktionsuppehållande verksamhet. Det innebär att patienten och en anhörig deltar i en gruppverksamhet där de träffar andra i en liknande situation. Aktuell forskning har visat att detta är ett mycket effektivt sätt att arbeta med denna målgrupp.

Mats och Solveig träffar en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel för att underlätta situationen för dem båda.



## Anneli 73 år

Anneli Korhonen, 73 år, bor i en modern hyreslägenhet i ett hus med hiss i en stadsdel i södra Ö-stad. I området finns allmänna kommunikationer till centrum, en dagligvarubutik och ett par mindre butiker. Offentlig och kommersiell service finns i övrigt i centrala Ö-stad och i affärscentrum utanför tätorten.

Anneli är född år 1952 i Finland och invandrade som 19-åring till Sverige tillsammans med sin blivande man. Hon gifte sig året därpå och fick tre barn, två söner (födda år 1973 och 1974) och en dotter (född år 1976). År 1977 skildes makarna och de små barnen bodde hos henne. Efter skilsmässan började Anneli arbeta som kassörska i en livsmedelsaffär. I mitten av 1990-talet drabbades Anneli av ledbesvär, som så småningom diagnostiserades som reumatoid artrit. Hon var sjukskriven till och från under olika perioder tills hon fick förtidspension vid 57 års ålder. Anneli har finska som modersmål och det är det språk som används i familjen. Hon kan så mycket svenska att hon klarar sig i vardagliga situationer.

Den äldsta sonen Juha, 52 år, bor kvar i Ö-stad medan den yngre sonen Mika, 51 år, bor i en tätort utanför. Juha är sambo och har inga barn. Mika är gift, och har barn från tre tidigare förhållanden. Dottern Anne, 49 år, bor i storstaden 30 mil från Ö-stad. Hon är gift och har tre barn och har precis fått sitt första barnbarn. Anneli har ett par goda vänner och känner några av grannarna i huset som också bott där under lång tid.

Den reumatoida artriten har främst drabbat lederna i benen samt händerna. Behandlingen har i första hand varit läkemedel och sjukgymnastik och arbetsterapi. Sedan femton år tillbaka behöver Anneli gånghjälpmedel och nu använder hon rullator. För att underlätta sysslor i hemmet har Anneli tillgång till olika tekniska hjälpmedel. För tjugo år sedan flyttade hon från en hyreslägenhet utan tillgång till hiss till den nuvarande. Det har gjorts viss bostadsanpassning även i denna lägenhet för att göra det möjligt för Anneli att bo i den och klara sig själv.

Med undantag av perioder med kraftiga försämringar, har Anneli tills nu klarat sin egen personliga omvårdnad. Hjälpt med städning, tvätt och inköp har hon behövt sedan hon var 64 år.

Anneli har kontinuerlig kontakt med sjukvården för kontroller och behandling. Hon behöver träning för att kunna upprätthålla olika funktioner.

För tre år sedan fick Anneli diabetes, som varit svår att behandla samtidigt med reumatoid artrit. Under det senaste året har hon fallit vid flera tillfällen och drabbats av frakturer. Vid det första tillfället fick hon en handledsfaktur, vid det andra en kotfraktur och vid det tredje tillfället en höftfraktur.

Anneli har tidigare varit aktiv både i Finska föreningen och i dess pensionärsverksamhet. Under det senaste året har hon inte orkat detta utan blivit alltmer isolerad. Hon har daglig kontakt med dottern, medan kontakten med sönerna är mer sporadisk. För ett par månader sen drabbades bästa väninnan sedan många år av en stroke och det har påverkat deras kontakter negativt.

I samband med höftfrakturen har Anneli vårdats på sjukhuset i Ö-stad. Vid vårdplaneringen har det konstaterats att hon kommer att behöva omfattande hjälp med den personliga omvårdnaden under åtminstone en tid framöver. Anneli vill inte tillbaka till lägenheten utan vill flytta till ett särskilt boende, där det finns tillgång till personal dygnet runt som kan finska. Hon känner sig inte trygg i bostaden utan är orolig för att ramla och blir liggande. Att bo tillsammans med andra skulle också underlätta kontakter med andra. Under de år som Anneli har haft hjälp från hemtjänsten har man försökt ordna så att hon fått finskspråkig personal.

*Hur kan Anneli få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?*

*Den juridiska vägen:* Enligt Lagen om äldreomsorg prövas Annelis ansökan om boende i en särskild boendeform mot de i lagen noga preciserade kraven för att någon ska beviljas detta. Hon bedöms inte ha så omfattande behov av hjälp att hon har rätt till denna insats, utan ansökan avslås.

I stället erbjuds Anneli hjälp med personlig omvårdnad i det ordinära boendet sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 6 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. Sedan tidigare har Anneli hjälp med städning, tvätt och inköp då hon är ensamboende och har funktionsnedsättningar som medför att hon inte klarar av dessa sysslor. Hon beviljas fortsatt hjälp med serviceinsatserna städning 2 timmar varannan vecka, tvätt 2 timmar varannan vecka och inköp 1 gång per vecka.

Det är däremot inte möjligt för Anneli att få stöd med sociala kontakter, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart om-

fattar praktisk hjälp till den enskilda personen och i vissa fall hus-hållet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan Anneli få sjukgymnastik 2 gånger i veckan och arbetsterapi 1 gång per vecka. Insatserna utförs av vårdpersonal under ledning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Efter en månad görs en prövning av om insatserna ska fortsätta.

*Den politiska vägen:* Enligt Socialtjänstlagen prövas Annelis ansökan om särskilt boende enligt de politiska riktlinjerna. Hon får avslag på ansökan om permanent boende i en särskild boendeform men beviljas korttidsboende med inriktning på fortsatt rehabilitering under 6 veckor. Under den tiden får Anneli hjälp med i första hand personlig omvårdnad men också med nödvändiga serviceinsatser. Det fattas ett preciserat beslut av vilka insatser hon behöver hjälp med under korttidsboendet. Målsättningen med korttidsboendet är att Anneli ska kunna återvända till lägenheten och där få hjälp med såväl personlig omvårdnad som serviceinsatser. Korttidsboendet bedöms också ge henne möjligheter till sociala kontakter.

Annelis behov av vissa rehabiliterande insatser tillgodoses enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen. Syftet är att försöka träna upp de förlorade funktionerna så långt möjligt för att hon ska få klara sig själv så gott det går. Hon deltar både i individuell behandling och deltar i gruppaktiviteter.

*Förvaltningsvägen:* Annelis ansökan om permanent boende i en särskild boendeform avslås. Även ansökan om korttidsboende avslås då det inte finns någon plats tillgänglig. Enligt Socialtjänstlagen beviljas hon hjälp med personlig omvårdnad sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 5 timmar. Hon beviljas fortsatt hjälp 2 timmar per vecka med serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Anneli disponerar dessa timmar själv och vill hon ha mer hjälp får hon själv ordna detta. Det finns inte tid till matlagning men vårdpersonalen kan hjälpa till att värma färdiglagad mat. Om resurserna räcker till kan hon få hjälp med att komma ut 1–2 gånger per vecka.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Anneli har behov av sjukgymnastik och arbetsterapi för att träna upp och upprätthålla olika funktioner. Hon skulle behöva individuell behandling av sjukgymnast 2 gånger per vecka och av arbetsterapeut

1 gång i veckan. Då det saknas resurser beviljas Anneli dagvård med träning i grupp 1 gång i veckan.

*Expertvägen:* Anneli har inte rätt till några särskilda insatser enligt Socialtjänstlagen. Forskning och beprövad erfarenhet visar att det är bättre att hon återvänder till bostaden och får hjälp där än att hon flyttar till ett särskilt boende. I bostaden får Anneli hjälp med personlig omvårdnad fem gånger per dygn och med serviceinsatser 3 timmar i veckan.

Anneli skulle behöva komma till en dagverksamhet 2 gånger i veckan för att komma hemifrån och träffa andra. För närvarande kan dock inte dagverksamheten ta emot fler utan hon sätts upp på en väntelista.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen får Anneli rehabilitering i hemmet 3 gånger per vecka, då det visat sig vara mycket mer effektivt än rehabilitering under ett korttidsboende eller inom en dagvårdsverksamhet.

### 8.1.5 Sammanfattning av för- och nackdelar med scenarierna

I detta avsnitt sammanfattas för- och nackdelar med de fyra scenarierna med utgångspunkt i termerna tydlighet och flexibilitet. För att beskriva graden av tydlighet respektive flexibilitet används hög, stor, viss, liten och låg i fallande skala och ibland tillsammans med förstärkningsordet mycket.

#### Juridiska vägen

- Hög tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Hög tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det utlovade verkställs
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

### Politiska vägen

- Viss tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Viss tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det som preciseringar omfattar kan verkställs
- Viss flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Liten flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

### Förvaltningsvägen

- Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Viss flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

### Expertvägen

- (Mycket) Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg om de äldre
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Stor flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- (Mycket) Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

### Hur går vi vidare?

Med ovanstående sammanfattning av för- och nackdelar med de olika scenarierna vill vi framhålla att det inte finns någon enkel lösning på framtidens vård och omsorg om äldre som tillgodoser alla

önskemål om hur den ska vara utformad och kunna ordnas och garanteras. Vi vill dock peka på fyra områden som vi bedömer är angelägna att arbeta vidare med i syfte att tydliggöra och säkerställa det offentliga åtagande inom vård och omsorg om äldre:

- den politiska processen för att skapa förtroende för det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor (8.2)
- följ upp prioriteringar och utveckla prioriteringsunderlag inom vård och omsorg om äldre (8.3)
- formulera en kvarboendepincip (8.4)
- förtydliga stödet till anhöriga/närstående till äldre människor som behöver vård och omsorg (8.5).

## 8.2 Bredda och fördjupa de politiska processer som formar det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor

*SENIOR 2005 föreslår:*

81. Regeringen bör ta initiativ till breda diskussioner i samhället om hur man kan tydliggöra det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning.
82. Regeringen bör peka ut vård och omsorg om äldre som ett område för den andra etappen av Ansvarsutredningen.
83. Stärk forskningen om sambandet mellan policyutveckling och medborgarnas förtroende för vården och omsorgen om äldre människor.
84. Utveckla indikatorer för att följa upp och kvalitetssäkra verksamheten ur olika perspektiv inom vård och omsorg om äldre.

### 8.2.1 Utgångsläge

#### Varför arbeta med att bredda och fördjupa de politiska processer som formar det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor?

Det finns flera skäl för att arbeta med den politiska processen för att skapa förtroende för det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor. I detta avsnitt redovisas några viktiga motiv:

- otydlighet kring det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre
- bristande förtroende för och betyg på dagens äldreomsorg och hälso- och sjukvård
- utveckling av vård och omsorg om äldre utan politiska beslut
- stora skillnader mellan olika kommuner och olika landsting trots nationell lagstiftning.

#### *Otydlighet kring det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre*

En fråga som uppmärksammas under de senaste åren är vilken vård och omsorg man har rätt till som äldre. Socialstyrelsen (2000g) och Szebehely (SOU 2000:38) pekar på att det är otydligt vilken vård och omsorg som den äldre har rätt till. I ESO-rapporten *Samhällets stöd till de äldre* (Ds 1999:61) framför man att, förutom detta problem, så är även den långsiktiga tryggheten inom äldreomsorgen ett problem. I rapporten framförs att det i dag finns en osäkerhet bland medborgarna kring vården och omsorgen om de äldre liknande den som fanns om pensionerna före pensionsuppgörelsen. Författarna anser att det vore önskvärt att politikerna kunde skapa en ökad tydlighet och trygghet även när det gäller dessa frågor. Man lyfter också fram att det finns ett starkt samband mellan tydlighet och trygghet inom områdena pensioner och bidrag respektive vård och omsorg. Personer som ännu inte uppnått pensionsåldern vill känna trygghet inför ålderdomen. I det ligger hela den situation som den äldre befinner sig i och inte bara hur det offentliga pensionssystemet ser ut. Att inte veta om man kan räkna med att få vård och omsorg av det offentliga eller om hela eller stora

delar av såväl den offentliga pensionen som andra ekonomiska tillgångar måste användas för att få vård och omsorg skapar otrygghet.

*Bristande förtroende för och betyg på dagens äldreomsorg och hälso- och sjukvård*

Hur man ordnar framtidens vård och omsorg om äldre kommer att på olika sätt att beröra invånare i alla åldrar. En fråga som uppkommer i detta sammanhang är vilken inställning medborgarna har till vård och omsorg om de äldre i framtiden. SOM-institutet i Göteborg har under cirka femton år undersökt vilka samhällsproblem som medborgarna tycker är viktigast. Sedan slutet på 1990-talet är sjukvård och utbildning de två viktigaste samhällsproblemen för medborgarna. Under senare delen av 1990-talet har andelen som anser att pensioner/äldreomsorg är ett viktigt samhällsproblem ökat och under åren 2000–2002 är äldrefrågor det tredje viktigaste problemet. (Holmberg & Weibull 2002 och Holmberg & Weibull 2003a)

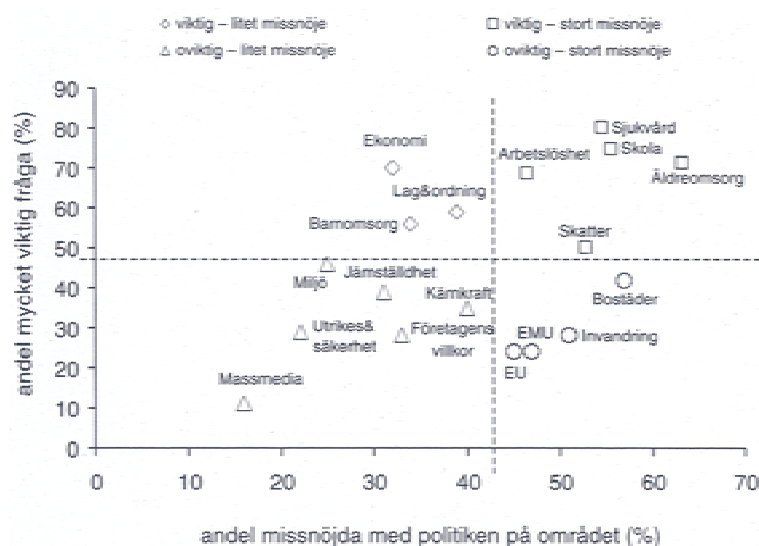
SOM-institutet har gjort en analys av partiernas och väljarnas prioritering av olika politikområden vid valet 2002. Resultatet visar att väljarna i samtliga riksdagspartier anser att äldreomsorg är en viktigare fråga än vad som framgår av respektive partis valmanifest. För några partier är skillnaderna mycket stora (Ribbhagen 2003).

Ett annat sätt att närma sig denna fråga är att ”mäta” medborgarnas förtroende för dessa verksamheter och deras bedömning av hur nöjda de är med den service som ges. I SOM-institutets undersökningar är sjukvården och universitetens samhällsinstitutioner som får högst betyg. Medborgarnas betyg på servicen inom äldreomsorgen sjönk väsentligt under perioden 1991–1996 och har därefter, med mindre förändringar, fortfarande ett negativt värde år 2001. När det gäller sjukhusvården är medborgarna mindre nöjda år 2001 jämfört med år 1991. Medborgarna blev däremot mer nöjda med vårdcentralerna under åren 1991–1995 för att därefter bli mindre nöjda varje år (Nilsson, L. 2002). Resultatet från Statskontorets Medborgarundersökning år 2001 (Statskontoret 2002a och 2002b) visar att äldreomsorgen, tillsammans med arbetsförmedlingen, var den verksamhet som fick lägst betyg när det gällde såväl förtroende som nöjdhet totalt. Även när det gäller rättssäkerhetsaspekter har äldreomsorgen och arbetsförmedlingen fått lägst betyg.



Äldreomsorgen är tillsammans med sjukvården och skolan de samhällsområden där en stor andel medborgare uttrycker ett missnöje med verksamheten samtidigt som man anser att det är ett mycket viktigt samhällsområde (Martinsson 2003).

Figur 8.1. Viktigt och oviktigt missnöje i Sverige 1998–2002



Källa: Martinsson 2003.

Det finns dock skillnader när det gäller förtroende för och betyg på verksamheter. SOM-institutet framhåller att en rad undersökningar har visat att brukare med egen erfarenhet av service inom ett visst område är mer nöjda än medborgare i allmänhet, dvs. de med egna erfarenheter är klart mindre kritiska än de som saknar personlig kontakt med verksamhetsområdet. Anhöriga till dem som nyttjar servicen och som har möjlighet till en indirekt kontakt med verksamhetsområdet intar i detta sammanhang en mellanställning. Det finns också klara skillnader mellan olika kommuntyper. Invånare på landsbygden är mer nöjda än de som bor i storstäder, och av invånarna i de tre storstäderna är de boende i Stockholm mindre nöjda än de i Göteborg och Malmö (Johansson, Nilsson & Strömberg 2001).

I SOM-institutets undersökning år 2002 (Holmberg & Weibull 2003b) har medborgarna också fått ta ställning till förtroende för 13 yrkesgrupper. Resultatet visar att medborgarnas förtroende för sjukvårdspersonal, lärare i grundskolan och personal inom äldreomsorgen är mycket stort. Förtroendet är betydligt högre för personalen inom dessa verksamheter än för verksamheterna som sådana.

#### *Utveckling av vård och omsorg om äldre utan politiska beslut*

År 1982 trädde socialtjänstlagen i kraft och därmed lagreglerades för första gången ”hela” äldreomsorgen i Sverige. Den äldre fick *rätt* till insatser från kommunens äldreomsorg under vissa förutsättningar och de sista kopplingarna till fattigvården försvann. Den nya lagstiftningen innebar även en reglering av handläggning och beslutsfattande i enskilda ärenden inom äldreomsorgen och att den äldre fick möjlighet att överklaga beslut genom förvaltningsbesvär.

Dagens äldreomsorgen byggdes ut och utvecklades under 1970- och 1980-talen och andelen äldre som fick del av insatser från kommunernas äldreomsorg var högst år 1978 (Eliasson Lappalainen & Szebehely 1996). Under 1980- och 1990-talen har andelen äldre som får insatser från samhället minskat betydligt, särskilt när det gäller hemhjälp i ordinärt boende. Utvecklingen har samtidigt inneburit att de som får hjälp får att större insatser, i timmar räknat, medan personer med mindre omfattande hjälpbehov inte får någon hjälp alls (Socialstyrelsen 2000g och Socialstyrelsen 2002g). I Socialstyrelsens slutrapport från Äldreuppdraget (Socialstyrelsen 2000g) konstaterar man att en mer generös fördelning fått vika för en mer restriktiv hjälptilldelning, att denna oftare utgått från tillgängliga resurser i stället för från befintliga behov och att en ökad andel vårduppgifter förts över till anhöriga och andra närstående. En aktuell studie (Socialstyrelsen 2003a) visar att andelen kommuner som prövar om anhöriga och närstående kan utföra insatserna har fördubblats sedan år 1997. Vanligast är att man gör en sådan prövning i förhållande till make/maka/sambo. Det förekommer också att man gör en prövning om anhöriga eller närstående utom hushållet kan utföra insatsen. Det finns också uppgifter om en ökad användning av tjänster köpta på den öppna marknaden (Socialstyrelsen 2000a och SOU 2000:38) och eventuellt även ökade insatser från frivilligsektorn.

Hälso- och sjukvården har också förändrats väsentligt under 1990-talet (Socialstyrelsen 2002a och Landstingsförbundet 2002g). Sjukhusvården har omstrukturerats vilket har inneburit att antalet sjukhusplatser har halverats. Konsekvenserna av denna förändring är allt kortare vårdtider, ett ökat antal vårdtillfällen och en större genomströmning av patienter. De äldres andel av planerad sjukvård, t.ex. operativa ingrepp har ökat jämfört med andra grupper i befolkningen. Hemsjukvården har byggts ut och utvecklats och fler behov ska tillgodoses inom primärvården och den öppna sjukhusvården.

Utvecklingen av hemtjänst i ordinärt boende under 1980-talet och 1990-talet innebar att insatserna koncentrerades till personlig omvårdnad medan möjligheterna att få hjälp med serviceinsatser har begränsats. Insatserna blev även mer standardiserade, vilket minskat möjligheterna för den äldre att påverka hur hjälpen utförs (t.ex. Socialstyrelsen 1997b, SOU 2000:38, Socialstyrelsen 2000g och 2002g). Denna förändring har påverkat män och kvinnor på olika sätt (Szebehely 1998).

En särskild aspekt av denna utveckling är dels att insatser av social karaktär beviljas i mindre utsträckning än tidigare, dels att det sociala innehållet i den vård och omsorg som ges blivit mindre. Samtidigt finns det tecken på att behoven av sociala insatser i vissa fall blivit större (Socialstyrelsen 2002g och Länsstyrelsen i Östergötland 2002). En kartläggning av det sociala innehållet i hemtjänsten i ordinärt boende (Socialstyrelsen 2003k) visar att personal på olika nivåer i 23 undersökta kommuner anser att hemtjänsten har ett stort ansvar för att tillgodose enskildas behov av sociala insatser. Uppfattningen motsvaras dock inte i motsvarande grad av vad som utreds, beviljas och genomförs.

Den beskrivna förändringen av hemtjänstens innehåll och utformning har inte sin grund i av regering och riksdag fattade beslut som innebär att hemtjänst ges en annan innebörd än den som tidigare redovisats i propositioner och betänkanden. Den ekonomiska krisen och omstruktureringen av den slutna sjukvården förefaller vara faktorer som till stor del kan förklara den förändrade inriktningen.

Socialstyrelsen har i samarbete med länsstyrelserna under åren 2001 och 2002 kartlagt och analyserat antalet ej verkställda domstols- och myndighetsbeslut inom äldre och handikappomsorgen (6 b och 6 f §§ i dåvarande socialtjänstlagen [1980:620] och 9 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Enligt

Socialstyrelsens rapport (2003h), som överlämnades till regeringen i mars 2003, fanns det den 1 januari 2002 cirka 2 500 beslut enligt 6 f § SoL som inte var verkställda. För personer som var 65 år och äldre gällde de icke verkställda besluten till 90 procent särskilt boende. Därutöver fanns det ett stort antal avslagsbeslut trots att kommunen bedömt behov av insatsen. Riksdagens revisorer har i sin granskning av hur nationella mål genomförs i kommunernas äldreomsorg uppmärksammat problemet med ej verkställda beslut och domar inom äldreomsorgen. I rapporten *Nationella mål i kommunernas äldreomsorg* (Riksdagens revisorer 2002/03:RR4) uttalar revisorerna att man ser allvarligt på att det finns problem med ej verkställda och felaktigt fattade biståndsbeslut i hälften av landets kommuner. Riksdagens revisorer har med hänvisning till praxis från Regeringsrätten, bl.a. RÅ 1988 ref. 40 och RÅ 1993 ref. 11, framhållit att resursbrist inte i något fall utgör ett godtagbart skäl för avslag på ansökan om insats. Enligt 16 kap. 3 § SoL ska ett beslut om bistånd verkställas omedelbart.

Vid riksdagens behandling av regeringens skrivelse (skr. 2002/03:30) *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* och rapporten från Riksdagens revisorer konstaterade socialutskottet (bet. 2002/03:SoU9) att det är oacceptabelt i en rättsstat att gynnande domstolsavgöranden som beslutats i laga ordning inte respekteras och att kommunala beslut inte verkställs. Riksdagen beslutade om ett tillkännagivande till regeringen (rskr. 2002/03:134) med innebörden att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag till åtgärder, på både kortare och längre sikt, för att komma till rätta med problemet. Åtgärderna kan omfatta både kommunernas egen kontroll och olika åtgärder från statens sida för att tydliggöra och kontrollera samhällets åtagande för de äldre.

Regeringen beslutade den 24 juli 2003 om direktiv (dir. 2003:93) till en utredning (S 2003:07) som får i uppdrag att analysera varför kommunala beslut inte verkställs och varför det förekommer beslut om avslag trots bedömt behov enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Med utgångspunkt i den analysen ska utredaren föreslå åtgärder som kan bidra till en förbättrad rättsäkerhet för enskilda. Utredaren ska vidare ta ställning till hur lång väntetid som kan anses vara acceptabel för olika typer av insatser. Uppdraget ska vara avslutat senast den 1 januari 2005.

*Stora skillnader mellan olika kommuner och olika landsting trots nationell lagstiftning*

År 2001 uppgick kostnaderna för den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre till drygt 134 miljarder kronor (Socialstyrelsen 2003h). Kostnaderna utgjordes dels av kommunernas kostnader för äldreomsorg enligt socialtjänstlagen och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, dels av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen till personer 65 år och äldre. Av kostnaderna utgjordes drygt 71 miljarder av kommunernas kostnader och 63 miljarder av landstingens kostnader. Mot bakgrund av tillgängliga underlag, offentlig statistik avseende vård och omsorg om äldre och ekonomisk redovisning från kommuner och landsting, kan man konstatera att kunskapen om till vad resurserna används och varför är mycket bristfällig. Det är därmed inte heller möjligt att besvara frågan om resurserna används på bästa sätt ur vare sig individens eller det offentliga perspektiv.

Som redovisats tidigare saknas det inte visioner och målsättningar i offentligt material (propositioner och betänkanden från utredningar och riksdagens utskott) om vård och omsorg om äldre. Det kan vara så att mängden visioner och mål har bidragit till den bristande tilltro som finns till i första hand äldreomsorgen, men även i viss mån till hälso- och sjukvården.

När det gäller äldre har det under senare år i mycket liten utsträckning diskuterats avgränsningen av vård och omsorg i förhållande till andra politikområden. För att klara framtidens vård och omsorg om äldre behöver ett tydligt mainstreamingsperspektiv tillämpas i betydligt större omfattning när det gäller flera områden i samhället. Ett samhälle för alla måste innebära att alla delar i samhället – myndigheter, organisationer och företag – tar hänsyn till att både antalet och andelen äldre ökar när man planerar och genomför olika verksamheter. Om detta inte sker kommer behoven av främst omsorg att öka väsentligt. En sådan utveckling skulle ställa helt andra krav på både ekonomiska och personella resurser på ett sätt som inga prognoser hittills tagit hänsyn till.

Tillgänglig statistik avseende både hälso- och sjukvård och äldreomsorg visar på stora skillnader mellan olika kommuner och olika landsting både avseende kostnader och resurstillgång och resursutnyttjande (Socialstyrelsen 2002h). Det är t.ex. stor variation när det gäller andelen äldre i en kommun som får hemtjänst i ordinarie

boende eller bor i en särskild boendeform (Socialstyrelsen 2003c). Flera forskare (Berg & Sundström 1989 och Trydegård 2000) har försökt härleda variationerna till skilda kommunala förutsättningar såsom befolkning, skattekraft och politisk majoritet. Några systematiska förklaringar har dock inte kunnat påvisas. Inom hälso- och sjukvården finns betydande regionala skillnader när det gäller t.ex. hur många som fick en ny höftled inopererad. Socialstyrelsen (2002h) har i uppföljningar och utvärderingar konstaterat att det inte finns några rimliga förklaringar till de stora skillnaderna när det gäller kostnader, resurstillgång och resursutnyttjande.

*Hur ska ansvaret fördelas mellan stat, landsting och kommuner?*

Som framgår av bl.a. kapitel 2 och 3 är frågor om framtidens vård och omsorg om äldre inte något som berör bara de som är äldre vid varje tidpunkt. Vård och omsorg om äldre berör alla generationer på olika sätt. Det behövs ett brett stöd för det offentliga åtagandet inom vård och omsorg och för att skapa de ekonomiska och personella resurser som behövs för att förverkliga åtagandet.

Oavsett hur beslutet ser ut om det offentliga åtagandet i framtiden avseende vård och omsorg om äldre, om det ska se ut som i dag eller om det ska ha en annan omfattning eller innehåll, är det beslut som påverkar många andra politikområden och grundläggande frågor om samhällsstrukturen.

Frågor som berör ansvarsfördelning och organisation av samhället har alltid (och kommer alltid) diskuterats. Denna diskussion har av olika skäl tagit ny fart under 1990-talet. Regeringen beslutade i januari 2003 att tillsätta en parlamentarisk utredning (Fi 2003:02) med uppdrag (dir. 2003:10) att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen. Till ordförande har utsetts landshövding Mats Svegfors. Arbetet ska bedrivas i två etapper. I den första etappen ska kommittén bl.a. identifiera, belysa och övergripande analysera de samhällsförändringar som inverkar på och skulle kunna föranleda förändringar av strukturen och uppgiftsfördelningen i relationen mellan staten, landstingen och kommunerna. I detta arbete ska kommittén utgå ifrån en övergripande beskrivning av rådande struktur och uppgiftsfördelning, där såväl brister som förtjänster med nuvarande ordning ska identifieras. Kommittén ska redovisa den första etappen i ett delbetänkande senast den 15 december 2003. I den andra etappen ska kommittén

göra en fördjupad analys och bedömning av strukturen och uppgiftsfördelningen. Kommittén ska också i de delar där den finner det motiverat föreslå förändringar. Regeringen avser att återkomma med tilläggsdirektiv för denna del av uppdraget.

I direktiven konstaterar regeringen att samhället idag genomgår stora förändringar. Demografiska, ekonomiska och teknologiska faktorer, nya beteenden och behov, liksom EU-medlemskapet och internationaliseringen i stort, ställer samhällsorganisationen inför betydande utmaningar.

Syftet med översynen är att undersöka den nuvarande samhällsorganisationens förutsättningar för att klara välfärdsåtagandena i perspektivet av de stora samhällsförändringar som Sverige genomgår och där det är motiverat föreslå förändringar med avseende på strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen. Enligt direktiven är detta ytterst ett demokratiskt uppdrag. Det gäller att ge de folkvalda organen bättre förutsättningar för att få genomslag för politiken och medborgarna bättre förutsättningar för inflytande, insyn och ansvarsutkrävande.

En utgångspunkt för utredningen är att en långtgående kommunal självstyrelse ska upprätthållas inom ramen för ett starkt nationellt ansvar för medborgarnas rätt till likvärdig välfärd i hela landet, utan att därför det yttersta ansvaret rubbas hos riksdag och regering för den offentliga verksamheten och för det politiska beslutsfattandet. Medborgarna ska även fortsättningsvis tillförsäkras likvärdiga förutsättningar oavsett bostadsort. En grundläggande princip för översynen är en fortsatt solidarisk finansiering av samhällets välfärdsåtaganden.

Enligt direktiven ska kommittén särskilt uppmärksamma bl.a. följande frågor: Hur klarar kommuner och landsting sina välfärdsåtaganden utifrån demografiska, samhällsekonomiska och teknologiska förändringar? Hur väl anpassad är den nuvarande kommun- och länsindelningen till dessa förändrade förutsättningar? På vilket sätt har den förändrade styrningen av den offentliga verksamheten, bl.a. utvecklingen när det gäller rättighets- och ramlagstiftningen, samt nya driftsformer och samarbetsmönster påverkat de folkvalda organens möjligheter att få genomslag för politiken?

I både den allmänna debatten och inom forskningen diskuteras med olika intensitet vad som ska ingå och inte i det offentliga åtagande överhuvudtaget. Utgångspunkterna varierar men berör ofta prioriteringar mellan olika samhällsområden och åldersgrupper.

### Vad menar vi här med "äldre"?

Med äldre avses personer i åldern 65 år och äldre vilket utgår ifrån den gräns som tillämpas i socialtjänstlagen när det gäller avgränsning av äldre i förhållande till andra målgrupper i lagstiftningen. Det finns dock ingen åldersgräns angiven i lagtexten. Rätten till bistånd är inte heller knuten till ålder utan bygger på en allmän formulering om behov oavsett orsak och att behoven inte kan tillgodoses på annat sätt. Den åldersgräns som använts är den tidigare lagstadgade pensionsåldern. I det nya pensionssystemet är det även fortsättningsvis 65 år som är den nedre gränsen för när en person kan ta ut garantipension. I lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistansersättning (LASS) finns en åldersgräns, 65 år, efter vilken en person inte kan beviljas insatsen personlig assistans. I hälso- och sjukvårdslagen finns inga åldersgränser angivna.

En fråga som kan ställas i detta sammanhang är om man ska ha särlösningar för vissa åldersgrupper. Vår grundinställning är att det skulle vara önskvärt att man kunde ta bort de allra flesta åldersgränser och använda andra kriterier än ålder vid bedömningar av behov av vård och omsorg. I de fall man har särlösningar bör man noga analysera, överväga och motivera dessa. Scenarierna visar på några olika möjligheter att arbeta med åldersgränser inom vård och omsorg.

Vi anser dock att 65-årsgränsen bör behållas inom äldreomsorg tills vidare, främst av det skälet att det för närvarande inte finns något annat kriterium än ålder som kan användas om samhället ska göra någon särskild avgränsning av vård och omsorg om äldre människor.

Det är viktigt att 65-årsgränsen, och i vissa sammanhang 80 år och äldre, även i fortsättningen används som grund för att följa upp vård och omsorg om äldre i bl.a. den officiella statistiken. Förändringar av åldersgränser gör det ofta mer eller mindre omöjligt att göra jämförelser över tid.



## Hur förhåller sig området till nationella mål inom andra politikområden och statliga myndigheters ansvar?

Vård och omsorg om äldre regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa tre lagar är olika utformade och reglerar på olika sätt vad som förväntas av det offentliga i förhållande till den enskilde och vad den enskilde har för rättigheter. Hälso- och sjukvårdslagen reglerar landstings och kommuners ansvar för hälso- och sjukvården. Landsting och kommuner är skyldiga att ge vård på lika villkor till hela befolkningen. Den enskilde har inga preciserade rättigheter och kan inte kräva några särskilda insatser. Det är inte möjligt att överklaga ”beslut”. I socialtjänstlagen regleras kommunens skyldigheter när det gäller både socialtjänsten som helhet och äldreomsorgen. Den enskilde har i vissa fall preciserade rättigheter och om han eller hon inte är nöjd med ett beslut som berör dessa kan det överklagas genom s.k. förvaltningsbesvär. LSS är en rättighetslag som noga preciserar kommunens och landstingens skyldigheter och den enskildes rättigheter när det gäller vilka personer (målgrupper) som har rätt till vissa i lagen preciserade insatser.

Behovet av en politisk process som förtydligar innehållet i det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre har nästan inte alls uppmärksammats tidigare. I flera fall har regering och riksdag haft ambitioner att förtydliga ansvaret för vård och omsorg för de äldre, men resultaten har i de flesta fall i stället inneburit nya visioner och nya organisatoriska lösningar.

Inom hälso- och sjukvården finns dock ett exempel där man konkret behandlat frågor som berör det offentliga åtagandet. Prioriteringsutredningens arbete under åren 1992–1995 och slutbetänkandet *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5), det efterföljande remissarbetet, skrivande av propositionen och riksdagsbehandlingen och arbetet med att genomföra riksdagsbeslutet har på olika sätt uppmärksammat frågor som berör vad som ska ingå i det offentliga åtagandet för hälso- och sjukvården.

Ett motiv för införande av LSS, med dess individriktade rättigheter, var att handikappolitiken tidigare mer hade ”varit honnörsord än praktiska handlingar, mer paroller än paragrafer” (prop. 1992/93:159 s. 43). Människor med funktionshinder ska inte behöva kämpa för det som borde vara en självklarhet och inte behöva

känna sig utlämnade åt beslut från myndigheter och handläggare, hette det vidare i propositionen.

### 8.2.2 Framtida utveckling

#### **Vilka är hindren för att bredda och fördjupa de politiska processer som formar det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre?**

Hindren är både kunskapsmässiga och berör grunderna för samhällets uppbyggnad och funktion.

Dagens lagstiftningar inom vård och omsorg är till sin grund helt olika när det gäller sätten att reglera det offentliga åtagandet i förhållande till såväl den enskilde som till det offentliga. Lagstiftningarna har tillkommit under olika tidsperioder och med olika ambitioner och syften. Tillgången till vetenskaplig kunskap har också varierat mycket mellan hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Inom socialtjänsten är äldreomsorgen ett av de områden som uppmärksammats minst inom forskning fram till slutet av 1990-talet.

Under 1990-talet har behovet av en gemensam lagstiftning för både hälso- och sjukvård och socialtjänst, en vård- och omsorgslag, tagits upp i olika sammanhang (t.ex. SOU 1999:97, Svenska Kommunförbundet 1998a och 1999b). Diskussionen har ofta haft sin utgångspunkt i situationen för äldre människor eftersom Ädelreformen och omstruktureringen av hälso- och sjukvården bidragit till att det blivit svårare att dra en tydlig gräns mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård (t.ex. dir 1997:109). En annan utgångspunkt har varit att hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen är så olika till sin grundkonstruktion och att regler om dokumentation och sekretess m.m. skiljer sig åt, vilket försvårar personalens arbete.

För att regering och riksdag ska kunna fatta beslut om det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre skulle det behövas betydligt bättre kunskapsunderlag på många områden. Några exempel är:

- hur används resurser inom vård och omsorg om äldre i dag
- vad är vård och omsorg i förhållande till andra politikområden
- varför är det så stora skillnader mellan olika kommuner och olika landsting
- effekter och konsekvenser för män och kvinnor.

Det handlar också om brist på politiska ställningstaganden till

- riksdagens och regeringens ansvar när det gäller lagstiftning i förhållande till kommunal självstyrelse
- vad som ska ingå i det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre
- utvecklingen av vård och omsorg om äldre under de senaste 10–20 åren.

Diskussioner om demokratiutveckling har inte uppmärksammat hur beslutsprocesser påverkar förtroendet för olika verksamhetsområden och ytterst den offentliga sektorn.

### **Hur bråttom är det att undanröja hindren?**

En politisk process som syftar till att skapa förtroende i hela befolkningen på både kort och lång sikt för det offentliga åtagandet för vården och omsorgen om de äldre bör komma igång så snart möjligt. En sådan process måste omfatta både ord och handling. Däremot finns det mycket som talar för försiktighet med konkreta lösningar innan man noga analyserat effekter och konsekvenser.

Om man inte lyckas med detta innebär det stora risker för att förtroendet för det politiska systemet minskar drastiskt och det inte bara avseende vård och omsorg om äldre. För att klara den utmaning som den demografiska utvecklingen innebär när det gäller att tillgodose behov av vård och omsorg om äldre i framtiden enligt de nationella målen behövs ett stöd för detta i hela befolkningen. Om de gemensamma systemen inte klarar av att skapa detta förtroende finns ytterst en risk för att människor som kan och vill lämna systemen och ordnar det på annat sätt.

Det finns olika tidsperspektiv när det gäller vård och omsorg om äldre. För det första gäller det dagens situation med t.ex. ej verkställda beslut och långa köer till utprovning av hörapparater. När det gäller framtiden kan två tidpunkter identifieras när den demografiska utvecklingen ställer krav på hälso- och sjukvården

och äldreomsorgen. Den första kommer kring år 2010 och avser främst boende, förebyggande arbete och behov av sjukvårdsinsatser som starroperationer och byten av höftleder. Behoven av mer omfattande vård och omsorg inträffar 10–15 år senare, kring år 2020–2025.

### **Vilka mätbara delmål och indikatorer kan användas för att följa förändringar?**

Fortsatta och utvidgade undersökningar av förtroende för och betyg på vård och omsorg om äldre bör genomföras. Som exempel kan nämnas att Statskontoret arbetar vidare med medborgarundersökningar och att SOM-institutets långa serie undersökningar fortsätter. Ett sätt att mäta det är att ställa upp mätbara delmål för hur detta utvecklas.

### **8.2.3 Förslag till åtgärder (nr 81–84)**

#### **Förslag nr. 81**

Regeringen bör ta initiativ till breda diskussioner i samhället om hur man kan tydliggöra det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning. I vårt arbete har vi kunnat konstatera att det finns en bred uppslutning kring att det även i fortsättningen ska vara så att samhället har det yttersta ansvaret för vård och omsorg om de äldre. Det finns t.ex. inget stöd för att lägga ett större ansvar på anhöriga för äldres vård och omsorg. Vad detta yttersta ansvar innebär måste dock diskuteras i forum som representerar befolkningen i vid mening, dvs. inte bara Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och pensionärsorganisationerna. Diskussionerna behöver föras på såväl nationell nivå som regional och lokal nivå då det är frågor som berör alla människor och alla nivåer i samhället. En utgångspunkt för dessa diskussioner kan vara de scenarier som presenterats i avsnitt 8.1.

**Förslag nr. 82**

Regeringen bör peka ut vård och omsorg om äldre som ett område för den andra etappen av Ansvarsutredningen. Av direktiven framgår att regeringen avser att vid årsskiftet 2003–2004 besluta om tilläggsdirektiv till andra etappen av Ansvarsutredningens arbete. Vårt material om vård och omsorg om äldre visar att detta är ett område som på flera sätt berörs av de frågeställningar som Ansvarsutredningen har i uppdrag att utreda. Vi anser därför att vård och omsorg om äldre bör bli föremål för en fördjupad analys och bedömning av strukturen och ansvarsfördelning mellan staten, landstingen och kommunerna. I detta arbete är det viktigt att individperspektivet beaktas så att det inte enbart blir ett samhällsperspektiv.

**Förslag nr. 83**

Stärk forskningen om sambandet mellan policyutveckling och medborgarnas förtroende för vården och omsorgen om äldre människor. Det finns tecken på att medborgarnas förtroende i dag sviktar inom detta område. Kunskaperna bör därför förbättras om vilka former för den fortsatta policyutvecklingen, t.ex. genom regleringar och offentligt formulerade målsättningar, som kan bidra till ett ökat och stabilt förtroende för vården och omsorgen om äldre människor.

**Förslag nr. 84**

Utveckla indikatorer för att följa upp och kvalitetssäkra verksamheten ur olika perspektiv inom vård och omsorg om äldre. Beroende på vilket vägval man gör för framtidens vård och omsorg med utgångspunkt i bl.a. scenarierna behöver det utvecklas indikatorer för att det ska vara möjligt för olika intressenter att följa upp verksamheten.

### 8.3 Följ upp prioriteringar och utveckla prioriteringsunderlag inom vård och omsorg om äldre

*SENIOR 2005 föreslår:*

85. Regeringen bör fortsätta att följa upp prioriteringar inom hälso- och sjukvården bl.a. mot bakgrund av Socialstyrelsens bedömning att prioriteringsgrunderna inte följs när det gäller äldre personer.
86. Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om prioriteringar inom vård och omsorg om äldre tas upp till diskussion.
87. Inför individbaserad statistik inom vård och omsorg om äldre.
88. Utveckla statistiken avseende hälso- och sjukvården så att uppföljningar och utvärderingar av vården och omsorgen om äldre människor kan förbättras.
89. Utnyttja den förbättrade statistiken till mer kompletta och detaljerade analyser av hur resurserna inom vården och omsorgen om äldre människor används.

#### 8.3.1 Utgångsläge

**Varför är området angeläget?**

*Tillgängliga resurser måste användas på bästa sätt*

Det saknas grundläggande kunskaper om hur de totala resurserna inom den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre, drygt 134 miljarder kronor år 2001, används och vilket utfall olika insatser ger för både individ och samhälle. Det finns vissa statistiska uppgifter som berör vård och omsorg om äldre samtidigt som det saknas andra som får anses vara mer angelägna för att kunna följa verksamheten ur både ett individ- och ett samhällsperspektiv. En viktig förutsättning både nu och i framtiden är att tillgängliga resurser används optimalt.

Riksdagens revisorer har granskat statens styrning av kommunernas äldreomsorg. Granskningen är ett led i en bredare satsning med syftet att inom olika politikområden granska hur nationella mål genomförs i kommunernas verksamhet samt effekterna av den statliga styrningen. I rapporten avseende äldreomsorgen (Riks-

dagens revisorer 2002/03:RR4) konstateras att ett problem när det gäller att följa upp äldreomsorgen är att det saknas analyser av resurser och resursanvändning inom detta verksamhetsområde. För att sådana analyser ska vara möjliga anförs vidare att det är en förutsättning att den nationella statistiken förbättras och blir mer jämförbar över tiden såväl nationellt som lokalt. Mot bakgrund av detta föreslog riksdagens revisorer ett tillkännagivande till regeringen om att analysera resursanvändningen inom kommunernas äldreomsorg. Vid riksdagsbehandlingen av detta förslag ansåg socialutskottet (bet. 2002/03:SoU9) att förslaget hade ett alltför begränsat synsätt och hänvisade till både Ansvarsutredningens (Fi 2003:02) och Äldrevårdsutredningens (S 2003:04) utredningsuppdrag. Riksdagens revisorer återkommer till frågan om kommunernas resurser och den enskildes rättssäkerhet i skrivelsen till riksdagen (Riksdagens revisorer 2002/03:RR21) där revisorernas samlade bedömning av förhållandet mellan staten och kommunerna redovisas. Man konstaterar att det inom äldreområdet finns ett stort antal beslut och några domar som inte verkställts med hänvisning till resursbrist från kommunernas sida. Riksdagens revisorer konstaterar vidare att det mot bakgrund av tillgängliga faktaunderlag är oklart om kommunerna har tillräckliga resurser för att fullgöra sina uppgifter.

Prioriteringar har alltid gjorts inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. De har sin utgångspunkt i etiska värderingar och har skett mer eller mindre medvetet och mer eller mindre öppet. Kravet på prioriteringar blir både större och tydligare i en situation där det råder brist på olika former av resurser. Trots att kunskapen om hur resurser används i dagens vård och omsorg är begränsad kan man konstatera att det finns resursproblem inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive äldreomsorgen i dag. Vi vet också att dagens resurser inte kommer att räcka till i framtiden med tanke på den stora ökningen av både antalet och andelen äldre. Om behov, efterfrågan och förväntningar på vård och omsorg förändras ställer detta ytterligare krav på resurser.

#### *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*

Inom hälso- och sjukvården kan man urskilja tre nivåer när det gäller prioriteringar (Liss 2002). Den första nivån avser hur resurserna fördelas till hälso- och sjukvården i förhållande till andra

samhällssektorer. Den andra nivån rör hur prioriteringar görs mellan olika verksamheter inom sjukvården medan den tredje nivån avser vilka enskilda patienter som ska erbjudas insatser i förhållande till andra. Motsvarande nivåer kan urskiljas inom socialtjänsten som helhet och inom äldreomsorgen.

Horisontella och vertikala prioriteringar är andra vanliga benämningar på den andra och tredje nivån. Med *horisontella* prioriteringar avses val mellan olika verksamhetsområden eller mellan olika sjukdomsgrupper. Dessa beslut är i allmänhet befolkningsinriktade och inte individinriktade. Besluten handlar om hur resurser ska fördelars mellan t.ex. primärvård och sjukhusvård och mellan hjärt-sjukvård och ögonsjukvård. Sådana prioriteringar är i huvudsak ett politiskt ansvar.

Med *vertikal* prioritering avses val inom ett verksamhetsområde eller en sjukdomsgrupp. Sådana beslut gäller hur vården ska utformas, enligt vilka principer enskilda patienter och patientgrupper ska få vård och val av insats för en enskild patient. Denna typ av prioriteringsbeslut är främst en fråga för de professionella i verksamheten.

Inom hälso- och sjukvården har frågor om prioriteringar behandlats av Prioriteringsutredningen. Riksdagen fattade i april 1997 beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården enligt förslagen i regeringens proposition *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Utgångspunkten för förslagen var Prioriteringsutredningens slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). I propositionen redovisades några allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna är baserade på tre grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Riktlinjerna exemplifieras med breda prioriteringsgrupper. Avsikten är att riktlinjerna ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården och vara utgångspunkt för vidare överväganden och diskussioner.

Den etiska plattformen slår fast att tre principer bör ligga till grund för prioriteringar inom vården:



*Människovärdesprincipen*

Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

*Behovssolidaritetsprincipen*

Resurserna bör fördelas efter behov. Vid prioriteringar ska resurserna gå till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.

*Kostnadseffektivitetsprincipen*

Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Kostnadseffektivitetsprincipen är dock underordnad människovärdes- och behovssolidaritetsprincipen.

I propositionen betonas att kostnadseffektiv verksamhet är något principiellt eftersträvansvärt eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma fler till del. Däremot får en kostnadseffektiv verksamhet aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten i vården av döende, svårt eller långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i en liknande situation.

Vidare konstateras i propositionen att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behov stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Ålder bör exempelvis inte vara en prioriteringsgrund i sig. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

Riktlinjerna för prioriteringar baseras på de etiska principerna och exemplifieras i propositionen med breda prioriteringsgrupper.

*Prioriteringsgrupp I*

Vård av livshotande akuta sjukdomar

Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död

Vård av kroniska sjukdomar

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Vård av människor med nedsatt autonomi.

*Prioriteringsgrupp II*

Prevention

Habilitering/rehabilitering.

*Prioriteringsgrupp III*

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

*Prioriteringsgrupp IV*

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Riksdagsbeslutet om prioriteringar innebär en stark betoning på öppenhet och medvetenhet. Öppna prioriteringar förutsätter bl.a.

- att prioriteringarna grundas på medvetna val mellan minst två alternativ
- att prioriteringsbesluten grundas på principer som kan redovisas för allmänheten
- att de överväganden som prioriteringsbesluten baseras på är tillgängliga för offentlig insyn och debatt
- att det är möjligt att följa upp att besluten är i överensstämmelse med fastställda principer.

I samband med riksdagens beslut tillsattes en nationell delegation med uppgift att först och främst sprida information och kunskap om riksdagens beslut om riktlinjerna för prioriteringar. Delegationen skulle även följa tillämpningen av riktlinjerna och då ägna särskild uppmärksamhet åt äldre, funktionshindrade och andra grupper med svaga resurser. Prioriteringsdelegationen lämnade i januari 2001 sitt slutbetänkande *Prioriteringar i vården* (SOU 2001:8) till regeringen. Sammanfattningsvis konstaterade delegationen att riksdagsbeslutet har fått ett genomslag i det praktiska och politiska arbetet på nationell, regional och lokal nivå, även om variationerna är stora mellan huvudmännen. Det har dock varit svårare för kommunerna än för landstingen att omsätta riksdagens beslut i det konkreta arbetet. Riksdagsbeslutet innebär ringa vägledning för kommunerna i deras arbete med prioriteringar. Ansvar för att riktlinjerna följs åvilar ytterst riksdag och regering, medan huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare vilar på sjukvårdshuvudmännen. Delegationen anför också att en av de viktigaste politiska utmaningarna är att tydliggöra riktlinjer för vad sjukvården ska ägna sig åt och vilken kvalitet den ska ha. Om

inga beslut fattas kommer prioriteringar ändå att ske, men då av vårdpersonalen och starka patientgrupper och utan öppenhet och enhetlighet.

I *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001* (Socialstyrelsen 2001b s. 10–11) konstaterar Socialstyrelsen att utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet ur de äldres perspektiv uppvisar en kluven bild. Äldre har fått tillgång till mer avancerade vård- och behandlingsmöjligheter, samtidigt som sjukvårdshuvudmännen inte kunnat säkra deras tillgång till grundläggande vård och omsorg. De allt kortare tiderna inom akutsjukvården, snabba utskrivningar och brister i samarbetet mellan huvudmännen och mellan olika vårdnivåer och professioner, har skapat en otrygghet hos många sköra och kroniskt sjuka människor, som är beroende av en lättillgänglig vård och omsorg dygnet runt. Med detta som grund anför Socialstyrelsen att sjukvårdshuvudmännen inte har levt upp till riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Enligt riksdagsbeslutet ska vården av människor med svåra kroniska sjukdomar, liksom palliativ vård, vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi prioriteras efter akut sjuka.

#### *Prioriteringar inom socialtjänsten*

I socialtjänstlagen finns inga prioriteringsgrunder redovisade. Det finns inte heller några riktlinjer för prioriteringar avseende vare sig socialtjänsten som helhet eller inom äldreomsorgen. Samtidigt innebär det faktum att socialtjänstlagen är både en skyldighetslag och en rättighetslag en tydlig prioritering av den enskildes rätt till bistånd i vissa situationer i jämförelse med andra skyldigheter för kommunen.

#### *Prioriteringar inom vård och omsorg om äldre människor*

När det gäller äldreomsorgen visar utvecklingen under 1980- och 1990-talen att man i viss utsträckning har tillämpat prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården. Äldre med omfattande behov har fått hjälp i större utsträckning än de som har mindre omfattande behov (Socialstyrelsen 2000g, SOU 2000:38 och Socialstyrelsen 2002g). Den förändrade inriktningen av äldreomsorgen under i

första hand 1990-talet har, som tidigare nämnts, inte någon grund i beslut fattade av regering och riksdag. Den ekonomiska krisen under 1990-talet och omstruktureringen av den slutna sjukvården förefaller vara faktorer som till stor del kan förklara den förändrade inriktningen.

De äldre med omfattande behov av vård och omsorg får insatser enligt både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. I vissa fall innebär det en konflikt mellan de två lagstiftningarna när den ena lagstiftningen ger den enskilde rätt till vissa insatser medan den andra innehåller regler om prioriteringar. Att då tillämpa hälso- och sjukvårdslagens regler om prioriteringar innebär att man gör det för endast en målgrupp vars insatser regleras i socialtjänstlagen. Det bör också vara så att den enskildes rättigheter enligt socialtjänstlagen inte kan inskränkas genom prioriteringar enligt hälso- och sjukvårdslagen.

När det gäller prioriteringar inom äldreomsorgen är en av de stora frågorna avvägningen mellan å ena sidan insatser för äldre med stora vård- och omsorgsbehov och å andra sidan förebyggande insatser respektive insatser för personer med små vård- och omsorgsbehov.

Frågor om prioriteringar inom hälso- och sjukvården har även uppmärksammats i andra länder ibland med helt andra utgångspunkter än i Sverige. Norge, Storbritannien och Nederländerna är några exempel. Det område där detta arbete kommit längst förefaller vara läkemedelsområdet (PrioriteringsCentrum 2003b).

### Vad menar vi här med "äldre"?

Ett livsloppsresonemang med tonvikt på personer i åldern 65 och äldre.

När det gäller prioriteringar bör särskild uppmärksamhet ägnas åt åldersbegreppet. Till skillnad från den etiska plattformen som ligger till grund för prioriteringarna inom hälso- och sjukvården finns det andra etiska teorier som argumenterar för att ålder kan vara en grund för prioriteringar.

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lagen om assistansersättning (LASS) finns en åldersgräns som innebär att en person som är 65 år och äldre inte kan få vissa insatser. Denna åldersgräns överensstämmer inte med den etiska

plattform som ligger till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

### **Hur förhåller sig området till nationella mål inom andra politikområden och statliga myndigheters ansvar?**

Vård och omsorg om äldre regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa tre lagar är olika utformade och reglerar på olika sätt vad som förväntas av det offentliga i förhållande till den enskilde och vad den enskilde har för rättigheter.

I hälso- och sjukvårdslagen redovisas prioriteringsgrunderna och riktlinjer för prioriteringar. Sedan år 1999 bedriver Socialstyrelsen ett långsiktigt arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2003e). Socialstyrelsen har sedan år 1996 regeringens uppdrag att utarbeta riktlinjer för vården av patienter med kroniska sjukdomar. Syftet är att stärka patientens möjlighet att få likvärdig och effektiv vård i alla delar av landet. Uppdraget har fr.o.m. år 2000 utvidgats till att omfatta även stöd för beslut om prioriteringar. Socialstyrelsens uppgift är att utarbeta medicinska och hälsoekonomiska faktadokument – och att med dessa och riksdagsbeslutet som grund – utarbeta riktlinjer som stöd för sjukvårdshuvudmännens planerings- och prioriteringsarbete. Det pågår ett arbete med att ta fram riktlinjer för vården av patienter med astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), venös tromboembolism (blodproppssjukdom), hjärtsjukvård, strokesjukvård och bröstcancervård. Riktlinjerna baseras till stor del på SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) systematiska litteraturoversikter om behandling av dessa sjukdomar.

Då det saknas prioriteringsgrunder i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) finns det självklart ingen myndighet som arbetar med prioriteringar inom detta område. Behovet av bättre kunskapsunderlag inom socialtjänsten har däremot uppmärksammats i olika sammanhang. Flera initiativ har tagits av riksdag, regering, Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet under 1990-talet för att stödja en sådan utveckling. Stöd till lokala/regionala FoU-center inom vård och omsorg om äldre och inrättande av Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) är ett par exempel på detta. Under åren 2001–2003

har Socialstyrelsen på uppdrag från regeringen att arbeta med att stödja kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten. I Socialstyrelsens rapport till regeringen om uppdraget under år 2002 (Socialstyrelsen 2003d) föreslås inrättande av ett nationellt metodinstitut för socialtjänsten. Institutet föreslås få i uppdrag att främja en kontinuerlig utveckling av metoder och arbetsformer inom socialtjänsten genom systematisk prövning och värdering av insatsernas utfall och effekter för klienter, brukare och anhöriga och för samhället. Så långt möjligt ska även kostnaderna för att uppnå dessa resultat beskrivas och vägas in i värderingen av insatserna. Det föreslagna metodinstitutet ska verka inom hela socialtjänsten inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. I samma rapport pekar Socialstyrelsen på behovet av ett nationellt etikinstitut för socialt arbete.

Hösten 2000 bildades PrioriteringsCentrum i Linköping, ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg (PrioriteringsCentrum 2003a). Uppdragsgivare är Socialdepartementet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. PrioriteringsCentrums uppdrag är att

- bedriva forskning om prioritering som fenomen och process
- medverka till utveckling av metoder som kan användas vid öppna prioriteringar
- stimulera till ökad medvetenhet och debatt om prioriteringar
- bidra till kunskapsöverföring mellan forskning och praktisk vård och omsorg.

En viktig förutsättning för att ta fram faktaunderlag som kan ligga till grund för prioriteringar är användning av gemensamma begrepp och termer i uppföljningar och utvärderingar. Socialstyrelsen har ansvar för samordning av nationella terminologier inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Hittills har detta arbete resulterat i terminologier som berör hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2003g).

Inom ramen för arbetet med Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att, i samverkan med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, förstärka sitt stöd till huvudmännen och svara för samordning av arbetet med att förbättra informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården. Detta arbete har fått namnet InfoVU-

projektet och pågår under åren 2001–2004. InfoVU-projektet innehåller fyra delprojekt som rör följande patient-/brukargrupper:

- stroke
- äldre med stora omvårdnadsbehov (se nedan)
- psykisk ohälsa
- ont i ryggen.

Gemensamt för grupperna är att patienterna oftast är beroende av insatser från olika delar av hälso- och sjukvården samt från äldre- och handikappomsorgen.

Ett av delprojekten är ett långsiktigt nationellt arbete för att bättre och mer enhetligt kunna beskriva och följa upp vården och omsorgen till äldre människor som benämns *Samspråk* (Socialstyrelsen 2001e). Socialstyrelsen driver projektet i nära samverkan med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och berörda fackliga organisationer och brukarorganisationer. *Samspråk* ska utveckla en metod för att beskriva behov hos äldre människor, redovisa insatser inom vård och omsorg samt beskriva kvalitet. Verksamhetsuppföljning ska omfatta hela vårdkedjan och inte bara de olika delarna var för sig. I detta arbete ingår att definiera begrepp och termer. Kunskapen ska vara till nytta för olika målgrupper:

- De äldre och närstående behöver kunskap om vilken vård och omsorg som finns, vilken kvalitet den har och vad den kostar.
- Personalen behöver information för att utveckla sitt arbete.
- Ledningen på lokal och regional nivå behöver information för att planera, prioritera, styra och följa upp resultat.
- Den nationella nivån behöver information för strategiska beslut kring lagstiftning, ekonomi samt personal- och kompetensförsörjning.

När det gäller läkemedel ingår det i Läkemedelsförmånsnämndens uppdrag att fatta beslut om prioriteringar av nya läkemedel (Läkemedelsförmånsnämnden 2002). Detta uppdrag utgår från de riktlinjer för prioriteringar som finns inom hälso- och sjukvården men betonar kostnadseffektivitet på ett annat sätt.

### 8.3.2 Framtida utveckling

#### Vilka är hindren för att följa upp prioriteringar och utveckla prioriteringsunderlag inom vård och omsorg?

Hindren för att arbeta med frågor om prioritering som berör vård och omsorg om äldre är i första hand bristande kunskap. Det gäller svar på frågor som t.ex.

- vad som är vård och omsorg om äldre och vad som ingår i socialtjänstlagens ansvarsområde, vad som är effektiva och kostnadseffektiva åtgärder inom hälso- och sjukvården för äldre samt effekter och konsekvenser av olika åtgärder inom vården och omsorgen om äldre
- effekter och konsekvenser av olika beslut om prioriteringar för t.ex. män och kvinnor, äldre med utländsk bakgrund samt äldre med olika socioekonomisk bakgrund
- effekter och konsekvenser av två lagstiftningar som på olika sätt reglerar prioriteringar inom vård och omsorg om äldre
- om och i så fall hur ålder påverkar prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Den offentliga statistiken inom kommunernas vård och omsorg om äldre är mängdbaserad. Det innebär att den utgår ifrån ett producentperspektiv och enbart kan besvara frågor om t.ex. hur många äldre som vid en given tidpunkt fick hemtjänst i ordinärt boende eller bodde i en särskild boendeform. Det är däremot inte möjligt att få svar på hur många äldre människor respektive hushåll som får hjälp i någon form från den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre eller om den äldre får en eller flera insatser från vården och omsorgen. En individbaserad statistik utgår ifrån ett individperspektiv och kan besvara frågor om t.ex. hur många olika insatser en person har vid en given tidpunkt och under hur lång tid. Socialstyrelsen har överlämnat ett förslag (2000h och 2001j) om individbaserad statistik inom kommunernas vård och omsorg. (En redovisning av förslagen återfinns i bilagedel C.) Ärendet bereds inom Regeringskansliet.

Statistiken avseende hälso- och sjukvården består dels av mängdstatistik med främst ett producentperspektiv, dels individbaserad statistik för den slutna hälso- och sjukvården. För den öppna hälso- och sjukvården saknas individbaserad statistik, med undantag av Region Skåne. Detta medför att det är svårt att få en tydlig bild av



hela hälso- och sjukvården med utgångspunkt i ett individperspektiv. Det är t.ex. inte möjligt att följa hur mycket hälso- och sjukvård en individ får totalt, dvs. både inom den öppna och den slutna vården. Det finns också brister i statistiken avseende slutenvård som påverkar möjligheterna att följa den äldre patienten. Detta problem har uppmärksammats inom ramen för arbetet med Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149)

Arbetet med prioriteringar inom den kommunala hälso- och sjukvården har, som tidigare nämnts, inte kommit i gång på samma sätt som hos landstingen. Det finns flera skäl till detta. Vid ett seminarium om prioriteringar inom kommunernas hälso- och sjukvård som PrioriteringsCentrum i Linköping anordnade i januari 2002 (Broqvist & Lund 2002) lyftes följande hinder för utvecklingen av öppna prioriteringar inom den kommunala hälso- och sjukvården fram:

- kunskapsbrist när det gäller prioriteringsutredningen och ändringen av hälso- och sjukvårdslagen
- bristande FoU-tradition inom basverksamheterna
- bristande underlag för politiska beslut bl.a. beroende på avsaknaden av kunskapsbaserade underlag för prioriteringarna och behov av bättre konsekvensbeskrivningar utifrån t.ex. de etiska principerna
- brister i den politiska mognaden att införa en större öppenhet i politiska beslut
- konflikter mellan den sociala lagstiftningen (SoL och LSS) och hälso- och sjukvårdslagstiftningen där rättighets- och skyldighetslagar ställs mot varandra
- bristande samverkan med den andra sjukvårdshuvudmannen, landstingen, i prioriteringsfrågor.

Ett annat skäl som lyfts fram i olika sammanhang är att Prioriteringsutredningen genomfördes vid en tidpunkt när kommunerna var ”nya” som sjukvårdshuvudmän (Ädelreformen trädde i kraft den 1 januari 1992) och att utredningen har ett slutenvårdsperspektiv. Detta tillsammans med utvecklingen inom hälso- och sjukvården och kommunernas äldreomsorg under 1990-talet har inneburit att de nuvarande prioriteringsgrunderna inom hälso- och sjukvården i mycket begränsad omfattning ger vägledning inom

vården av äldre, då stora delar av vården (och omsorgen) om äldre ingår i prioriteringsgrupp 1.

En aktuell rapport från Prioriteringscentrum (Lund 2003) pekar på att kommunerna inte har tagit till sig de principer för öppna prioriteringar som riksdagsbeslutet om prioriteringar inom hälso- och sjukvården anger. En förklaring som anges är att kommunerna av olika skäl inte känt sig berörda av beslutet och ett annat att kommunerna genom socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade har flera olika "prioriteringsordningar" att följa. Det finns oklarheter om vilka behov, sociala eller hälso- och sjukvårdsbehov, som bör lyftas fram i första hand. I rapporten lyfts också fram att samverkan mellan kommuner och landsting kring prioritering av de grupper med komplexa och sammansatta vårdbehov för vilka huvudmännen har ett gemensamt ansvar inte fungerar. Det tycks, enligt rapportförfattaren, snarare som dessa grupper har en *sämre* tillgång till vård och omsorg än vad andra delar av befolkningen har. I rapporten pekas på behovet av en genomgripande diskussion och utveckling av beslutsunderlag och prioriteringsprinciper inom kommunernas vård och omsorg som skulle motsvara det arbete som gjordes av Prioriteringsutredningen inom hälso- och sjukvården. Denna uppfattning överensstämmer med de krav på en socialpolitisk prioriteringsutredning som framförts av landets socialchefer (Kommunaktuellt 2002). Socialcheferna pekar på behovet av en genomgripande prioriteringsdebatt där både den centrala och den lokala nivån aktivt deltar.

### **Hur bråttom är det att undanröja hindren?**

Denna diskussion bör tas upp så snart möjligt både avseende dagens situation och inför framtiden. Det görs prioriteringar i vård och omsorg om äldre varje dag och många av dessa sker på oklara grunder och med bristfälliga underlag. Det är ett politiskt ansvar att besluta om vad hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive äldreomsorgen ska ägna sig åt samt grunderna för prioriteringar. Om inga beslut fattas kommer prioriteringar ändå att ske och det finns då en stor risk för att de görs omedvetet och utan öppenhet. De kommer främst att göras av olika personalgrupper och under påtryckningar av starka patientgrupper och andra starka intressenter.

### Vilka mätbara delmål och indikatorer kan användas för att följa förändringar?

Det saknas i dag indikatorer för att mäta hur dagens resurser används och utfallet av olika insatser. Sådana behöver utvecklas för att ge underlag till beslut om prioriteringar på olika nivåer.

Det finns också ett behov av att utveckla indikatorer som gör det möjligt att följa om och hur hälso- och sjukvården följer besluten om prioriteringsgrunder och riktlinjer för prioriteringarna.

#### 8.3.3 Förslag till åtgärder (nr. 85–89)

##### Förslag nr. 85

Regeringen bör fortsätta att följa upp prioriteringar inom hälso- och sjukvården bl.a. mot bakgrund av Socialstyrelsens bedömning att prioriteringsgrunderna inte följs när det gäller äldre personer. Flera studier visar att prioriteringsgrunderna inom hälso- och sjukvården även har tillämpats inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att studera konsekvenser och eventuella konfliktområden när det gäller tillämpning av prioriteringsgrunderna inom hälso- och sjukvården både inom socialtjänsten som helhet och inom äldreomsorgen.

##### Förslag nr. 86

Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om prioriteringar inom vård och omsorg om äldre tas upp till diskussion. Ett forum för detta kan vara de breda diskussioner om framtidens vård och omsorg om äldre som vi föreslagit tidigare (se avsnitt 8.1). Det kan då vara viktigt att uppmärksamma att äldre är en målgrupp bland flera i socialtjänstlagen. I samband med detta arbete kan ställning tas till om det behövs en utredning om prioriteringar inom vård och omsorg om äldre och/eller inom socialtjänsten.

##### Förslag nr. 87

Inför individbaserad statistik inom vård och omsorg om äldre. Den kunskap som finns i dag om vården och omsorgen av äldre är i många avseenden mycket begränsad. För att få bättre förutsätt-

ningar att följa upp och utvärdera vården och omsorgen om äldre och för att ha ett bättre underlag för beslut om t.ex. prioriteringar anser vi att individbaserad statistik bör införas när det gäller i första hand äldreomsorg och hemsjukvård i stället för dagens mängdbaserade. Mängdbaserad statistik utgår ifrån ett producentperspektiv och kan enbart besvara frågor om t.ex. hur många äldre som vid en given tidpunkt fick hemtjänst i ordinärt boende eller bodde i en särskild boendeform. Det är däremot inte möjligt att få svar på hur många äldre människor respektive hushåll som får hjälp i någon form från den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre eller om den äldre får en eller flera insatser från vården och omsorgen. Den individbaserade statistiken utgår ifrån ett individperspektiv och kan besvara frågor om t.ex. hur många olika insatser en person har vid en given tidpunkt och under hur lång tid. Utan att ha tagit ställning till olika delar i det förslag som Socialstyrelsen överlämnat till regeringen tillstyrker vi det och anser att det bör kunna ligga till grund för det fortsatta arbetet med att lösa juridiska, ekonomiska och praktiska frågor kring detta. Det är mycket angeläget att detta arbete genomförs så snart som möjligt då det ändå kommer att ta flera år innan en individbaserad statistik finns tillgänglig på nationell nivå. Ett införande av ny statistik bör leda till omprövning av om det finns annan statistik som kan tas bort. Det är inget självändamål med omfattande statistik utan av största vikt att den tillgängliga statistiken bedöms vara av nytta för såväl den lokala nivån som den nationella.

#### **Förslag nr. 88**

Utveckla statistiken avseende hälso- och sjukvården så att uppföljningar och utvärderingar av vården och omsorgen om äldre människor kan förbättras. Statistiken avseende hälso- och sjukvården består dels av mängdstatistik med främst ett producentperspektiv, dels individbaserad statistik för den slutna hälso- och sjukvården. För den öppna hälso- och sjukvården saknas individbaserad statistik, med undantag av Region Skåne. Detta medför att det är svårt att få en tydlig bild av hela hälso- och sjukvården med utgångspunkt i ett individperspektiv. Det är t.ex. inte möjligt att följa hur mycket hälso- och sjukvård en individ får totalt, dvs. både inom den öppna och den slutna vården. Det finns också brister i statistiken avseende slutna vård som påverkar möjligheterna att följa

den äldre patienten. Regeringen och sjukvårdshuvudmännen bör mot denna bakgrund arbeta för att utveckla statistiken inom hälso- och sjukvården. Ett exempel på sådant arbete som pågår är det tidigare redovisade InfoVu-projektet. Som nämndes när det gäller den individbaserade statistiken inom vård och omsorg om äldre är det mycket viktigt att vid införande av nya former för statistik ta ställning till om det finns annan statistik som kan tas bort.

### **Förslag nr. 89**

Utnyttja den förbättrade statistiken till mer kompletta och detaljerade analyser av hur resurserna inom vården och omsorgen om äldre människor används. Diskussioner om vård och omsorg om äldre handlar ofta om ekonomi och behov av resurser både i dag och inför framtiden. Som vi tidigare konstaterat är kunskaperna bristfälliga om hur dagens resurser inom vård och omsorg om äldre används. Det finns stora skillnader när det gäller både insatser och kostnader mellan olika kommuner och landsting som inte kan förklaras. Det är vår uppfattning att det behövs ingående analyser av resursanvändning i dagens system som underlag för diskussioner dels om de tillgängliga resurserna kan tas till vara på ett bättre sätt, dels om de ekonomiska förutsättningarna inför framtiden.

## 8.4 Formulera en kvarboendepincip

*SENIOR 2005 föreslår:*

90. Regeringen bör göra en utvärdering av kvarboendet både i det ordinära boendet och i det särskilda boendet ur såväl ett individperspektiv (inklusive bl.a. etiska frågor) som ett samhällsperspektiv (här ingår även ekonomiska frågor som investeringar).
91. Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om kvarboende tas upp till diskussion.
92. Regeringen bör ta initiativ till att kvarboendepincipen klarläggs på ett tydligare sätt än i nuvarande lagstiftning för såväl den enskilde som för det offentliga.
93. Regeringen behöver initiera en översyn av begreppet särskilda boendeformer och konsekvenserna av det i annan lagstiftning.
94. Utred behovet av statliga insatser inom boendet för att möjliggöra kvarboende även vid omfattande vård- och omsorgsbehov.

### 8.4.1 Utgångsläge

**Varför är området angeläget?**

*Oklarhet som bidrar till osäkerhet om det offentliga åtagandet*

Äldres möjligheter till kvarboende även när man behöver vård och omsorg har diskuterats under de senaste femtio åren. Resonemang om detta går att finna i bl.a. utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens olika utskott. Den s.k. kvarboendepincipen är dock inte entydigt definierad i vare sig förarbeten eller lagtext. Att det är oklart vad som menas med kvarboende och kvarboendepincipen är ett förhållande som bidrar till att skapa osäkerhet kring vad som ingår i det offentliga åtagandet. Ärenden som i något avseende handlar om kvarboende är ärenden som *berör*; den enskilde, anhöriga, allmänheten och det offentliga. Det är ärenden som ofta uppmärksammas i massmedia.

Frågan om kvarboendepincipen är angelägen att ta upp inte bara för att förtydliga vad som gäller för den äldre och dennes anhöriga, utan också för att det på flera viktiga punkter anger inriktningen på det offentligas insatser. Ett exempel är kommuners och landstings

investeringar i fastigheter som t.ex. särskilda boenden och sjukhus. Ett annat exempel är tillgång till personal, både i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. Det ställs högre och delvis annorlunda krav på personalens kompetens när allt mer kvalificerad vård och omsorg utförs i det ordinära boendet och i öppen hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2000, Socialstyrelsen 2001c och 2002f).

#### *Hur fungerar kvarboendet i ordinärt boende?*

Flera studier har visat att de flesta äldre vill bo kvar i sin invanda miljö så länge som möjligt (Åhlund 2001, Abramsson, Borgegård & Fransson 2000 och Nordiska Ministerrådet 2000). De allra flesta äldre vill även bo kvar i sin bostad i ordinärt boende och få vård och omsorg där även när behoven är omfattande (t.ex. Socialstyrelsen 2000b). I många fall innebär kvarboende en högre livskvalitet för den äldre och dennes anhöriga.

Möjligheterna till kvarboende även vid omfattande behov av vård och omsorg har förbättrats under 1990-talet genom utbyggnad av t.ex. hemtjänst dygnet runt och av hemsjukvård. Andelen äldre som bor i särskilt boende har dock inte minskat under 1990-talet. Av kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre går cirka 70 procent till särskilt boende (Svenska Kommunförbundet 2002a).

Reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ser olika ut när det gäller den äldres rätt att få insatser i det ordinära boendet. Det är ingen rättighet när det gäller hälso- och sjukvård. Däremot är det en rättighet enligt socialtjänstlagen och den enskilde kan överklaga ett avslagsbeslut till domstol.

I domar som berör frågan om den enskildes rätt att få omfattande hjälp i det ordinära boendet i förhållande till att kommunen tillhandahåller insatserna i ett särskilt boende har den enskilde i allmänhet fått rätt till omfattande insatser i det ordinära boendet. Att kommunen erbjuder plats i särskilt boende med hänvisning till ekonomiska och personella resurser förefaller ha saknat betydelse (Landelius 1996).

Det har inte gjorts några nationella utvärderingar av hur kvarboendepincipen fungerar för äldre i ordinärt boende under 1990-talet.

Det finns inte heller några säkra uppgifter som visar hur det fungerar efter Ädelreformen när det gäller den äldres möjligheter till kvarboende när han eller hon har flyttat till ett särskilt boende. Socialstyrelsens kartläggning av det särskilda boendet (2001f) visar att det finns tydliga skillnader mellan olika ”typer” av särskilda boendeformer som knyter an till boendeformernas historia. I socialtjänstlagen används termen *särskild boendeform* vilket inrymmer det som före Ädelreformen benämndes bl.a. servicehus, ålderdomshem, gruppboende för dementa och sjukhem. Skillnaderna gäller målgruppsinriktning, boendestandard, personaltillgång och kompetens. Skillnaderna medför att förutsättningarna varierar när det gäller att kunna erbjuda en likvärdig vård och omsorg vid olika ”typer” av särskilda boendeformer. Det påverkar också möjligheterna för att den äldre ska kunna få bo kvar i en viss boendeenhet och inte i onödan behöva flytta på grund av förändringar i vård- och omsorgsbehov.

Under 1980-talet och i än högre grad 1990-talet har vårdbehoven ökat väsentligt hos de boende i särskilt boende (Socialstyrelsen 1998a och 2000f). I en studie från Sundsvall har man mätt äldre personers behov av vård och omsorg, uttryckt i s.k. vårdtyngd, vid fem tillfällen under perioden 1978–1999. Resultatet visar att vårdtyngden på servicehus år 1999 var högre än på sjukhem år 1978. Den entydiga trenden mot allt större vårdtyngd har dock brutits i Sundsvall mellan åren 1999 och 2002 (Socialstyrelsen 2003i).

En kartläggning (Socialstyrelsen 2001f) av de boendes fysiska och kognitiva förmåga visade generellt sett – i fråga om aktiviteterna måltider, toalettbesök och förflytning inomhus – att ungefär 60 procent var beroende av hjälp för att klara någon av dessa aktiviteter. När det gällde kognitiv förmåga – minnes- och orienteringsförmåga – visade studien att i alla ”typer” av särskilt boende hade en tredjedel av de boende mycket kraftigt nedsatt förmåga. Mer än hälften av de boende bodde i det särskilda boendet kortare tid än två år.

Under senare år har flera studier (t.ex. Andersson, A. 2002 och Orsholm 2003) uppmärksammat anhörigas roll i samband med kvarboende. Kvarboendet ställer i många fall större krav på både tillgång till (sammanboende) anhöriga och insatser från anhöriga. Detta innebär särskilda förväntningar och krav på en ofta äldre maka/make/sambo. Situationen skiljer sig också mellan män och kvinnor då kvinnor har en längre medellivslängd och betydligt oftare än män är ensamboende under den sista delen av livet. Inför



framtiden kan man se olika faktorer som påverkar familjemönstren. Å ena sidan innebär den ökade medellivslängden för i första hand män att allt fler äldre kan leva tillsammans i en parrelation allt högre upp i åldrarna. Å andra sidan är andelen ensamhushåll hög och påverkas av bl.a. skilsmässor och sårrelationer.

#### *Flyttningar över kommungränser*

En fråga som inte direkt berör kvarboende men som ofta tas upp i samband med särskilt boende är möjligheterna för den äldre att flytta till en annan kommun. Sedan den 1 januari 1998 är det möjligt för en person som vill flytta till en annan kommun att ansöka om bistånd i den kommunen. Rätten gäller en person som till följd av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och därför inte kan bosätta sig där utan att den andra kommunen erbjuder de insatser som den enskilde behöver. Det är den äldres egen önskan att flytta som är grunden för denna rättighet. Ansökan ska behandlas som om den enskilde var bosatt i inflyttningskommunen och det är den kommunen som ska göra bedömningen av om behov av vård och omsorgsinsatser föreligger. Socialstyrelsens uppföljning (Socialstyrelsen 2001i) visar att för flertalet kommuner innebär denna rättighet inga större problem. Några få kommuner får ett stort antal ansökningar. Det vanligaste skälet för avslag på en ansökan är att det inte föreligger ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. I andra fall hänvisas till brist på platser i särskilt boende. Det vanligaste motivet för att vilja flytta är att komma närmare sina barn. Andra motiv som framkom var att man sökte till en näraliggande kommun på grund av kortare väntetid eller för att erhålla en bättre bostadsstandard i det särskilda boendet.

#### *Frågor som behöver besvaras*

I diskussioner om framtidens vård och omsorg om äldre är frågeställningar som på olika sätt berör kvarboende centrala. Några exempel på frågor som i olika sammanhang tagits upp är:

- Behövs det särskilda boendeformer eller kan all vård och omsorg tillgodoses i det ordinära boendet? Är det t.ex. möjligt

- att på ett tryggt och värdigt sätt tillgodose behoven hos en person med en framskriden demenssjukdom i ordinärt boende?
- Hur kan man öka möjligheterna för äldre att bo kvar i det ordinära boendet?
  - Ska den äldre ha rätt att få bo kvar i det ordinära boendet och få vård och omsorg där oavsett hur omfattande behoven är?
  - Ska det finnas gränser för när den äldre kan kräva att insatserna ges i det ordinära boendet? Kan ekonomiska och/eller personella resurser vara sådana skäl som skulle kunna avgöra ett sådant beslut?
  - Hur kan man beakta etiska aspekter när det gäller den äldres önskan att bo kvar hemma eller flytta till en särskild boendeform?
  - Ska den äldre som ”vill” ha rätt att få flytta till ett särskilt boende, eller ska valfriheten begränsas till att välja bort boende i en särskild boendeform?
  - Ska den äldre som flyttat in i en särskild boendeform få bo kvar där resten av livet och inte behöva flytta oavsett om behoven av vård och omsorg förändras?
  - Vilka krav ställs på samhället, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, anhöriga och den enskilde när fler äldre med omfattande behov av vård och omsorg får dessa tillgodosedda i ordinärt boende?

Under 1990-talet riktades stor uppmärksamhet mot det särskilda boendet. Stora ansträngningar och insatser har gjorts för att förändra såväl den enskildes bostad som boendeenheten som sådan mot mer hemlika boenden. Som exempel kan nämnas avveckling av flerbäddsrums och fler enkelrum med eget hygienutrymme (Socialstyrelsen 2001g). De senaste åren har även några andra frågor som berör det särskilda boendet uppmärksammas. Det gäller bl.a.:

- Krav på ombyggnad av befintliga särskilda boendeformer då de inte uppfyller kraven på personalens arbetsmiljö.
- Avveckling av mindre boendeenheter, vilket medför att vården och omsorgen koncentreras till större enheter (t.ex. Socialstyrelsen 2003f).
- Omstrukturering och avveckling av mindre boendeenheter har i några fall inneburit att det särskilda boendet koncentrerats till centralorter. En konsekvens av detta har blivit att mindre orter

och/eller delar av en kommun inte längre har ett särskilt boende.

I samband med Ädelreformens genomförande tog kommuner över ansvaret för landstingens sjukhem. Sjukhemmen och de boendeheter som kommunerna ansvarade för sedan tidigare: ålderdomshem, servicehus och gruppboenden för personer med demenssjukdom m.m. fördes samman under den gemensamma benämningen särskilda boendeformer. Den enskilde som flyttar till en särskild boendeform blir, med några få undantag, hyresgäst och "hyreslagen" (12 kap. jordabalken) ska tillämpas. Boende- och avgiftsutredningen (SOU 1999:33) behandlade frågor som berör hyreslagens tillämplighet i särskilda boendeformer. Betänkandet är remissbehandlat och bereds inom Regeringskansliet.

Frågan om kvarboende är central i diskussioner om boende och påverkar bostadsmarknaden för alla generationer. Ska fler äldre bo kvar i den nuvarande bostaden och få vård och omsorg där kommer krav att ställas på bostadsanpassning. Det påverkar även arbetsmiljön för personalen inom vård och omsorg. Vill man i stället stödja ett kvarboende i bostadsområdet/en kommundel men som innebär att man flyttar till en annan (bättre) bostad ställs krav på att man skapar sådana bostäder. En sådan rörelse kan underlätta tillgången till t.ex. småhus för barnfamiljer.

Som framgår av avsnitt 6.3.2 genomför Svenska Kommunförbundet och SABO en samhällsekonomisk studie av tillgänglighet i det ordinära boendet och möjligheter till kvarboende vid behov av vård- och omsorgsinsatser. Studien ska vara klar i början av år 2004.

### **Vad menar vi här med "äldre"?**

Livsloppsperspektiv med tonvikt på personer 65 år och äldre.

### **Hur förhåller sig området till nationella mål inom andra politikområden och statliga myndigheters ansvar?**

Vård och omsorg om äldre regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Dessa tre lagar är olika utformade och reglerar på olika sätt vad som förväntas av det offentliga i för-

hållande till den enskilde och vad den enskilde har för rättigheter. Den äldres möjligheter att kunna bo kvar i den egna bostaden även när behoven av hjälp är stora har varit i fokus under de senaste decennierna, bl.a. när det gäller utbyggnad och utveckling av vård och omsorg i öppna former.

I övrigt påverkas inriktningen av mål för bostadspolitiken, trafikpolitik och handikappolitik. Både målen för bostadspolitiken och handikappolitiken betonar på olika sätt att personer med behov av stöd, service, vård och omsorg ska kunna få dessa insatser i sin bostad.

I april 2003 gav regeringen Socialstyrelsen och Boverket i uppdrag att analysera skäl och orsaker till att äldre och funktionshindrade i vissa fall inte erbjuds en plats i en särskild boendeform trots att de har ett konstaterat behov av ett sådant boende (Socialdepartementet 2003). Om skälet är platsbrist ska orsakerna till detta analyseras närmare och då bör bl.a. följande aspekter tas upp:

- betydelsen av plan- och byggprocessens utformning och regelverk
- tillgång till mark och kostnader för denna
- produktionskostnader och andra produktionsförutsättningar
- drifts- och underhållsfaktorer
- betydelsen av samverkan mellan kommuner inom en region
- driftsformens betydelse.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2003.

#### **8.4.2 Framtida utveckling**

##### **Vilka är hindren för att formulera en kvarboendeprincip?**

När det gäller diskussioner om kvarboende finns inga formella hinder. Hindret är i stället bristen på kunskap både om hur den s.k. kvarboendeprincipen fungerar i både ordinärt och särskilt boende samt konsekvenser för såväl individ som samhälle. Med stor sannolikhet ser det olika ut för män och kvinnor, för sammanboende och ensamboende och för personer med utländsk bakgrund.

Det är också stora skillnaderna mellan tätort och landsbygd/glesbygd, både mellan kommuner och inom en kommun, när det gäller förutsättningar att ge vård och omsorg i det ordinära boendet. Det

gäller t.ex. bostadsstandard, tillgång till offentlig och kommersiell service samt allmänna kommunikationer, tillgänglighet i den fysiska miljön, geografiska avstånd och tillgång till personal.

Inte förrän under senare år har man uppmärksammat de förändrade krav som ställs på anhöriga i samband med ett ökad kvarboende även vid mer omfattande behov av vård och omsorg.

Oklarheten om vad den s.k. kvarboendepincipen innebär och fördelning av ansvar får till följd en bristande planering hos olika intressenter och aktörer i frågan. Det gäller såväl enskildas planering för sitt boende som myndigheter och andra aktörer inom områden som samhällsplanering och boende.

En särskild aspekt som berör boende och särskilt boende inför framtiden är möjligheten för äldre att flytta till en annan kommun. I framtiden kommer allt flera äldre att bo i storstadsområden eller ha barn som bor i dessa områden.

### **Hur bråttom är det att undanröja hindren?**

Arbetet med denna fråga bör komma igång snabbt då den är central i diskussionerna om det offentliga åtagandet såväl för individen som för samhället. Ställningstaganden i frågor om kvarboendet påverkar på flera sätt det offentliga åtagandet i ett långsiktigt perspektiv. Det gäller t.ex. investeringar i särskilda boenden och sjukhus samt behov av personal och deras kompetens.

Ett klarläggande i denna fråga kan också bidra till att den enskilde (och dennes anhöriga) i större utsträckning tar ett eget ansvar för att planera för sitt åldrande.

### **Vilka mätbara delmål och indikatorer kan användas för att följa förändringar?**

Införande av en individbaserad statistik kommer på sikt att innebära förbättrade möjligheter att följa den äldres boende i såväl ordinärt som särskilt boende i förhållande till vårdbehov.

Beroende på hur en kvarboendepincip formuleras behöver indikatorer (och ev. mätbara delmål) utvecklas för att kunna följa utvecklingen.

### 8.4.3 Förslag till åtgärder (nr. 90–94)

#### Förslag nr. 90

Regeringen bör göra en utvärdering av kvarboendet både i det ordinära boendet och i det särskilda boendet ur såväl ett individperspektiv (inklusive bl.a. etiska frågor) som ett samhällsperspektiv (här ingår även ekonomiska frågor som investeringar). Resultatet kan bidra med ett bättre kunskapsunderlag vid beslut som berör kvarboendet. Oberoende av hur en kvarboendepincip formuleras påverkar det beslut om boendet i vid mening. En fortsatt och eventuellt ökad satsning på kvarboende i det ordinära boendet kommer att ställa krav på åtgärder som förbättrar tillgängligheten i befintliga bostäder, dvs. i första hand inom bostadspolitiken. Behov av särskilda boendeformer ställer också krav på åtgärder från samhället, men då inom ramen för vård och omsorg.

#### Förslag nr. 91

Regeringen bör ta initiativ till ett arbete där frågor om kvarboende tas upp till diskussion. Ett forum för detta kan vara de breda diskussioner om framtidens vård och omsorg om äldre som vi föreslagit tidigare (se avsnitt 8.1).

#### Förslag nr. 92

Regeringen bör ta initiativ till att kvarboendepincipen klarläggs på ett tydligare sätt än i nuvarande lagstiftning för såväl den enskilde som för det offentliga.

#### Förslag nr. 93

Regeringen behöver initiera en översyn av begreppet särskilda boendeformer och konsekvenserna av det i annan lagstiftning. Ett klarläggande av termen särskilt boende skulle underlätta dels information till den enskilde och hans eller hennes anhöriga, dels möjliggöra jämförelser mellan olika kommuner och enheter. Frågan är delvis utredd i Boende- och avgiftsutredningen och den delen av utredningen som berör detta bereds inom Regeringskansliet. En

särskild aspekt som tas upp till diskussion i olika sammanhang, bl.a. när det gäller kvarboende, är tillämpningen av hyreslagen i det särskilda boendet. Socialstyrelsen har i flera sammanhang pekat på problemet med att begreppet särskilt boende inte är definierat i vare sig lagstiftning eller i förarbeten.

#### Förslag nr. 94

Utred behovet av statliga insatser inom boendet för att möjliggöra kvarboende även vid omfattande vård- och omsorgsbehov. För att vård och omsorg ska kunna tillgodoses i det ordinära boendet måste boendets utformning svara mot de krav som kan ställas på vård- och omsorgspersonalens arbetsmiljö samt på den fysiska miljön för anhöriga/närstående som ger vård och omsorg. Utredningen bör pröva möjligheten att bostadsanpassningsbidrag även ska kunna utgå för att tillgodose anhörigas och personalens behov. Dessa frågor bör utredas inom ramen för det uppdrag som Boverket föreslås få i avsnitt 6.3 som berör tillgänglighet i det ordinära boendet.

### 8.5 Förtydliga stödet till anhöriga/närstående till äldre människor som behöver vård och omsorg

*SENIOR 2005 föreslår:*

95. Lagreglera kommunernas skyldighet att stödja anhöriga/närstående.
96. Regeringen bör ta initiativ till en översyn av hur termerna anhörig och närstående används i lagstiftning som på olika sätt berör vård och omsorg om bl.a. äldre.
97. Kommunernas arbete med att utveckla stödet till anhöriga och närstående behöver fortsätta.
98. Uppmärksamma de varierande förutsättningarna för olika anhöriga/närstående som ger vård och omsorg åt äldre människor.
99. Utred hur tillgång till vård och omsorg om äldre påverkar jämställdhet mellan män och kvinnor.
100. Utred ansvaret för tekniska hjälpmedel till anhörigvårdare/närståendevårdare.

### 8.5.1 Utgångsläge

#### Varför är området angeläget?

I propositionen *Äldreomsorgen inför 90-talet* (prop. 1987/88:176) framhölls att det är samhället som har det övergripande ansvaret för att den enskilde får den service och vård som behövs. Den som behöver hjälp ska inte vara beroende av att släkt och vänner kan och vill hjälpa till. Närståendes insatser får därför bara ses som ett frivilligt komplement. I samma proposition redovisades att olika studier visade att omfattningen av närståendes insatser var två till tre gånger större än samhällets service- och vårdinsatser. Vidare underströks att det förhållandet att en närstående åtar sig en vårduppgift inte får innebära att socialtjänsten och hälso- och sjukvården undandrar sig sitt ansvar. Eftersom det till stor del är kvinnorna som svarar för dessa vårdinsatser är det också från jämställdhetssynpunkt nödvändigt att närstående inte känner sig pressade att avstå från eget yrkesarbete för att ägna sig åt vård av närstående.

#### *Anhöriga eller närstående?*

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen utgår från den enskilde individen och hans eller hennes behov. I både lagarna används begreppen *anhörig* och *närstående*. De används även i annan lagstiftning inom vård- och omsorgsområdet, som t.ex. lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet vid närståendevård och lag (1995:831) om transplantation. Innebörden av begreppen är inte klart definierade i vare sig lagtext eller förarbeten. I olika förarbeten ges olika definitioner som ibland överensstämmer och som ibland skiljer sig åt. I propositionen *Ändring i socialtjänstlagen* (prop. 1996/97:124) ges följande definitioner:

Med anhörig avses här den person som inom familj- eller släktkretsen bistår en annan. Ibland förekommer också att grannar och vänner träder in i anhörigas ställe och antar "funktionen" som anhörig. Därför bör i lagtexten talas om närstående som är ett vidare begrepp.

(prop. 1996/97:124 s. 132)

I delbetänkandet *Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut* (SOU 2000:6) från Kommittén om vård i livets slutskede anförs att begreppet närstående används som en samlingsbeteckning för olika



särskilt nära och förtroendefulla förhållanden av familjemässig karaktär.

I propositionen om transplantationslagen (prop. 1994/95:148) används i enlighet med lagrådets förslag inte beteckningen närstående utan ”personer som stått den avlidna nära”. I detta sammanhang avses i första hand familjen och andra anhöriga, dvs. make, sambo, registrerad partner, barn, föräldrar, syskon, far- och morföräldrar, barn till make som inte är ens eget m.fl. I det enskilda fallet kan även andra, som t.ex. mycket nära vänner, anses som personer som stått den avlidna nära.

Frågan om att vänner kan vara närstående har behandlats i propositionen *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården* (prop. 1993/94:149). Där betonas att för att vänner ska anses som närstående ska det vara fråga om djup vänskap. Enbart bekanta eller vanliga goda vänner anses inte vara närstående (prop. 1993/94:149 s. 69).

I regeringens proposition (prop. 1987/88:176) med förslag till lagen om ersättning och ledighet vid närståendevård framhölls att med närstående avsågs inte bara anhöriga utan även andra. Att allt fler människor bor ensamma eller lever tillsammans utan att vara gifta var ett skäl för att även personer utanför släktskapskretsen borde omfattas av förmånerna. Avgörande för om någon var närstående var den personliga relationen mellan vårdaren och den sjuke.

Det ovan redovisade visar också på ytterligare betydelser av anhörig och närstående. Att vara anhörig och närstående är inte detsamma som att vara anhörigvårdare eller närståendevårdare. En person kan vara anhörig/närstående men inte givare av vård och omsorg till den äldre.

En aspekt som tas upp i olika sammanhang är den äldres inställning till vård och omsorg från en anhörig. I lagen om ersättning och ledighet för närståendevård är en utgångspunkt för att lagstiftningen ska vara tillämplig att den sjuke samtycker till att vård och omsorg ges av den närstående personen. I den deklaration som antogs vid Europarådets hälsoministermöte i Aten i april 1999 pekas särskilt på att anhörigvård bygger både på samtycke från den äldre och från den anhörige (Europarådet 1999).

Ytterligare ett par begrepp som kan finnas skäl att definiera är anhörigomsorg och anhörigstöd. I propositionen *Ändring av socialtjänstlagen* (prop. 1996/97:124) ges följande definitioner. Med anhörigomsorg avses olika former av hjälpinsatser som ges av

anhöriga till personer som på grund av sjukdom eller funktionshinder behöver sådana i sin dagliga livsföring. Med *anhörigstöd* (eller stöd till anhöriga) avses olika insatser som primärt syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta den anhöriges situation.

Kommittén Vård i livets slutskede tar upp en särskild aspekt på detta med anhörig och närstående. I sitt delbetänkandet (SOU 2000:6) anför kommittén att det allra vanligaste är att det är patientens närmaste familj eller släkt som är att anse som personer som har stått den sjuke nära. En nära släkting som patienten inte haft kontakt med på lång tid bör dock inte automatiskt räknas som närstående. Det är i första hand patienten som avgör vem som ska betraktas som närstående. Kommittén tar även upp att det kan uppstå konflikter mellan närstående.

Ett annat förhållande som berör anhöriga och anhörigas roll är den situation som uppstår om den enskilde på grund av sjukdom eller liknande inte själv kan ta tillvara sina intressen och rättigheter när det gäller vård och omsorg. Frågan uppmärksammade i Utredningen om bemötande av äldres slutbetänkande *Bemötande av äldre* (SOU 1997:170). I Förmyndarskapsutredningens (Ju 2002:04) uppdrag (dir. 2002:55) ingår att granska och ta ställning till behovet av ändringar i regelverket för gode män och förvaltare. En fråga som ska uppmärksammas särskilt är om god man, förvaltare eller någon ny form av legal ställföreträdare ska kunna lämna samtycke till åtgärder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer som inte på grund av sjukdom eller liknande inte själva förmår att ge samtycke. Utredaren ska även ta ställning till anhörigas roll i detta sammanhang. Utredningen beräknas avsluta sitt arbete den 1 juli 2004.

Undersökningar visar att anhöriga gör mycket stora insatser inom vården och omsorgen om de äldre. Det gäller främst make/maka/sambo, men även vuxna barn som är i 50–60-årsåldern. De flesta studier pekar på att det är kvinnor: maka/sambo, döttrar och svärdöttrar, som utför merparten av dessa insatser (Szebehely 1998 och Socialstyrelsens material i bilagedel C av detta betänkande). Insatserna är av stort värde såväl för den enskilde och den anhörige som för samhället. I flera avseenden kan den formella vården och omsorgen inte ersätta innehåll och kvalitet i den omsorg som ges av anhöriga/närstående (t.ex. Thoraeus Olsson 1990).

En aspekt som bör uppmärksammas i detta sammanhang är äldre människors vård och omsorg om funktionshindrade vuxna barn.

*Anhöriga och närstående behöver stöd*

Det finns behov av stöd till de anhöriga/närstående som vill och kan ge vård och omsorg till en äldre släkting/närstående. Då de anhörigas/närståendes situation ser mycket olika ut behöver det finnas olika former av stöd för att underlätta deras situation och för att i vissa fall förebygga behov av vård och omsorg hos den anhörige/närstående själv på grund av ett ”för tungt” ansvar.

Olika studier visar att många anhöriga vill hjälpa den äldre som behöver hjälp och stöd, men att man inte vill vara ensam om ansvaret (t.ex. Socialstyrelsens material i bilagedel C av detta betänkande). I olika sammanhang har det framhållits att det bästa stödet för anhöriga är tillgång till offentlig vård och omsorg (Socialstyrelsen 2002g). Under 1990-talet har anhöriga fått ta en större del av ansvaret för vård och omsorg om äldre. Det är i första hand kvinnliga anhöriga till äldre med små ekonomiska resurser (SOU 2000:38). Det är inte klarlagt vad denna utveckling inneburit för anhöriga och deras livssituation. En fråga som ställts, utan att besvaras, är om det ökade ansvaret för vård och omsorg om äldre har bidragit till den stora ökningen av sjukskrivningar bland kvinnor i övre medelåldern.

Den 1 januari 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som föreskrev att kommunen genom stöd och avlösning borde underlätta för närstående som vårdar äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka (prop. 1996/97:124). Bestämmelsen innehåller inte några närmare föreskrifter om hur stödet bör utformas. Det är en frivillig verksamhet för kommunen.

I samband med *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113) infördes ett treårigt (1999–2001) stimulansbidrag till landets samtliga kommuner för att utveckla stödet till anhöriga (ofta kallat Anhörig 300). Socialstyrelsens slutrapport till regeringen (2002a) visar att stödformer som fanns tidigare har vidareutvecklats och att nya stödformer har tillkommit och spridits till fler kommuner. Dagverksamhet, korttidsboende och avlösning i hemmet är exempel på ”traditionella” insatser medan anhörigkonsulent, anhörigcentra är exempel på nya stödformer. Det finns någon form av anhörigstöd för dem som vårdar äldre i nästan alla kommuner. Ungefär 10 procent av kommunerna har stödformer för anhöriga till vårdbehövande äldre med utländsk bakgrund och som inte behärskar svenska språket. I rapporten beskrivs att det inte är ovanligt att anhöriga tackar nej till erbjuden hjälp då man

tycker att den är av dålig kvalitet eller inte motsvarar deras önskemål. Inom ramen för arbetet med *Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården* (prop. 1999/2000:149) har regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet tecknat ett avtal om att arbetet med att utveckla stödet till anhöriga ska fortsätta under åren 2002–2004). Socialstyrelsens uppföljning av detta arbete (Socialstyrelsen 2003b) visar att endast en tredjedel av kommunerna uppger att de har gjort någon ”systematisk uppföljning” av anhörigstödet. Det är därmed oklart i vilken utsträckning anhörigstödet verkligen når dem som är i behov av stöd.

Den 1 oktober 2002 fick ca 2 100 personer 65 år och äldre beviljad hemhjälp som utfördes av anhörig/närstående som var anställd av kommunen. Då detta är en anställning erhöll den anhörige/närstående lön som var skattepliktig och pensionsgrundande. Vid samma tidpunkt var drygt 5 500 personer 65 år och äldre beviljade ekonomisk ersättning av kommunen i form av s.k. anhörigbidrag för att ersätta anhörig/närstående för utförd hjälp i hemmet. Jämfört med samma tidpunkt år 2001 var det en ökning med drygt 500 personer. Det skattefria bidraget utbetalades till den äldre och var inte pensionsgrundande för den anhörige (Socialstyrelsen 2003j). Att det s.k. anhörigbidraget utbetalas till den äldre och inte är pensionsgrundande för den anhörige kan eventuellt påverka benägenheten att ta på sig att utföra vård- och omsorgsinsatserna.

Riksdagen beslutade våren 2002 (bet. 2001/02:SoU11) om ett tillkännagivande till regeringen där man anser att det vore önskvärt att i socialtjänstlagen införa en särskilt reglerad skyldighet för kommunerna att stödja dem som vårdar närstående. Tillkännagivandet omfattar samtliga tre målgrupper som anges i 5 kap. 10 § SoL, dvs. äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka.

### Vad menar vi här med ”äldre”?

Livsloppsperspektiv, med tonvikt på personer i 50–60-årsåldern och äldre.

## Hur förhåller sig området till nationella mål inom andra politikområden och statliga myndigheters ansvar?

Vård och omsorg om äldre regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Gemensamt för dessa lagar är att det är individens behov av vård och omsorg som är utgångspunkten vid en bedömning.

En fråga som ofta ställs är vilka skyldigheter anhöriga har när det gäller äldres behov av vård och omsorg i Sverige. Denna fråga kan behandlas ur många aspekter: juridiskt, känslomässigt och praktiskt m.m.

Enligt Äktenskapsbalken (1987:230) har äkta makar en ömsesidig skyldighet att bidra till familjens underhåll. Dessa regler gäller även för registrerade partner enligt lagen (1994:1117) om registrerat partnerskap. Till familjens underhåll räknas såväl ekonomi som andra insatser för den gemensamma hushållningen. Den gemensamma hushållningen innefattar de sysslor som normalt förekommer i ett hem såsom städning, matlagning, tvätt, inköp m.m. Lagstiftningen som reglerar makars rättsförhållanden förutsätter att makarna fördelar dessa sysslor mellan sig. I ett hem där ena maken på grund av sjukdom eller funktionshinder inte kan utföra en syssla får det ankomma på den andra maken att utföra den. Det innebär bl.a. att den enskilde inte har rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen om makar kan bistå varandra ekonomiskt eller med olika sysslor i hemmet. När det gäller äkta makars skyldighet att bistå varandra praktiskt tyder de få domar som finns på att man dragit en gräns mellan sysslor i hemmet och personlig omvårdnad (Socialstyrelsen 1985a och 1985b och Esping 1994, s. 153). Domarna visar att makar har en långtgående skyldighet när det gäller att gemensamt ta ansvar för sysslor i hushållet, medan denna skyldighet inte omfattar personlig omvårdnad. För sambor finns det inte någon motsvarande reglering till äkta makars biståndsplikt mot varandra. Sambolagen (2003:376) omfattar enbart sambors gemensamma bostad och bohag. Huvudsyftet med sambolagstiftningen är att ge den svagare parten ett minimiskydd vid samboförhållandets upplösning. Den nya sambolagen som trädde i kraft den 1 juli 2003 omfattar både heterosexuella och homosexuella samboförhållanden.

Valet av form för familjebildning, äktenskap/partnerskap eller samboförhållande, har med stor sannolikhet ingen eller liten be-

tydelse för de känslomässiga och praktiska aspekterna när det gäller att makar och sambor hjälps åt med praktiska sysslor i hemmet och i övrigt hjälper varandra.

I Sverige har vuxna barn inga lagliga skyldigheter att tillgodose föräldrars behov av vård och omsorg. Denna skyldighet upphörde år 1957 när socialhjälpslagen (1956:2) trädde i kraft. I familjerätten fanns dock sådana regler kvar till år 1978 (Winqvist 1999). Vuxna barn är viktiga givare av omsorg när det gäller framför allt ensamboende föräldrar med behov av omsorg, trots att det inte är någon skyldighet enligt lag (t.ex. Winqvist 1999, Szebehely 1998 och Socialstyrelsens material i bilagedel C av detta betänkande).

Bland anhöriga som gör stora insatser för äldre finns ett stort antal som är i förvärvsaktiv ålder. Det kan dels vara make/maka/partner/sambo, dels vuxna barn och barnbarn.

Inom jämställdhetspolitiken har tillgång till barnomsorg varit en viktig faktor för att göra det möjligt för män och kvinnor att delta på lika villkor i arbetslivet. Tillgång till vård och omsorg om äldre har i mycket begränsad omfattning uppmärksammats i detta sammanhang. Ett undantag är jämställdhets- och socialförsäkringsministrarnas informella ministermöte i januari 2001 som Sverige ordnade under sitt halvår som ordförande i EU. Där lyftes ”en bra äldreomsorg i samhället” fram som en faktor som kan förbättra förutsättningarna för att förena familj och arbete i synnerhet för kvinnor (Socialdepartementet 2001). Att tillgång till vård och omsorg inte tagits upp i jämställdhetsarbetet innebär att det inte finns någon kunskap om och i så fall hur äldres behov av vård och omsorg påverkar anhörigas/närståendes situation i arbetslivet. Det gäller särskilt situationen för kvinnliga anhöriga/närstående.

En annan fråga som påverkar anhörigas/närståendes möjligheter att ge vård och omsorg är tillgången till tekniska hjälpmedel. När det gäller individuella hjälpmedel för den äldre regleras detta i hälso- och sjukvårdslagen medan arbetshjälpmedel för vårdpersonalen är en fråga för arbetsgivaren med hänvisning till bl.a. arbetsmiljölagen. Det innebär att hjälpmedel för de anhöriga som är anställda som s.k. anörigvårdare är ett ansvar för i första hand kommunen. Den stora majoriteten anörigvårdare/närståendevårdare är dock inte anställda och det är oklart vem som har ansvaret i denna situation. I en uppföljning av anhörigas erfarenheter och synpunkter på kommunens stöd till anörigvårdare (Socialstyrelsen 2002e) framhålls betydelsen av tekniska hjälpmedel för att klara att vårda den anörige. Där framkommer också att det

finns svårigheter när det gäller både information och tillgång till tekniska hjälpmedel för anhöriga/närstående. I Hjälpmedelsinstitutets verksamhetsprogram för år 2003 är ett mål att utveckla och sprida kunskap om hjälpmedlens betydelse för en ökad trygghet och förbättrat stöd till anhöriga (Hjälpmedelsinstitutet 2003). LSS- och hjälpmedelutredningen (S 2001:06) ska enligt direktiven (dir. 2001:81) ta upp gränsdragningen mellan individuella hjälpmedel för personer med personlig assistans och arbetshjälpmedel för personlig assistenter.

### **8.5.2 Framtida utveckling**

#### **Vilka är hindren för att förtydliga stödet till anhöriga/närstående till äldre människor som behöver vård och omsorg?**

För att kunna förtydliga stödet till anhöriga/närstående behövs ytterligare kunskap som belyser

- villkoren för män och kvinnor
- situationen för anhöriga/närstående till äldre invandrare
- situationen för anhöriga/närstående med begränsade ekonomiska resurser.

Ett övervägande av att lagreglera kommunernas skyldighet att stödja anhöriga/närstående behöver inte bara analyseras ur ett ekonomiskt perspektiv, utan även ur ett juridiskt. Vilka är anhöriga? Vilka är närstående? Hur ska kommunen hantera den enskildes rätt till bistånd och se till att inga åtgärder kan vidtas mot hans eller hennes vilja enligt socialtjänstlagen samtidigt som kommunen är skyldig att stödja anhöriga/närstående?

#### **Hur bråttom är det att undanröja hindren?**

Arbetet som pågår med att utveckla stödet till anhöriga för att göra det möjligt för dem som vill och kan att ge vård och omsorg under rimliga förhållanden behöver fortsätta. Den pågående förändringen av familjemönster och sociala nätverk bör beaktas när det gäller att även närstående som inte är anhöriga ger vård och omsorg.

### Vilka mätbara delmål och indikatorer kan användas för att följa förändringar?

I dag saknas det indikatorer inom detta område. Det är möjligt att få viss information från ULF-undersökningar men det finns problem med den övre åldersgränsen om 84 år.

Ökade satsningar på stöd och hjälp till anhöriga/närstående måste innebära att indikatorer utvecklas för att följa utvecklingen inom detta område.

Det behövs också ökad kunskap om i vilken omfattning närstående som inte är anhöriga utför olika insatser.

### 8.5.3 Förslag till åtgärder (nr. 95–100)

#### Förslag nr. 95

Lagreglera kommunernas skyldighet att stödja anhöriga/närstående. Riksdagen har tidigare beslutat om ett tillkännagivande till regeringen om att det är önskvärt att i socialtjänstlagen införa en särskilt reglerad skyldighet för kommunens socialnämnd att stödja dem som vårdar en närstående. Enligt tillkännagivandet bör regeringen snarast göra en analys av de ekonomiska konsekvenserna av en sådan lagreglering samt redovisa för riksdagen olika alternativa lagregleringar i avsikt att ytterligare stödja anhöriga. Inom Socialdepartementet pågår en analys av de ekonomiska och juridiska konsekvenserna av en sådan skyldighet. Enligt uppgift från Socialdepartementet kommer material i denna fråga att presenteras under vintern 2003/2004. Vi vill understryka att arbetet med denna fråga inte bör fördröjas utan att det är angeläget att tidsplanen hålls. Utöver tillkännagivandet från riksdagen vill vi understryka att det är av stor vikt i den juridiska analysen att regeringen beaktar den äldres, funktionshindrades och sjukas situation och ställning vid en lagreglering av skyldigheten för kommunen att stödja anhöriga/närstående.

#### Förslag nr. 96

Regeringen bör ta initiativ till en översyn av hur termerna anhörig och närstående används i lagstiftning som på olika sätt berör vård och omsorg om bl.a. äldre. Översynen bör ske mot bakgrund av



bl.a. den pågående förändringen av familjemönster och socialt nätverk. I nuvarande lagstiftning används termerna ibland som om de överensstämmer, ibland som om de skiljer sig åt. Ett sådant arbete bör ta hänsyn till resultatet av Förmyndarskapsutredningens arbete i de delar som berör detta område.

#### **Förslag nr. 97**

Kommunernas arbete med att utveckla stödet till anhöriga och närstående behöver fortsätta. Det är då viktigt att kommunerna gör en uppföljning av anhörigstödet för att klarlägga om det verkligen når de anhöriga och närstående som är i behov av stöd samt utvecklar kvaliteten i de stödinsatser som erbjuds anhöriga/närstående.

#### **Förslag nr. 98**

Uppmärksamma de varierande förutsättningarna för olika anhöriga/närstående som ger vård och omsorg åt äldre människor. Som framgått tidigare ges omsorg av anhöriga/närstående i olika åldrar och både av anhöriga/närstående som bor tillsammans med den äldre och i ett annat hushåll. Det innebär att anhörigas/närståendes behov av stöd ser mycket olika ut och det är inte bara möjligheterna att få stöd inom ramen för socialtjänsten som är av betydelse för förutsättningarna att ge vård och omsorg. Tillgången på kommunikationer är ett exempel på faktorer som påverkar både möjligheterna att ge vård och omsorg och upprätthålla sociala kontakter i de fall man inte bor i samma bostad. För anhöriga/närstående som fortfarande är yrkesverksamma behöver möjligheterna till flexibilitet i arbetslivet uppmärksammas.

#### **Förslag nr. 99**

Utred hur tillgång till vård och omsorg om äldre påverkar jämställdhet mellan män och kvinnor. En åldrande befolkning ger nya uppgifter för jämställdhetsarbete. Förutsättningarna för kvinnors och mäns lika deltagande i arbetslivet behöver uppmärksammas inte bara när det gäller ansvar för hemmet och föräldraskap utan även ansvar för vård och omsorg om äldre anhöriga/närstående.

**Förslag nr. 100**

Utred ansvaret för tekniska hjälpmedel till anhörigvårdare/närstående/vårdare. Anhöriga/närstående kommer att ha stor betydelse även i framtidens vård och omsorg om äldre. En viktig förutsättning för att de ska ha möjlighet att klara sin uppgift är att de kan få information om och tillgång till tekniska hjälpmedel. Ansvaret för hjälpmedel till anhöriga/närstående som ger vård och omsorg är inte klarlagt i dag.

# Reservationer och särskilda yttranden

## Reservation

av ledamöterna *Cristina Husmark Pebrsson (m)*, *Marietta de Pourbaix-Lundin (m)*, *Margareta Arvidson (m)*, *Åke Eriksson (m)*, *Harald Nordlund (fp)*, *Sven Brus (kd)*, *Ulla Bäckström (kd)* och *Roland Larsson (c)*.

## Hushållsnära tjänster

Vi har vid ett stort antal tillfällen under utredningens gång framfört att vi vill att SENIOR 2005 ska utreda och lägga fram förslag om att införa en skattereduktion för hushållsnära tjänster. Valfrihet och många alternativ att välja på ser vi som en självklarhet för att kunna tillgodose olika människors behov i olika situationer och skeenden i livet. Vårt förslag om en skattereduktion för hushållsnära tjänster ska därför ses som ett av flera alternativ inom ramen för service i hemmet.

Tyvärr är det i dag endast personer med mycket höga inkomster som kan köpa hushållsnära tjänster. Om skatterna sänks på dessa tjänster skulle det bli möjligt för fler att köpa dem. Därmed skulle bördorna för många familjer bli lättare. Det skulle för många innebära färre stressmoment i vardagslivet samt en högre livskvalitet. Vidare kan denna avlastning ses som en del i ett förebyggande arbete som gör att vi orkar arbeta högre upp i åldrarna.

De tjänster som utförs i det egna hemmet eller på den egna tomten ska berättiga till skattelättnad. Det innebär att skatten sänks för ett antal hushållstjänster där det är lätt att "göra det själv" och där någon vit marknad knappast förekommer, exempelvis städning, gräsklippning och snöskottning. Förslaget omfattar även sådana tjänster som redan delvis utförs på en vit marknad, som målning, snickeriarbete och reparation av hushållsapparater. Där-

emot utesluts offentligt subventionerade tjänster, exempelvis offentlig hemtjänst och andra tjänster som normalt inte utförs i hemmet, exempelvis advokat- och arkitekttjänster.

Vi vill göra vita hushållstjänster tillgängliga för människor med normala inkomster. Vi föreslår att en skattereduktion på 50 procent införs för privatpersoners betalning av arbetskostnaden för hushållstjänster inkl moms som utförs i det egna hemmet upp till ett tak på 25 000 kronor per hushåll och år. Förslaget innebär att det vita priset halveras jämfört med dagens regler.

Alla borde vara medvetna om att orimliga skatteregler lägger en död hand över marknaden för vita hushållstjänster. Många jobb i denna sektor kommer aldrig till stånd. Hundratusentals hushåll, framför allt barnfamiljer och äldre, köper tjänsterna svart. Tusentals människor arbetar utan att få del av de gemensamma trygghetsystemen. Så ser verkligheten ut.

### **Vi vill genom vårt förslag:**

- Göra svarta jobb vita.
- Öka valfriheten för hushållen.
- Öka jämställdheten.
- Minska stressen.
- Öka livskvaliteten.

## Reservation

av ledamöterna *Cristina Husmark Pebrsson (m)*, *Margareta Arvidson (m)*, *Marietta de Pourbaix-Lundin (m)* och *Åke Eriksson (m)*

Den parlamentariska utredningen SENIOR 2005 har inriktat sitt arbete på att identifiera och analysera hinder, men också möjligheter, för att på sikt skapa en långsiktig och hållbar utveckling av äldrepolitiken. Vår bedömning är att föreliggande slutbetänkande tillfört mycken kunskap om förutsättningarna för framtidens äldrepolitik. Vi noterar också med tillfredsställelse den tydliga fokusering på individens behov och önskemål, som nu görs i detta betänkande. Detta överensstämmer med moderat politik.

Vi instämmer i flertalet av de 100 förslag som har presenterats i slutbetänkandet, men beklagar ändå att utredningens majoritet inte har förmått gå längre i sin ambition att konkretisera de egna slutsatserna i verkliga åtgärder. I stället hänvisas många och viktiga frågor tillbaka till regeringen för vidare handläggning, med risk för att angelägna beslut kan komma att fördröjas.

### Beredskap inför framtiden

På ett mycket rättframt, tydligt och nästan smärtsamt sätt beskrivs i betänkandet ett samhälle som från år 2010 står inför allvarliga problem, såväl för samhällsmedborgarna som för de enskilda individerna. Fler äldre behöver vård och omsorg samtidigt som färre arbetar. De yngres försörjningsbörda blir tung, samtidigt som lokala och regionala skillnader uppstår när det gäller äldres vård- och omsorgsbehov. Ekvationen går, enligt vår mening, inte ihop.

Under 2020-talet kommer behovet av regelbunden vård och omsorg för äldre människor att öka, när andelen äldre personer i 80-årsåldern snabbt blir större. Den medicinsktekniska utvecklingen kommer sannolikt att medföra förbättrade möjligheter till diagnos och behandling högre upp i åren. Samtidigt är det troligt att fler i den yngre-äldre åldersgruppen kommer att ställa större krav på vården. Därmed accentueras behovet av mer resurser till hälso- och sjukvården.

Hur väl förberett är samhället för att möta utmaningen när de äldre blir fler, färre förvärvsarbetar och ekonomin sviktar? Slutbetänkandet beskriver hur tiden fram till 2010 bör användas för att förbättra förutsättningarna för ekonomisk tillväxt. Därefter kommer med största sannolikhet en debatt som handlar om fördelning mellan generationerna. I betänkandet står bl.a. följande att läsa:

– *Hela samhället måste mobiliseras för att i god tid möta de utmaningar som följer med en åldrande befolkning.*

Moderaterna instämmer till fullo i ställningstagandet.

### **Begränsningar i utredningen**

Utredningen får enligt direktiven inte ta upp huvudmannaskapsfrågorna och den framtida finansieringen av äldreomsorgen. På grund av dessa begränsningar saknas möjlighet att ta de helhetsgrepp som behövs för att pröva nya lösningar.

### **En framtida försörjningskvot**

SCB:s framskrivning av försörjningskvoten fram till 2050 ger anledning till stark oro. Långtidsutredningen (SOU 2000:7) visar i sin analys att det blir svårt att finansiera välfärdssystemet enbart via skatter om nuvarande ambitioner skall bibehållas.

Problembilden beskrivs också av Svenska Kommunförbundet i dess långsiktiga perspektiv: "Kommunala framtider en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050". Svenska Institutet för Framtidsstudier drar slutsatsen att den svenska ekonomin om 20 år med stor sannolikhet kommer att befinna sig i en prekär situation med låg tillväxt, lågt sparande, budgetunderskott och förmodligen också bytesbalansunderskott. Sammantaget visar detta enligt vår uppfattning att tillväxtens betydelse för utvecklingen inte nog kan betonas.

### **Hur används resurserna idag?**

Variationerna när det gäller andelen äldre som får hemtjänst i ordinarie boende eller bor i en särskild boendeform är stora i landets kommuner. Forskare som närmare har försökt härleda dessa varia-

tioner (bl.a. Trydegård 2000) har inte kunnat påvisa några enskilda faktorer som förklarar denna variation. Också Socialstyrelsen har i uppföljningar och utvärderingar konstaterat att det inte finns några rimliga förklaringar till skillnaderna när det gäller kostnad och resurstillgång. Varför det är så stor skillnad i kommunerna är en fråga som sällan diskuteras. Inte heller är det möjligt att få svar på frågan om vad den offentligt finansierade vården och omsorgen kostar och hur resurserna används.

## **Moderata synpunkter och förslag**

### **Valfrihet**

Mot bakgrund av ovanstående har moderaterna i beredningen framfört att resurserna för vård och omsorg bör fördelas efter individuella behov – vid större behov avsätts mer resurser – men också att pengarna bör följa de äldres val av vårdgivare i hela landet och inom EU. För att detta skall bli möjligt krävs att finansieringen av äldreomsorgen blir en statlig angelägenhet och att det görs en överenskommelse mellan de politiska partierna i syfte att garantera resurser till en värdig vård och omsorg.

Med en sådan lösning och med en likvärdig behovsbedömning i landet får vården om äldre samma förutsättningar och de äldre får en vård vars kvalitet de kan känna sig tillfreds med. Vi beklagar att utredningen inte har velat gå oss tillmötes i denna fråga. Vår uppfattning är att situationen i landet är allvarlig och kräver snara åtgärder.

### **Bilstöd**

Vår ambition är sedan tidigare att helt ta bort den övre åldersgränsen för bilstöd till personer med funktionshinder. Vi ser därför med glädje att utredningen uppmanar regeringen att se över åldersgränsen 65 år. Vi hade dock velat gå ett steg längre.

### Hjälpmedelsgaranti

I slutbetänkandet noterar man att det finns en tröghet när det gäller tillgång till användbara och ändamålsenliga produkter och tjänster för äldre. Idag är många leverantörer ovilliga att utveckla ny teknik innan de ser att någon vill betala för produkterna. Vården har å sin sida svårt att formulera sina önskemål innan det finns ett utbud. Vi menar att en fri marknad på hjälpmedelsområdet skulle generera en bättre utveckling. Moderaterna har tidigare i motioner föreslagit en hjälpmedelsgaranti för att förbättra situationen.

### Förebyggande hälsoarbete

I slutbetänkandet framhålls att äldre genom förebyggande åtgärder kan vara delaktiga i samhällslivet under längre tid och att det finns starka skäl för att uppmuntra ett förebyggande hälsoarbete. Vi menar bestämt att detta arbete bäst sker nära människor på det lokala och regionala planet och inte minst i nära samarbete med de organisationer och föreningar som på ett föredömligt sätt engagerar sig för äldres situation.

Moderaterna har vid ett flertal tillfällen betonat vikten av sådant arbete och vi anser att nationella medel som satsas på förebyggande hälsoarbete i stället bör satsas nära människorna och deras livsmiljö.

### Effektivare lagstiftning

Vården och omsorgen om äldre regleras idag i främst tre lagar: Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763), Socialtjänstlagen (2001:453) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Lagarna bygger på delvis olika principer. Detta förhållande komplicerar situationen inom vård och omsorg. Det handlar om skillnader inom områden som dokumentation, sekretess och rättssäkerhet.

Moderaterna har föreslagit en översyn av lagarna i syfte att sammanföra dessa. Vi har också föreslagit att Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsenheter ska sammanföras till en ny och oberoende myndighet för att garantera en kraftfullare tillsyn.



## Rätt att välja boende

Sedan den 1 januari 1998 är det möjligt också för en äldre person med varaktigt vård- och omsorgsbehov som vill flytta till en annan kommun att ansöka om bistånd i den kommunen.

I slutbetänkandet framgår att detta enligt Socialstyrelsens uppföljning (Socialstyrelsen 2001) inte varit något problem. Trots detta kan vi i Socialstyrelsens rapport (Äldres rätt att flytta – kommunernas tillämpning av 6 h SoL) notera att många äldre har ansökt om att få byta boende, men inte fått sina ansökningar beviljade. Av ansökningarna framgår att orsaken till att man vill flytta är att komma närmare sina barn, barnbarn eller hembygd. Andra önskemål är att man vill åldras tillsammans med landsmän eller där man känner gemenskap. Ett annat skäl, som är nog så viktigt, är att man vill flytta p.g.a. otrivsel.

Vi konstaterar att friska skattebetalare självklart kan flytta och bo som man vill. Barnbidrag, skolpeng och studiebidrag följer den enskilde. Numera finns det också större frihet att välja vårdgivare. Men, som gammal och sjuk skattebetalare måste man ansöka om att få flytta och låta någon som inte känner till behoven eller bakgrunden till ansökan göra en bedömning.

Det finns enligt samma rapport information om behovsbedömningar gjorda per telefon. Detta är oförenligt med en politik som ska visa äldre respekt och omtanke.

Vi föreslår fritt vårdval i hela Sverige – också för äldre som behöver av vård och omsorg.

## Ekonomiska incitament

I direktiven till SENIOR 2005 framhålls bland annat följande: ”Det är angeläget att beredningen särskilt beaktar behov av åtgärder som innebär att äldres resurser i form av erfarenheter, kompetens och kunskaper i högre utsträckning tas till vara inom olika samhällssektorer.” Vidare finns under viktiga områden som bör beaktas i beredningens arbete bland annat en punkt om ” – äldres delaktighet i arbetslivet och möjligheter att fortsätta ett aktivt yrkesliv efter uppnådd pensionsålder”.

I beredningens delbetänkande ”Riv ålderstrappan!” framhålls i en ruta att:

*”förändringar som kan göras i arbetsrätten och skattelagstiftningen för att stimulera arbetsgivarna att anställa redan pensionerade personer måste undersökas”.*

Dessutom påpekas i delbetänkandet att lagar och regler som förhindrar, försvårar eller gör det ekonomiskt ointressant för personer som vill kombinera förvärvsarbete med pension måste identifieras och undanröjas.

Trots direktiven och förslagen i delbetänkandet, och trots att det under hearingarna i anslutningen till delbetänkandet tydligt framkom att det behövs ekonomiska incitament både för den enskilde och för arbetsgivarna för att fler ska finnas kvar i arbetslivet längre än i dag, läggs i detta slutbetänkande inga konkreta förslag. I dag är genomsnittsåldern för utträdet ur arbetslivet lägre än 60 år.

På sikt vill vi att de första 50 000 kronorna för alla inkomstagare ska vara befriade från inkomstskatt. Vi vill också successivt avskaffa den statliga inkomstskatten helt och hållet. Dessa åtgärder främjar tillväxten, samtidigt som de ger individen starka ekonomiska incitament att utbilda sig, arbeta, arbeta mer och dessutom högre upp i åldrarna.

Vi anser att äldre personers kompetens och erfarenhet bättre måste tas till vara i arbetslivet. Diskriminering av äldre måste motverkas och arbetslivet göras mer flexibelt så att äldre får ökade möjligheter att till exempel förkorta sin arbetstid. Likaså måste eget företagande uppmuntras i alla åldersgrupper.

### Service i hemmet

Utredningen har lagt ned ett stort och gediget arbete på att få fram konkreta förslag till lagändringar som gör det möjligt för de kommuner som så önskar att ge service i hemmet till sina invånare över en viss ålder och utan behovsbedömning. Tyvärr visade det sig att det tänkta förslaget blev komplicerat. Det blev dessutom, och kanske framför allt, så ofördelaktigt ekonomiskt på grund av momsreglerna att det i princip blir helt ointressant både för kommunen och för den enskilde. Nuvarande momsregler innebär nämligen att moms ska tas ut om inte servicetjänsten har behovsbedömts. Med anledning av detta har utredningen landat i att

endast föreslå försöksverksamhet för service i hemmet *inom* nuvarande lagstiftning.

Vi vill för vår del trots detta se möjligheterna och därför anser vi att det måste vara möjligt att ha en försöksverksamhet utanför nuvarande lagstiftning. Detta skulle innebära att intresserade kommuner kan få pröva nya former för service i hemmet genom att riksdag och regering under en begränsad försöksperiod möjliggör avsteg från nuvarande lagstiftning. Detta skulle öka intresset samt ge ett bredare underlag för framtida ställningstaganden.

### **Hushållsnära tjänster**

Moderaterna har tillsammans med folkpartiet, kristdemokraterna och centerpartiet lagt en separat gemensam reservation om 50 procents skattereduktion för hushållsnära tjänster. Detta förslag från oss bör ses som ytterligare ett alternativ. Det ena alternativet utesluter inte det andra utan ska betraktas som olika sätt att öka valmöjligheter och självbestämmande.

## Särskilt yttrande

*av ledamöterna Sven Brus (kd) och Ulla Bäckström (kd).*

Äldreberedningen SENIOR 2005 har haft regeringens uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. En viktig utgångspunkt är sådana kända demografiska förändringar i det svenska samhället som innebär en ökning av såväl antal som andel äldre i befolkningen under de närmaste årtiondena. Äldreberedningens 100 förslag är framåtsyftande och harmoniserar mycket väl med en kristdemokratisk människosyn och vår vision om ett samhälle där varje människa kan möta livsloppets olika faser med trygghet och garanterad värdighet. Det är ytterst tillfredsställande att beredningen betonar att också äldrepolitiken behöver en värdegrund som hävdar människans värde och människans väl. Vi står fullt ut bakom beredningens grundsyn samt dess analyser och förslag. Men varje ansats till framåtblickande måste ha sin förankring i dagens situation. Vi vill i detta särskilda yttrande knyta an beredningens analyser och förslag till den förda dagspolitiken, främst på nationell nivå, samt understryka några av de många aspekter som vårt betänkande tar upp.

Det kan konstateras att många människor i Sverige idag känner, och ofta uttrycker, en välgrundad oro inför det egna åldrandet. Kunskapen om det ökande antalet äldre i samhället och erfarenhet av de påfrestningar som offentlig vård, omsorg och service utsatts för under 90-talet är en bidragande orsak till denna oro. Oron för framtiden grundas i känslan av minskande delaktighet i samhällslivet, ensamhet och isolering, brist på respekt och olika uttryck för diskriminering. Sist men inte minst bristande tilltro till samhällets förmåga att tillgodose en värdig vård och omsorg. Det nya pensionssystemet syftar till att garantera de äldre ekonomisk trygghet och oberoende men fortfarande lever en stor grupp pensionärer under ansträngda ekonomiska villkor. Även detta inger oro för framtiden.

Förutsättningarna att forma den äldrepolitik för morgondagen som uttrycks i nationella målsättningar och i regeringens direktiv till äldreberedningen måste också ha sin utgångspunkt i dagens förda politik. De politiska prioriteringar som krävs för att garantera den växande andelen äldre ett gott och värdigt liv kan inte skjutas på framtiden utan måste återspeglas exempelvis i de årliga besluten

om statsbudgeten. Den nödvändiga saneringen av statens finanser under det senaste årtiondet har i hög grad drabbat kommunernas och landstingens vård, omsorg och service till de äldre. Uppgifter har ofta ålagts kommunerna från den statliga nivån utan att finansieringsprincipen tillämpats. Den kommunala sektorn måste ges ökade resurser till sina angelägna åtaganden.

När antalet vårdplatser mer än halverats sedan slutet av 80-talet har detta främst drabbat de äldre vårdbehövande. Landstingsvårdens neddragningar har inte motsvarats av en utbyggnad av kommunernas särskilda boendeformer. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har i en gemensam kartläggning uppmärksammat att närmare 5 000 äldre, trots konstaterade behov och i många fall erhållna biståndsbeslut, inte fått plats i särskilt boende. Dessa personers vårdbehov och rättstrygghet har därmed åsidosatts. Ett annat problemområde är personalförsörjningen inom vård och omsorg. Trots uppenbara problem att rekrytera och behålla personal med adekvat kompetens saknas en samlad strategi från regeringens sida. Det mångkulturella Sverige måste även återspeglas i personalsammansättningen. De anhörigas och närståendes insatser i vården och omsorgen är ovärderliga och måste få ett bättre stöd från samhällets sida. Det är bra att beredningen föreslår en lagreglerad skyldighet att ge ett sådant stöd. Habilitering, rehabilitering och förebyggande insatser måste vara naturliga delar i all vård. Utgångspunkten för service, vård och omsorg ska vara varje människas individuella behov.

Äldreberedningens framtidsbilder blir, mot bakgrund av dagens förhållanden och brister, så mycket viktigare att förverkliga. Även om beredningen inte behandlar personalfrågorna och frågor om vårdens organisation finns det skäl att relatera dessa dagsaktuella problemområden till vårt uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken.

Hälften av befolkningen mellan 60–64 år står idag utanför arbetskraften. Den genomsnittliga pensionsåldern ligger ett stycke under 60 år. Dessutom är sjukfrånvaron omfattande i de högre åldrarna. Samtidigt visar den demografiska utvecklingen entydigt att samhällsekonomin behöver fler arbetstimmar per individ.

I en studie som gjorts av Äldreberedningen svarade 58 procent att en förkortad arbetstid under de sista yrkesverksamma åren skulle underlätta för dem att fortsätta arbeta till 65 års ålder. Av dessa var andelen kvinnor något högre än andelen män. Enligt en studie gjord av Arbetslivsinstitutet år 2001 kunde 68 procent av

kvinnorna och 54 procent av männen i åldrarna 50–64 år tänka sig att minska arbetstiden även om det medförde lägre lön.

Beredningen konstaterar att det på dagens arbetsmarknad ofta handlar om heltidsarbete eller inget arbete alls för de äldre. Slutsatsen är att den äldre arbetskraften bör stimuleras till deltidsarbete istället för att sluta helt, möjligheterna till deltidsarbete bör förbättras och lagstiftningen ses över. En rätt att gå ned i arbetstid skulle då kopplas till ett uttag av pensionsbestämmelserna och gälla för arbetstagare mellan 61 och 67 år.

Det nya pensionssystemet möjliggör uttag av pension från 61 års ålder i form av kvarts, halv eller tre kvarts pension. Dock finns ingen generell rätt för arbetstagaren att gå ned i arbetstid i motsvarande mån. En ändrad sysselsättningsgrad förutsätter att arbetstagaren kommer överens om det med sin arbetsgivare.

Redan i början av den s.k. KNAS-kommitténs arbete diskuterades frågan om att knyta arbetstagares rätt till deltid till uttag av pension. I delbetänkandet SOU 2002:58 *Tid – för arbete och ledighet*, skriver kommittén att man ämnar återkomma till frågan i sitt slutbetänkande. När detta nu avgivits konstaterar dock kommitténs majoritet att mer ingående undersökningar krävts för att undersöka effekterna på arbetskraftsutbudet varför inget förslag läggs till förändrad lagstiftning. Enligt vår mening borde denna kommitté ha belyst effekterna på arbetskraftsutbudet och föreslagit en förändrad lagstiftning.

Människors behov av att successivt kunna trappa ner sitt arbetsliv, istället för att gå från heltid till inget arbete alls, motsvarar många önskemål. Lagstiftning och regelverk bör kunna möjliggöra för dem som idag lämnat arbetsmarknaden helt före uppnådd pensionsålder, att stanna kvar fler år på villkor man själv kan välja. Den enskildes önskemål om arbetstidens omfattning är självfallet beroende av en rad faktorer som hälsa, arbetskrav, familjens behov, privat ekonomi, fritidsaktiviteter och omgivningens attityder. Mot bakgrund av att den faktiska pensionsåldern i dagsläget ligger under 60 år, finns stora möjligheter att öka arbetskraftsutbudet om fler väljer att vara kvar fler år i arbetslivet. Det är beklagligt att en sådan inriktning av politiken inte prioriteras.

Beredningen har mycket tydligt tagit upp diskrimineringsfrågan och pekat på en rad områden där äldre diskrimineras i samhället. Det är en uppenbar brist att svensk lagstiftning ännu inte innefattar ålder som diskrimineringsgrund. Trots uttalade ambitioner från regeringens sida att åtgärda denna brist har andra grunder getts

förtur i den pågående diskrimineringsutredningen. Det är vår förhoppning att Äldreberedningens tydliga signaler snarast leder till lagförslag från regeringens sida där också ålder innefattas som diskrimineringsgrund. Så är redan fallet i flertalet europeiska länder och i den stadga som EU antog i Nice i december 2000 sägs att diskriminering på grund av ålder ska vara förbjuden.

Kvarboendeprincipen måste hävdas för att tillgodose människors berättigade önskan om valfrihet och möjlighet till makt över sin egen livssituation. Tillgång till service i hemmet utan behovsprövning skulle möjliggöra ett längre kvarboende för många människor. Den nationella försöksverksamhet som beredningen föreslår skulle, enligt vår mening, kunna kombineras med en delreform som innebär skattelättnader för hushållstjänster. Detta förslag har vi utvecklat i en gemensam fyrpartireservation.

De äldre i samhället måste ses som en tillgång, inte en belastning. I en samhällsutveckling där viktiga grundläggande värden har urholkats har en del av respekten och samhörigheten mellan generationerna förlorats. Denna utveckling måste vändas och Äldreberedningen har visat på vägar till ett samhälle för alla. Äldre personer representerar en livserfarenhet som är omistlig för det svenska samhällets vitalitet och tillväxt. I det mångkulturella Sverige måste också äldre invandrares situation och behov tillgodoses. Respekten för äldres integritet och självbestämmande måste vara det förhållningssätt som genomsyrar alla samhällsinsatser. Människors oro inför åldrandet ska mötas med en hög ambitionsnivå från samhället när det gäller äldrepolitikens många sidor. Trygghet, värdighet och delaktighet måste erbjudas alla oavsett ålder.

## Särskilt yttrande

*av ledamoten Olof Johansson (mp)*

Detta betänkande har en bäring långt in på 2000-talet. De demografiska förändringarna innebär genomgripande förändringar i tillvaron för alla samhällsmedborgare, för såväl yngre som äldre. Den tid vi har på oss för att anpassa de politiska besluten och samhällsbygget till den nya verkligheten är kort. För att lyckas fordras djupa och omfattande diskussioner om livsloppet och åldrandet, där så många som möjligt kan delta. Debatten kommer med nödvändighet att handla om samhällsekonomin, hur vårt arbetsliv skall utvecklas och hur våra trygghetssystem skall utformas. I denna diskussion måste tydligare prioriteringar och hur våra samlade resurser skall utnyttjas och fördelas, ingå. Tiden är knapp, ju snabbare vi kommer igång med förändringsarbetet och med förebyggande åtgärder av olika slag, desto bättre rustade står vi inför framtida utmaningar och påfrestningar. Kraftfulla insatser och nya ekonomiska resurser måste anvisas om förändringsarbetet skall kunna bli framgångsrikt.

Det område beredningen behandlat sträcker sig över många departementsgränser. Vi har kunnat ta del av de avgränsade utredningar som tangerat eller omfattat delar av äldreområdet. Det krävs en god kommunikation och ett bra samarbete mellan olika samhällsaktörer för att nödvändiga förändringar skall kunna genomföras utan hindrande låsningar. Under beredningens gång har det blivit allt tydligare att det finns en betydande brist på kunskap om åldrandet och dess villkor, såväl hos allmänheten som hos olika aktörer, men också i planeringsunderlaget för olika politiska beslut. Forskningen och utbildningen behöver därför utvecklas inom eftersatta områden. Det gäller samtidigt att bryta negativa attityder till åldrandet.

Arbetet i beredningen har varit mycket lärorikt, spännande och givande. Diskussionen har varit livlig och omväxlande, klimatet har varit öppet och positivt. Det har varit högt i tak, alla har kunnat komma till tals, såväl experter som politiker. Ordförande och sekretariat har, trots tidvis bristande bemanning, gjort en utmärkt insats. Sekretariatet har utifrån ett omfattande kunskapsfält, ändå kommit mycket väl förberedda. Ledamöternas synpunkter har arbetats in med en stor lyhördhet. Den slutprodukt som nu presen-



teraser vittnar om en stor enighet på de flesta punkter, endast i några få delar skiljer sig partierna åt. Själv vill jag ta tillfället i akt att ytterligare betona några av de punkter som varit uppe till diskussion, eller som kan utgöra en del i andra utredningar eller beredningar.

Jag vill börja med att återigen framhålla den korta tid som står till förfogande, för kunna förbereda oss för en framtid där befolkningen blir allt äldre. Den frist vi har rör sig om högst tio år. Speciella resurser behöver avsättas för de närmaste årens förberedelsearbete. En inventering av beredskapen inför omställningen måste omedelbart sättas igång inom i stort sett samtliga samhällsområden. Vi måste bli betydligt bättre på att ta vara på människor både inom och utom arbetslivet, för att kunna möta kommande behov av arbetskraft. Livstidsarbetstiden blir då mer avgörande för arbetskraftutbudet än en hög veckoarbetstid. Det måste bli möjligt att orka arbeta ända fram till pensionsåldern och dessutom kunna fortsätta ännu högre upp i åldrarna för den som så önskar. Rehabilitering är en annan viktig åtgärd för att människor skall kunna återgå till ett aktivt liv. Stora resurser behöver överföras från sjukersättningsystemet till vård och rehabilitering. Arbetskraftsinvandring kan bli nödvändig och dess påverkan för individer och samhälle behöver diskuteras och förberedas väl.

Under hela arbetslivet, men också på fritiden måste mer av utveckling, variation och kunskapspåfyllning ingå i vardagen. Samtidigt är tid för reflektion och återhämtning nödvändig. Det förebyggande arbetet på alla samhällsområden utgör basen för ett friskare liv. Utan en god social, ekonomisk och fysisk miljö kommer alla andra åtgärder bli onödigt kostsamma och menligt påverka livskvaliteten för medborgarna. Den närmaste tioårsperioden uppnår den första vällevnadsgenerationen pensionsåldern. Ett förebyggande arbete, omfattande bl.a. rådgivning och stöd för ett mera fysiskt aktivt liv, drogförebyggande arbete, samt hälsosammare matvanor för 40-talisterna och generationerna därefter, behöver komma igång. Hälsoriskerna och dess kostnader får inte underskattas.

Vi behöver initiera fler diskussioner om hur man planerar och bygger för ett aktivt åldrande. Familjemönster och boendevanor förändras. En trygg och känd miljö, ett bibehållet socialt nätverk, närhet till naturen, tillgång till samhällsservice, samt bostadens utformning och flexibilitet betyder mycket för individens val och därmed möjligheten att leva ett autonomt och självständigt liv. Ett

mer varierat utbud av boendeformer för olika livslopp och över livsloppet behöver utvecklas. För att kunna klara vardagen på egen hand, är det dessutom avgörande att en mera lättillgänglig och lätthanterbar vardagsteknik utvecklas. Det behövs olika incitament för att åstadkomma en förändring inom området. Kanske någon form av märkning av produkter som "lätthanterbar" skulle kunna bidra till att stötta utvecklingen. Det skulle samtidigt kunna innebära en konkurrensfördel för producenten.

Det finns fortfarande många som kan tänka sig arbeta inom vård och omsorg. Jag har dock alltför många gånger stött på hur man låter även kompetent personal arbeta i olika tillfälliga anställningar inom omsorgen, år efter år, utan att erbjuda fastare tjänster och där man ringer in personal "vid behov". Det är ovärdigt och kränkande. Att som vikarie inte heller få vara med på utbildningar, kurser och annat, förbättrar inte heller yrkets status, viljan att fortsätta i yrket, eller kompetensen inom omsorgen. Det behövs ett omfattande nytänkande på arbetsgivarsidan och bättre ekonomiska resurser för att kunna möta framtidens behov av vård och omsorg. För att kunna anställa och också behålla engagerad personal, i en hårdnande konkurrens om arbetskraften, behöver, förutom anställningsförhållanden och goda lönevillkor, dessutom fortbildning och olika typer av fördjupning inom vård- och omsorgsyrfena utvecklas.

Ett mycket tungt och värdefullt arbete ligger på de närstående, vilka står för den största andelen insatser inom omsorgen om äldre. Här behövs en kraftfull utveckling av många olika former för avlastning, stöd och utbildning till närstående. Det krävs samtidigt rimliga villkor för att orka och kunna ta på sig ett sådant omfattande, slitsamt och stundom kostsamt arbete, ofta med krav på att finnas till hands dygnet runt. Behovet av avlastning är stort. När det gäller korttidsboende och/eller avlastningsplatser får det inte enbart ses som en tillfällig placering på första bästa lediga plats. Individens behov och tillstånd måste i betydligt högre grad styra utbudet. Frivilligarbetet behöver utvecklas och ge ett meningsfullt innehåll i livet för de människor som söker fortsatta uppdrag efter ett avslutat yrkesliv. I frivilligarbetet ingår många viktiga uppgifter, såväl för unga som för äldre.

Den negativa befolkningsutvecklingen i allt större delar av landet är alarmerande. För människor i storstadsområden är denna utveckling i många fall okänd eller upplevs av många som ointressant. Det är inte rimligt att nästan all samhällsservice och kommunal

verksamhet skärs ned i allt fler kommuner i inlandet, på grund av ett sviktande skatteunderlag och för att det saknas tillräckligt med folk i arbetsför ålder. Den negativa spiralen måste brytas om hela landet skall kunna leva. De kommuner och landsting som drar osedvanligt tunga lass, med många äldre och alltför få unga i befolkningen måste ges ett solidariskt stöd för att kunna klara av sina ekonomiska åtaganden. Villkoren och möjligheten att ge vård och omsorg får inte skilja sig alltför mycket åt, om vi skall kunna ge en värdig vård, omsorg och samhällsservice till alla som behöver det i hela landet.

## Särskilt yttrande

*av ledamoten Roland Larsson (c)*

Av de direktiv SENIOR 2005 haft för sitt uppdrag framgår att beredningen skall anlägga ett helhetsperspektiv på äldrefrågorna där äldre människors möjligheter och villkor i samhället skall ges en så bred belysning som möjligt. De förslag som beredningen nu redovisar utgår från denna helhetssyn.

Av direktiven framgår också att beredningen skall arbeta utåt-riktat med seminarier, offentliga utfrågningar etc. för att på så sätt initiera en ”bredare diskussion i hela samhället”. Beredningen har därför valt att som underlag för detta, avge ett särskilt diskussionsbetänkande.

Det har därför varit en besvärande omständighet för arbetet i beredningen att olika företrädare för regeringen i vissa bärande delfrågor, under arbetets gång låtit göra separata utredningar eller gjort uttalanden som föregripit beredningens arbete. Det har i viss mån lett till att den bredare diskussion som beredningen önskat åstadkomma, i stället kommit att fokuseras på enskildheter och därigenom dragit uppmärksamheten från helheten och det samband som finns mellan olika förslag och åtgärder.

### Lag mot åldersdiskriminering

Beredningen föreslår en samlad diskrimineringslagstiftning med bl.a. ålder som diskrimineringsgrund. Jag delar helt denna uppfattning. Vad detta får för konsekvenser för övrig lagstiftning har dock inte närmare redovisats i betänkandet. Bl.a. torde det innebära att vissa lagar och avtal inom arbetsmarknadssektorn, bl.a. lagen om anställningsskydd (LAS), måste utmönstras eller förändras. Utifrån ett äldreperspektiv är det positivt. Det kommer i realiteten att innebära ett avskaffande av den gemensamma pensionsåldern, vilket ligger helt i linje med vad jag föreslagit i beredningen.

En individualisering av pensionsåldern där den enskilde, utifrån sin arbetsförmåga och sina önskemål, tillsammans med sin fackliga organisation gör upp om sin pensionsavgång direkt med arbetsgivaren är att föredra framför dagens trubbiga åldersfixerade system.

## Service i hemmet

Efter ingående diskussion har beredningen beslutat föreslå regeringen att ”överväga att stödja en försöksverksamhet med ökad tillgång till service i hemmet inom ramen för nuvarande lagstiftning”.

Bakgrund till detta är den diskussion som förts om huruvida serviceinsatser utöver de som i dag normalt ges inom ramen för den kommunala hemtjänsten, kan bidra till att förlänga den enskildes möjligheter att klara sig längre utan insatser av vårdkaraktär.

Syftet med försöksverksamheten skall bl. a. vara att klarlägga om ett sådant samband finns och i så fall hur stort det är.

Enligt min mening bör en försöksverksamhet dock inte begränsas till vad som ryms inom nuvarande lagstiftning, eftersom detta innebär någon form av behovsbedömning.

Om det vid ett antal försök framkommer att förebyggande serviceinsatser leder till att vårdbehovet minskar eller förskjuts i tid bör ett servicestöd vara generellt och finansieras av staten.

## Särskilt yttrande

av ledamoten Harald Nordlund (fp)

### Socialliberal äldrepolitik

Jag står helt bakom äldreberedningens förslag men jag saknar vissa aspekter och jag vill särskilt betona andra aspekter.

Beredningen skriver inledningsvis, i frågan om varför vi behöver en äldrepolitik, bl.a. att äldrepolitiken behövs för att få till stånd en syn på äldrepolitiken ur ett livsloppsperspektiv inom andra politikområden, s.k. mainstreaming. Behövs för att inte frågor som gäller äldre personer i arbetsliv, samhällsliv och vardagsliv också i fortsättningen ska isoleras från det vanliga politiska arbetet inom dessa områden och behandlas i enbart äldreberedningar och äldre nämnder.

Beredningen beskriver omfattande och med ett rikt faktaunderlag de hinder som i dag finns för att åstadkomma den mainstreaming, som sakta börjar präglade t.ex. handikappolitiken och jämställdhetspolitiken, men ännu inte äldrepolitiken. Hinder som har att göra med otydlighet om det solidariska ansvaret dvs. vårt gemensamma ansvar och med politikens oförmåga att anpassa sig till förändringar i omvärlden. Jag anser att dagens politiker försöker framstå som ”alla goda gåvors givare” och att detta är huvudförklaring till varför det inte är tydligt vad som individen har att förvänta sig från ”samhällets” sida.

Till detta kommer att det som borde vara politikernas huvuduppgifter, besluta om omfattningen av solidarisk finansiering, formulera mål, följa upp och utkräva ansvar, ägnas litet intresse.

En större tydlighet behövs också i den politiska debatten om innebörden av begreppet välfärdspolitik, ett begrepp som har olika innebörd för de olika politiska partierna.

För oss socialliberaler är ett av välfärdspolitikens främsta syften att kompensera de medborgare som tillfälligt eller permanent, och i huvudsak utan egen förskyllan, saknar tillräckliga resurser för att i rimlig grad kunna kontrollera och styra sina liv. Uppfattningen om vad som är välfärd varierar. Det är, anser vi, inte en politisk uppgift att definiera vad välfärd, eller livskvalitet eller lycka, är för enskilda individer. Enklare än att komma överens om vad välfärd är, är att bli någorlunda överens om vad som är ofärd. Utgångspunkten för

välfärdspolitiken är därför framför allt att försöka undanröja ofärd. I det gemensamma ansvaret ingår också att skapa förutsättningar för den enskildes egen planering och eget ansvarstagande för ett aktivt åldrande.

Utredningen är ett mycket bra underlag för att skapa den nödvändiga debatten om hur vi river ålderstrappan och åldersbarriärer och som syftar till att förändra attityder. Den är också ett bra underlag för debatt om det solidariska ansvaret och om politikerrollen.

Beredningen behandlar inte personalfrågorna och organisationsfrågorna, som i första hand rör vård- och omsorgsområdet. Efter som dessa emellertid är av stor betydelse i äldrepolitiken lämnar jag här några synpunkter.

En omständighet som varit besvärande för beredningen har varit att företrädare för regeringen i vissa väsentliga delfrågor, låtit göra separata utredningar eller gjort uttalanden som föregripit beredningens arbete. Detta har i viss mån lett till att den bredare diskussion som beredningen söker åstadkomma i stället har kommit att handla om enskildheter och sålunda flyttat uppmärksamheten från helheten och det samband som finns mellan förslag och åtgärder.

### **Ansvar för äldrepolitiken**

Ansvar för äldrepolitiken handlar om fördelningen mellan de nationella och regionala nivåerna respektive mellan de nationella och lokala nivåerna. Det är viktigt att tydligheten i detta avseende blir större liksom tydligheten om vad ansvar innebär. Principen måste vara att för de verksamheter där mål utformas på nationell nivå, i form av lag, finansiering och uppföljning sker på nationell nivå.

Utvecklingen mot allt hårdare styrning av den lokala nivån har medfört vare sig mer eller bättre service, varför nya lagar för att styra kommunerna ska starkt ifrågasättas och prövas noga.

### Riv ålderstrappan och bryt åldersbarriärer

Är det kategoritänkande som präglar vårt samhälle ett uttryck för förakt för kunskap och erfarenhet? Mitt svar är: ja. Vi har tidigt fått lära oss att förnyelse är lika med föryngring och vid uppnådd viss ålder är man passé, utan hänsyn till individens förmåga.

För att bryta dagens mönster krävs både regel- och lagändringar och ändrade attityder liksom stimulanser för att t.ex. anställa äldre arbetskraft. Det nya pensionssystemet innehåller ekonomiska stimulanser för den enskilde som vill arbeta efter 61 års ålder.

Nya ekonomiska incitament för att fortsätta att arbeta efter 61 års ålder kan vara motiverade, men bör anstå tills erfarenhet av pensionssystemets effekter vunnits. Men även andra incitament än ekonomiska måste användas. Möten mellan generationer måste underlättas. Seniorboende kan, t.ex., i större utsträckning sambyggas med daghem och möjligheter för äldre att arbeta med barn underlättas.

### Aktivt åldrande

Vi blir allt äldre, men också friskare, en utveckling som, på grund av rådande livsstil, kommer att vända omkring 2050. Utredningen pekar förtjänstfullt på ett antal för välbefinnandet, viktiga faktorer. Jag vill dock tydligare lyfta fram fyra faktorer.

För det första är kvarboendepincipen betydelsefull. För att möjliggöra kvarboende skulle service i hemmet utan behovsprövning vara ett viktigt stöd. Utredningen föreslår ett nationellt försök. Dock borde en delreform, utan ytterligare utredande, med skattelättnader för hushållstjänster genomföras. Den frågan belyser vi i reservation tillsammans med andra partier.

För det andra är naturens betydelse i friskvården underskattad. Betydelsen av närheten till natur i boendet och möjligheter till vistelse i naturen får sällan tillräckligt genomslag i den fysiska planeringen. Inte heller tycks, för det tredje, finnas insikt om kulturens stimulerande betydelse. Individens behov av att få skapa, med händer och i fantasin, är ett näst intill primärt behov. För det fjärde verkar våldet i samhället återhållande på äldres benägenhet att ägna sig åt fysisk aktivitet. Det finns en utbredd rädsla för att över huvud taget röra sig utanför sin bostad. Trygghetsskapande åtgärder måste vara en del i även äldrepolitiken. I boendet är



kvarboendepincipen viktig liksom valfrihetsprincipen. Övervägas bör att införa valfrihetsprincipen i socialtjänstlagen.

### Sammanhållning

För att skapa mer av sammanhållning mellan generationer och för att undvika framtida svåra generationsmotsättningar är det viktigt att ett antal omotiverade uppdelningar av människor beroende på ålder blir uppdelningar med avseende på intresseinriktning. Kommer det att i framtiden finnas särskilda ungdomsorganisationer inom de politiska partierna? Kommer människor som uppnått en viss ålder att organisera sig i pensionärsorganisationer? Unga politiker borde kunna driva frågor inom äldrepolitiken tillsammans med äldre och äldre personer borde kunna med fördel engagera sig i t.ex. internationell politik eller i natur- och miljöpolitik tillsammans med unga.

Vällovlig är regeringens avsättning ur Allmänna arvsfonden med 2 milj. kronor för att stödja ungdomars arbete med generationsövergripande frågor. Pengarna ska användas till projekt som syftar till dialog över generationsgränserna om värdegrundsfrågor och till projekt som syftar till att utveckla samverkansformerna mellan ungdoms- och vuxenorganisationer.

Intresset hos t.ex. de politiska ungdomsförbunden för äldrepolitik tycks vara obefintligt; en slutsats jag drar av att ingen representant för de politiska ungdomsförbunden infann sig vid något av de möten till vilka SENIOR 2005 inbjudit.

### Vård och omsorg

Kvaliteten på vården och omsorgen är generellt sett god, men det finns brister som är oacceptabla. Vi behöver kvalitetssäkra stora delar av vården. För att åstadkomma en sådan vill folkpartiet att i kommunerna anställs äldreombudsmän och införs omsorgsgaranti. Omsorgsgarantin ska reglera rätten till medicinsk kompetens, rätten till väl fungerande hemtjänst, rätten till väl fungerande färdtjänst, rätten till hjälpmedel, rätten till eget rum och valfrihet i boendet.

Inom de äldrevårdscentra som folkpartiet vill ska inrättas måste finnas, förutom läkare och sjuksköterska även speciell demens-

sköterska. Hälsokontroller för att upptäcka demens i tid bör övervägas.

Anhörigas insatser i vården är ovärderlig och måste ges bättre stöd. Utredningen föreslår lagreglerad skyldighet för kommunerna att ge stöd till anhörigvårdare. Jag kan stödja detta förslag endast under förutsättning att ersättningen utformas som en statlig ersättning och får formen av en anhörigpeng. Den s.k. närståendepeningen bör fördubblas från 60 dagar till 120 dagar.

### Organisation och personal

Omorganisationer tillgrips ofta för att vända blickarna från mer eller mindre tydligt identifierade problem. I sådana omorganisationer är perspektivet sällan individens.

Med individen i centrum är det lätt att konstatera att kvaliteten kan kraftigt påverkas om individen har lätt att göra sig hörd, genom t.ex. en äldreombudsman, om resurserna följer individen, om äldrevårdscentra inrättas och om det råder fungerande konkurrens, d.v.s. att det finns många utförare. Det är viktigt att det på samma lokala arbetsmarknad finns olika huvudmän så att det finns flera arbetsgivare att välja mellan. Vi måste också vara öppna för att möta efterfrågan på personal, inte bara genom att anställa nyutexaminerade, utan också genom att anställa personer med annan bakgrund och viss kompletterande utbildning.

Vid organiserandet av vården är det viktigt att vägledas av den forskning som visar att med ett omfattande eget ansvar hos personal blir arbetstillfredsställelsen bättre och därmed kvaliteten högre.

Det skall också vara en självklarhet att vårdtagare och personal kan kommunicera med varandra. Staten bör ge kommunerna stimulansbidrag för åtgärder som ger erforderliga språkkunskaper. Större uppmärksamhet måste ägnas även behovet av utbildning om vissa särskilt utsatta gruppers situation.

Särskilda boendeformer och hemtjänsten har varit ett lokalt monopol. Det har inte varit naturligt att individen har kunnat välja mellan olika vårdföretag. Detta är inte en privatisering. Jag är kritisk till de politiker som medvetet använder begreppet privatisering i syfte att förhindra att individen ges makten över sitt liv. Inom ramen för en solidarisk finansiering borde det vara naturligt att individen själv eller genom ombud kan välja service och vård.

Denna valfrihetsprincip bör i fråga om boende och hemtjänst skrivas in i socialtjänstlagen.

Offentliga sektorns kanske viktigaste roll är att skapa förutsättningar och skapa värden för individen. Så stora värden som möjligt ska skapas med de resurser som är tillgängliga. För att kunna öka de värden som skapas måste nya arbetssätt införas och det offentliga åtagandet och styrningen tydliggöras.

Beredningen ger intryck av att resursernas storlek är givna. Resursernas storlek är ju emellertid beroende av, i första hand, vilken politik som förs för att skapa ekonomisk tillväxt och vilken skattepolitik som förs. En socialliberal politik är en politik för både tillväxt och för omfattande solidariskt ansvar i välfärdspolitiken.

## Särskilt yttrande

*av sakkunniga Inger Hestvik och Stig Alkebratt*

I betänkandet visas en vilja att stärka de äldres inflytande och delaktighet i samhället. Genom ökade möjligheter för äldre att vara politiskt aktiva kan äldrefrågorna föras fram och belysas på ett bättre sätt än som sker idag. Detta är utmärkt men det räcker inte med enbart den partipolitiska vägen när äldrefrågorna ska avgöras.

Alla äldre har varit barn, unga och medelålders och har kunskap och erfarenhet av dessa gruppers levnadsvillkor.

Kunskapen om vad det innebär att vara äldre är man dock som grupp ensam om, men genom att tillhöra en organisation kan man få gehör och genomslag för sina åsikter. Den kunskap och erfarenhet om de äldres situation och om samhället i stort som finns inom pensionärsorganisationerna måste tas till vara i samhällsbyggandet. Idag sker detta i stor utsträckning i pensionärsråden ute i kommuner och landsting.

I besparingsiverns tecken pågår tyvärr på vissa håll en debatt om det är nödvändigt att behålla pensionärsråden. Detta oroar naturligtvis oss i pensionärsorganisationerna.

På flera ställen i betänkandet framförs positiva synpunkter på pensionärsråden och deras roll i samhällsarbetet.

I kapitel 6.3.2 sägs till exempel - när det gäller ett bra boende för de äldre - att pensionärsorganisationernas erfarenheter och synpunkter bör beaktas i sammanhanget, bl.a. genom de kommunala pensionärsråden.

I kapitel 4.3.2 slås fast att pensionärsråden är viktiga expertorgan i landstingens och kommunernas beslutsprocesser. Genom pensionärsråden kan de speciella kunskaper och erfarenheter som det innebär att vara äldre tas till vara och föras in i underlaget för politiska beslutsprocesser.

Pensionärsorganisationerna delar naturligtvis dessa synpunkter och anser att pensionärsrådets roll är så viktig att skyldigheten för kommuner och landsting att inrätta/behålla dessa råd skall lagregleras.

I betänkandet framförs dock betänkligheter mot en lagreglering. Den främsta anledningen skulle vara en fråga om demokrati. Pensionärsrådets roll skulle kunna bli otydlig i förhållande till fullmäktige och nämnder. En brist på politiskt inflytande för äldre i

beslutande församlingar skulle komma att ersättas av pensionärsråden!

Detta synsätt stämmer inte överens med de ambitioner pensionärsorganisationerna har när det gäller pensionärsråden. Vi vill inte vara en udda politisk kraft. Vi vill inte att råden ska ta över uppgifter som fullmäktige, styrelser och nämnder har! Vi vill ha en möjlighet att dela med oss av den kunskap och de erfarenheter det innebär att vara äldre och kunna framföra våra önskemål till våra beslutsfattare. Vi vill ha en möjlighet att ta del av samhällsplaneringen och ge våra "äldresynpunkter" på den.

Vi ser inte att pensionärsråden skulle kunna bli en fara för demokratin.

Vi har fungerande pensionärsråd idag! De är viktiga för äldres levnadsvillkor och pensionärsråden måste behållas!

Vi anser därför att regeringen – när detta betänkande behandlas – skall föreslå riksdagen att pensionärsråden bör lagregleras!

## Särskilt yttrande

av sakkunnig Irene Lindström

### Service i hemmet

SENIOR 2005 presenterar i betänkandet ett förslag om att regeringen bör överväga att stödja en försöksverksamhet med ökad tillgång till service i hemmet. Detta ska enligt förslaget ske inom ramen för nuvarande lagstiftning om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen och att en högsta avgift för hemtjänst ska gälla.

Jag stödjer utredningens förslag om försöksverksamhet men vänder mig emot att en försöksverksamhet ska ligga inom ramen för avgiftssystemet för äldre- och handikappomsorgen. Avgifter för service i hemmet bör enligt min mening i stället fastställas utifrån kommunallagens bestämmelser om kommunala avgifter. Skälen för detta är följande.

- Kommunerna står inför stora utmaningar i framtiden för att klara av att ge äldre en god vård och omsorg. Det gäller både ekonomiskt och personellt. Det innebär att huvuddelen av resurserna kommer att satsas på de mest vårdbehövande. Kommunerna kommer därför sannolikt att ha svårt att subventionera tjänster till friska äldre med egen betalningsförmåga.
- Eftersom en försöksverksamhet med service i hemmet ska rikta sig till alla över en viss ålder i kommunen bör kommunallagens regler gälla. Detta innebär att kommunerna kan tillhandahålla denna service till självkostnadspris och att priset för tjänsten bör vara detsamma för alla i enlighet med likställighetsprincipen. De personer som har för låga inkomster för att kunna betala för denna speciella service ska tillförsäkras insatserna genom att service i hemmet tas in i riktlinjerna för försörjningsstödet. För dessa personer blir en biståndsprövning nödvändig.
- Ett annat skäl till att en försöksverksamhet med service i hemmet inte ska utgå från socialtjänstlagen är att det är en verksamhet som kan bedrivas av såväl enskilda företag som kommunen och att det idag redan finns en fungerande marknad för denna typ av verksamhet. Det finns stor risk för att det sned-

vrider konkurrensen om den läggs under socialtjänstlagen och kommer att omfattas av avgiftsbestämmelserna i 8 kap. 3-9 §§.

- En konsekvens av förslaget är också att olika myndigheter måste bedriva tillsyn enligt socialtjänstlagen vilket kan vara tveksamt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

### Lagstiftning om stöd till anhöriga

Jag avvisar också förslaget om att lagreglera kommunernas skyldighet att stödja anhöriga. Jag har följande skäl för detta.

- Det är av stor vikt att stödet till anhöriga utvecklas. Denna utveckling pågår också i kommunerna. I samband med satsningen från ”Anhörig 300” har kommunerna byggt ut anhörigstödet kraftigt och många kommuner har permanentat och utvecklat insatserna till anhöriga.
- En lagreglering skulle i nuläget kunna avbryta den pågående utvecklingen och snarare få en hindrande effekt. Rättighetslagstiftning motverkar ofta flexibla insatser och innebär i många fall en stel myndighetsutövning.
- Prognoser om framtidens demografiska och ekonomiska utveckling talar för att nya rättigheter inte ska införas innan det offentliga åtagandet i sin helhet definierats och finansierats. Riksdagen bör därför avvakta ett sådant beslut innan den stiftar fler rättighetslagar.