

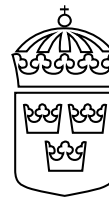
Framtidens äldreomsorg

– en nationell kvalitetsplan



Regeringens skrivelse

2017/18:280



Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan

Skr.
2017/18:280

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 20 juni 2018

Ylva Johansson

Annika Strandhäll
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

I denna skrivelse redogör regeringen för sin syn på äldreomsorgen i Sverige. Vidare redovisas hur regeringen har påbörjat ett långsiktigt förändringsarbete för att anpassa äldreomsorgen till den demografiska och tekniska utvecklingen. I skrivelsen anges också vilka områden som enligt regeringens mening bör prioriteras under kommande mandatperiod.

Regeringen ger genom sina prioriterade insatser stöd för utveckling av vård och omsorg för äldre med god kvalitet byggd på bästa tillgängliga kunskap och fördelad med jämställdhet och jämlikhet som grund.

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
2	Den demografiska utvecklingen.....	4
2.1	Inledning	4
2.2	Fler äldre i behov av vård och omsorg	5
2.2.1	En växande grupp multisjuka äldre	5
2.2.2	Allt fler bor hemma allt längre	6
2.2.3	Fler får avancerad vård och omsorg i hemmet	7
2.2.4	Utvecklingen ställer högre krav på personalen.....	8
2.2.5	Krav på bättre samordning	8
2.2.6	En växande grupp personer med demenssjukdom.....	9
2.2.7	Ökad andel äldre födda i ett annat land	9
3	Den tekniska utvecklingen	10
3.1	Digitalisering av välfärdssektorn.....	10
3.2	Digitaliseringen och demokratin	10
3.3	Digitaliseringen i omsorgen	11
3.3.1	Välfärdsteknik	11
3.4	Innovation i samverkan	12
3.5	Digitaliseringen i samhället i stort.....	12
3.6	Ett gemensamt arbete	13
4	Rekryteringsutmaningen	13
4.1	Behovet av personal ökar starkt	13
4.2	Tillgången till personal.....	14
4.3	Hur kan vi möta rekryteringsutmaningen?	15
4.3.1	En hållbar och attraktiv arbetsmiljö.....	15
4.3.2	Större andel män och utlandsfödda i rekryteringsbasen.....	16
4.3.3	Satsningar på utbildning	17
5	Insatser inom prioriterade områden	17
5.1	Personal	17
5.1.1	En utvecklad, tillitsbaserad styrning.....	18
5.1.2	Satsning på bemanning för trygghet och kvalitet.....	19
5.1.3	Reglering för tillräcklig nattbemanning	21
5.2	Stärkt profession och kompetensförsörjning	22
5.2.1	Reglering av yrket undersköterska	22
5.2.2	Stärkt krav på kompetens	22
5.2.3	Sammanhållna yrkesutbildningar på gymnasial nivå.....	23
5.2.4	Kompetenssatsningen	23
5.2.5	Stöd till anhöriga	24
5.3	Högre kvalitet och effektivitet.....	25
5.3.1	Nya krav på tillstånd för att säkra kvalitet.....	25
5.3.2	Äldreomsorg på minoritetsspråk	25

5.3.3	En väl fungerande vård- och omsorgskedja.....	26
5.3.4	Individens behov i centrum (IBIC).....	27
5.3.5	Uppföljning av kvaliteten	28
5.3.6	Kvalitetsregister – verktyg för förbättringsarbete.....	28
5.3.7	Styra med kunskap	29
5.3.8	Insatser för forskning.....	30
5.4	Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser.....	30
5.4.1	Fallprevention.....	30
5.4.2	Den goda måltiden.....	32
5.4.3	Hjälpmiddel för dagliga livet	32
5.5	Användning av välfärdsteknik och e-hälsa.....	34
5.5.1	Främja ökat användande av välfärdsteknik	35
5.6	Tillgång till ett tryggt boende	36
5.6.1	Investeringsstöd för bostäder för äldre	36
5.6.2	Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre.....	37
5.6.3	Ny lag om bostadsanpassningsbidrag	38
5.7	Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre.....	38
5.7.1	Enklare att få hemtjänst	38
5.8	Jämställd och jämlik vård och omsorg	40
5.8.1	Nytt mål för äldrepolitiken	40
5.8.2	Översyn av socialtjänstlagen	41
5.8.3	Jämställdhet	42
5.9	Insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet av särskild betydelse för äldre och äldreomsorgen.....	43
5.9.1	En god och nära vård	43
5.9.2	Fri öppenvård för personer som är 85 år och äldre	43
5.9.3	Läkemedel m.m.	44
5.9.4	Kronikersatsningen.....	45
5.9.5	Patientkontrakt.....	46
5.9.6	Tandhälsa och det allmänna tandvårdsbidraget	46
5.10	En nationell strategi för demenssjukdom	47
6	Prioriterade insatser för framtidens äldreomsorg	48
6.1	Översyn av socialtjänstlagen	48
6.2	Insatser för ett större utbud av boenden för äldre	49
6.3	Förebyggande och rehabiliterande insatser	49
6.4	Ett bättre samspel mellan vård och omsorg.....	50
6.5	Mer attraktiva arbetsplatser med starkare yrkesprofession.....	51
6.6	Komplettering av de nationella målen för äldrepolitiken.....	51
6.7	Ökad användning av välfärdsteknik och e-hälsa	51
6.8	Jämställd och jämlik vård och omsorg	52
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 20 juni 2018.....	53

1 Inledning

De kommande åren står svensk vård och omsorg inför behov av strukturella förändringar till följd av den demografiska och den tekniska utvecklingen. Socialtjänsten behöver arbeta mer förebyggande och bli bättre på att hantera äldres oro och otrygghet. Äldre kvinnor och män som är sjuka behöver mötas av en äldreomsorg som är bättre integrerad med hälso- och sjukvården. För att det ska uppnås behöver de anställda inom äldreomsorgen erbjudas mer attraktiva arbetsplatser som bättre tillvaratar och odlar deras yrkesprofession. Genom en långsiktig politik skapas mer stabila förutsättningar för vårdens och omsorgens huvudmän och utförare vilket gynnar utvecklingen av god kvalitet för äldre kvinnor och män. Den nationella kvalitetsplan som regeringen tagit fram lyfter fram flera utvecklingsområden.

Äldre kvinnor och män ska i möjligaste mån kunna leva sitt liv som de vill med en trygg och säker vård och omsorg som bidrar till detta. Regeringens satsning på bemanning bidrar till en bra grund för fortsatt stöd till utveckling av verksamheten. Det är angeläget att komplettera den nuvarande satsningen med ytterligare insatser genom att ge stöd till nya arbetssätt inom äldreomsorgen. Det handlar t.ex. om att införa nya rutiner, metoder och ny teknik. Det finns stor potential att främja hälsa och trygghet bland äldre kvinnor och män, exempelvis genom att förebygga fallolyckor eller genom att främja en trygg hemkomst efter sjukhusvistelse. Utöver välfärdsvinster för den enskilde finns det även stöd för att det ger besparingar i form av minskat behov av vård och omsorg. Det finns även betydande välfärdsvinster att göra genom en ökad användning av ny teknik, digitalisering och bättre användning av hjälpmedel bl.a. genom att äldre kvinnor och män får möjlighet att bevara sin självständighet och att vara delaktiga i samhället.

Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen

Regeringen gav den 25 juni 2015 en särskild utredare i uppdrag att ta fram förslag till en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (dir. 2015:72). Syftet var att genom långsiktiga insatser inom strategiskt viktiga områden säkra utvecklingen av god kvalitet i den framtida äldreomsorgen.

Utredaren överlämnade den 31 mars 2017 betänkandet Läs Mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) till regeringen. Betänkandet ger en översiktlig bild av politikområdet och utgör en utgångspunkt för det fortsatta arbetet.

2 Den demografiska utvecklingen

2.1 Inledning

Enligt Socialstyrelsens årliga lägesrapport om vård och omsorg om äldre för 2017 ökade mellan 2010 och 2015 antalet personer 65 år eller äldre

med 200 000 personer till nästan 2 000 000, eller 20 procent av befolkningen. Antalet kvinnor var drygt 1 miljon och antalet män nästan 900 000. Det är en positiv och glädjande utveckling. Dagens äldre har vuxit upp under andra och bättre förhållanden jämfört med tidigare generationer och många har även högre utbildning och högre materiell standard. Många personer över 65 år fortsätter att arbeta och de flesta kan fram till 80-årsåldern klara sig på egen hand. Att de äldre är mer aktiva även högre upp i åldern än tidigare generationer medför också att de kan ha andra förväntningar på äldreomsorgen än tidigare generationer.

I fokus för äldreomsorgens framtida utmaningar ligger därmed inte de kvinnor och män som fyllt 65 år utan framför allt dem i de allra äldsta åldersgrupperna. Det är personer 80 år och äldre som är de stora vård- och omsorgskonsumenter. Utvecklingen där denna grupp växer ställer därmed krav på välfärdens organisering och resurstilldelning. Det är också angeläget att på nationell nivå verka för likvärdighet över landet.

2.2 Fler äldre i behov av vård och omsorg

Eftersom andelen äldre i de äldsta åldersgrupperna ökar, kommer behovet av hälso- och sjukvård och omsorg att öka. Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport 2018 att det krävs att både hälso- och sjukvården och omsorgen kan anpassa sig till att möta behoven för denna växande befolkningsgrupp (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2018). En viktig del i det är att säkerställa att vården och omsorgen är anpassad efter individens olika behov och att de äldre ges möjligheten att vara aktiva och delaktiga i sin egen vård och omsorg. Trenden är att allt fler får insatserna i det ordinarie boendet. Det betyder att fler kvinnor och män med större behov av vård och omsorg bor kvar i det ordinarie boendet. Det har fått effekter på utvecklingen och omfattningen av den kommunala hemsjukvården. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2017 har de kvinnor och män som har hemtjänst ofta också hemsjukvård. I åldrarna 65 till 79 år är det fler män än kvinnor som har hemsjukvård. I denna åldersgrupp var andelen män med hemsjukvård av alla män med hemtjänst 66,9 procent, vilket kan jämföras med 63,2 procent för kvinnor. I de övre åldrarna ses ingen nämnvärd skillnad mellan könen.

2.2.1 En växande grupp multisjuka äldre

I takt med åldrandet ökar risken för sjukdom och multisjuklighet. Det finns flera olika definitioner av multisjuklighet. Om multisjuklighet definieras som två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar är prevalensen hos personer över 75 år 60 till 70 procent (Där statistik inte redovisas könsuppdelat finns dessa uppgifter inte tillgängligt). När multisjuklighet definieras antingen som fler än två samtidigt förekommande varaktiga sjukdomar eller som fler än en sjukdom tillsammans med funktionsnedsättning, är prevalensen 25–26 procent. Höga ålder, att vara kvinna och låg utbildningsnivå innebär oberoende av varandra ökad risk för multisjuklighet, se betänkandet Multipla hälso-

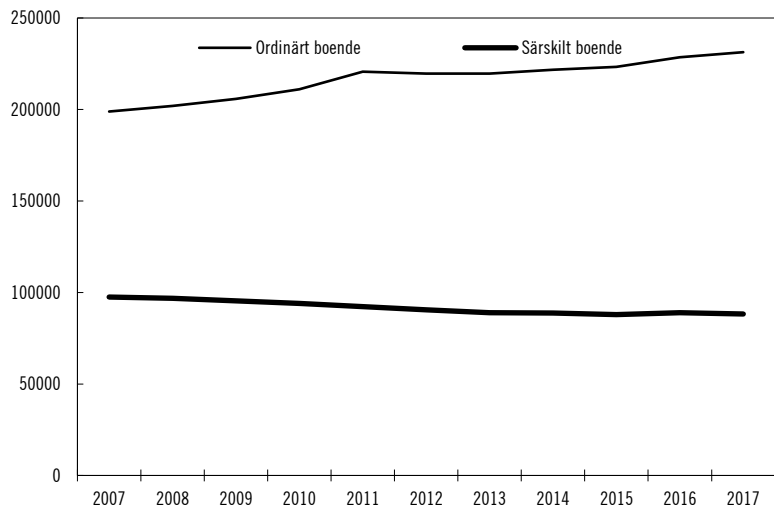
problem bland personer över 60 år, en systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård (SOU 2010:48).

Av Socialstyrelsens nationella undersökning Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 framgår att personer som bor i ordinärt boende med en multisjuklighet skattar den egna hälsan som mindre god och upplever sig ha mer besvär av ängslan än den genomsnittliga hemtjänstmottagaren.

2.2.2 Allt fler bor hemma allt längre

Forskarna Marta Szebehely och GunBritt Trydegård ger i antologin Tre decennier med socialtjänstlagen från 2014 en bild av äldreomsorgens förändringar. År 1980 bodde 28 procent av kvinnor och män över 80 år i särskilt boende eller motsvarande institutioner och 34 procent hade hemtjänst. År 2012 bodde 14 procent av dem över 80 år i särskilt boende och 23 procent hade hemtjänst. Antalet personer i särskilt boende och antalet personer som hade hemtjänst i ordinärt boende var betydligt jämnare 1980 jämfört med 2012. Den totala täckningsgraden har minskat väsentligt och vägs inte fullt ut upp av hälsoförbättringar. I stället har omsorg från närstående ökat.

Figur 2.1 Antalet personer som beviljats hemtjänst i ordinärt boende respektive beviljats särskilt boende, 2007–2017¹



Källa: Socialstyrelsen

Men även om andelen kvinnor och män med äldreomsorg minskar finns det en tydlig trend det senaste decenniet och den är att allt fler kvinnor och män får insatser i det ordinära boendet medan antalet kvinnor och män i särskilt boende minskar. Enligt Socialstyrelsens statistik för 2017

¹ Könsuppdelad statistik finns endast tillgänglig från 2014 och redovisas separat i tabellerna nedan.

hade 231 324 kvinnor och män hemtjänst den 1 oktober och 88 208 kvinnor och män bodde i särskilt boende. Motsvarande siffra för den 1 oktober 2008 var 201 922 kvinnor och män med hemtjänst och 96 736 kvinnor och män i särskilt boende.

Tabell 2.1 Personer som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende

Procent

	2014	2015	2016
Män 65–79 år	4,0	4,0	4,1
Män 80+	26,2	26,1	26,0
Kvinnor 65–79 år	5,1	5,1	5,2
Kvinnor 80+	35,3	35,3	35,1
Båda könen 65–79 år	4,6	4,6	4,7
Båda könen 80+	31,8	31,7	31,6

Tabell 2.2 Personer som bor i permanent särskilt boende

Procent

	2014	2015	2016
Män 65–79 år	1,4	1,4	1,4
Män 80+	12,9	12,3	12,4
Kvinnor 65–79 år	1,4	1,4	1,4
Kvinnor 80+	19,9	19,2	19,5
Båda könen 65–79 år	1,4	1,4	1,4
Båda könen 80+	17,2	16,5	16,7

Socialstyrelsen hänvisar i sin lägesrapport för vård och omsorg om äldre 2016 till en studie från London School of Economics and Political Science som visar att välfärdssamhället är mycket olika även inom EU. I Sverige går det ca 80 särskilda boendeplatser per 1000 invånare över 65 år. I Medelhavsländer som Italien och Spanien är det däremot 20 platser per 1000 invånare. I länder som Frankrike, Tyskland och Storbritannien finns mellan 45 och 55 platser per 1000 invånare över 65 år. Skillnaderna kan i hög utsträckning förklaras av att familjens ansvar för vård och omsorg om sina äldre anhöriga är betydligt större i södra Europa.

2.2.3 Fler får avancerad vård och omsorg i hemmet

En allt större andel av de äldre med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg får denna i ordinärt boende. I och med att vården och omsorgen för de äldre under de senaste decennierna har flyttats till det egna boendet innebär det ett ökat behov av primärvårdens tjänster, både från den landstingsfinansierade och från den kommunala primärvården. Nästan 320 000 personer 65 år eller äldre fick kommunal hälso- och sjukvård någon gång under år 2014. Av personer som är 80 år eller äldre hade 59 procent både hemtjänst och hemsjukvård. Andelen kvinnor 80 år och äldre som hade båda insatserna var 59 procent, medan motsvarande

andel för män 80 år och äldre var 50 procent, enligt Socialstyrelsen lägesrapport om vård och omsorg om äldre 2016.

Med utvecklad medicinteknisk utrustning, stöd genom e-hälsa och välfärdsteknik samt läkemedel ökar möjligheterna att ge vården och omsorgen i hemmet. Utmaningen ligger snarare i möjligheterna att ge den trygghet och säkerhet som enskilda personer behöver och förväntar sig. Detta kan innebära en utökad hemsjukvård i framtiden och att denna kommer att bli allt mer komplex, då fler yrkeskompetenser kommer att behöva samverka kring den enskilde, och att den måste vara flexibel och tillgänglig dygnet runt.

2.2.4 Utvecklingen ställer högre krav på personalen

Personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som arbetar med äldre personer kan delas in i två grupper utifrån hur stor del av personalens arbete som avser äldre personer. Den första gruppen är personal som arbetar inom verksamhet som riktar sig till personer i alla åldrar, men där äldre personer, i synnerhet i vissa delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, utgör en relativt stor del av patienterna. Hit räknas akutsjukvård, primärvård och psykiatri. Den andra gruppen är personal som helt eller till övervägande del arbetar med äldre personer. Till denna grupp räknar vi geriatrik samt kommunal vård och omsorg om äldre. Den vård och omsorg om äldre som finansieras av kommunerna hade 2015 drygt 250 000 anställda personer. Av dessa var cirka 90 procent undersköterskor, vårdbiträden, skötare, vårdare och liknande. Kvinnorna dominerar bland personalen i kommunernas vård och omsorg om äldre. Det finns inte någon synlig förändring över tid i detta avseende. För undersköterskor, vårdbiträden och övrig vård- och omsorgspersonal är nio av tio anställda kvinnor (SOU 2017:21). Mellan åren 2009 och 2015 ökade antalet anställda med cirka 28 600 personer, vilket var en ökning med nästan 13 procent.

Utvecklingen mot att en allt större andel av äldre kvinnor och män har omfattande och komplexa behov av vård och omsorg ställer i sin tur högre krav på personalen. Arbete inom vård och omsorg om äldre kräver kvalificerad yrkeskompetens. Äldreomsorgen är en komplex miljö att arbeta i och personalen ställs ofta inför stora utmaningar. Rätt kompetens hos personalen är en förutsättning för att kunna ge äldre män och kvinnor vård och omsorg av god kvalitet.

2.2.5 Krav på bättre samordning

En stor utmaning är hur hälso- och sjukvård och socialtjänst samverkar och samordnar insatserna kring enskilda äldre, enligt Socialstyrelsen lägesrapport 2017 (Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2017). Myndigheten bedömer att samverkan mellan kommuner och landsting måste förbättras och att samverkan bör utgå från en organisation som stöder ett teambaserat arbetssätt utifrån den äldres behov.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gav 2016 ut rapporten Samordnad vård och omsorg, en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Myndighetens bedömning är att be-

hovan av samordning kommer att öka, främst på grund av den växande gruppen patienter och brukare med komplexa behov. Den svenska vården och omsorgen har en stor utmaning framför sig eftersom patienter och brukare med flera olika samtidiga vård- och omsorgsbehov är en kontinuerligt växande grupp. Det finns flera anledningar till detta. Den medicinska utvecklingen har lett till att personer med kroniska sjukdomar lever allt längre, och därmed ökar risken att utveckla fler sjukdomar/multisjuklighet. Jämsides med denna utveckling finns också en ökad specialisering inom vården, vilket lett till att patienterna träffar fler aktörer. Ju fler kroniska sjukdomar desto större är behovet av kontakt med både vården och omsorgen. Inom sjukvården krävs också ofta kontakt med flera olika specialister utöver den vårdcentral där patienten är listad.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) skriver i rapporten Vad har IVO sett 2017? att det är en utmaning att samordna vårdinsatserna för de multisjuka äldre som ofta har ett omfattande vårdbehov. Multisjuka äldre vårdas många gånger av personal från olika verksamheter, som slutenvården, primärvården och kommunal hälso- och sjukvård. Detta kräver att samverkan mellan dessa aktörer fungerar, och gör den inte det medför det risk för att ansvarsförhållandena blir oklara.

Regeringen har under mandatperioden tagit flera beslut med syfte att stärka samordningen mellan hälso- och sjukvård och omsorgen. Dessa beskrivs i avsnitt 5.3.2.

2.2.6 En växande grupp personer med demenssjukdom

Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av sjukdom eller skador i hjärnans nervceller. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och symtomen kommer ofta smygande och tilltar efterhand. Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom enligt Socialstyrelsens nationella utvärdering 2018 om vård och omsorg vid demenssjukdom.

Sedan starten 2007 har mer än 65 000 personer inkluderats i Svenska Demensregistret i samband med att de fått en demensdiagnos. Majoriteten är kvinnor (59 procent), vilket dels beror på att kvinnor lever längre än män, dels på att demenssjukdomar, i synnerhet alzheimers sjukdom, är vanligare bland kvinnor än män.

I dag lever mellan 130 000 och 150 000 kvinnor och män i Sverige med en demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer att öka efter 2020, när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder och fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.

2.2.7 Ökad andel äldre födda i ett annat land

I dag är knappt 1,8 miljoner eller 18 procent av befolkningen född utomlands. År 2060 beräknas 22 procent eller nästan 3 miljoner vara födda

utanför Sverige, enligt Statistiska centralbyråns rapport Sveriges framtida befolkning 2017–2060.

Andelen utrikesfödda över 65 år har ökat de senaste 15 åren i Sverige. Det gäller både för kvinnor och för män. År 2002 var andelen kvinnor med utländsk bakgrund 10,6 procent jämfört med 13,5 procent år 2016. Motsvarande andel för män var 9,2 procent 2002 jämfört med 12,6 procent 2016. En viktig uppgift, både för äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, är att tillgodose äldre personers behov av information oavsett födelseland och kunskaper i det svenska språket.

3 Den tekniska utvecklingen

Vi är mitt inne i en digital industriell revolution som kommer att innebära genomgripande förändringar på samhället på liknande vis som vid införandet av ångmaskinen eller elektriciteten. Digitaliseringen håller på att förändra vårt liv och vårt samhälle. Utrikesdepartementets kansli för strategisk analys har slagit fast att digitaliseringen anses vara den enskilt starkaste förändringsfaktorn i samhället fram till år 2025.

3.1 Digitalisering av välfärdssektorn

I Sverige har automatisering och modernisering av industrin pågått i över 100 år. Men i stor utsträckning har det varit mansdominerade professioner som teknifierats, där arbete varit dyrt och arbetskraftsbrist påtaglig. Nu står välfärdssektorn inför en omfattande digitalisering, en modernisering som är efterlängtd och som innebär stora möjligheter.

Med hjälp av välfärdsteknik som till exempel mobila larm eller applikationer på mobiler och surfplattor som påminner eller ger stöd, kan äldre personer vara mer delaktiga, mer självständiga och uppnå högre livskvalitet.

Vision e-hälsa 2025

Staten har tillsammans med Sveriges kommuner och landsting (SKL) antagit ett ambitiöst mål för digitalisering: Sverige ska bli bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Arbetet inom Vision e-hälsa beskrivs närmare i avsnitt 5.5.

3.2 Digitaliseringen och demokratin

Internet kan vara en viktig faktor för demokratisering och kan bidra till ett mer inkluderande samhälle. Det ger fler möjlighet att uttrycka sig och skapa innehåll och hålla kontakt med omvärlden. Sociala medier möjliggör för äldre kvinnor och män att få kontakt med personer med liknande intressen och förverkliga sig själva digitalt. Enligt Internetstiftelsen i Sverige är det också ett vanligt sätt för äldre att genom sociala medier

hålla kontakt med närstående (Svenskarna och internet 2017, rapport). Men med åldrandet ökar risken för sjukdomar som kan försvåra vardagen och då kan den enskilde behöva stöd och hjälp för att upprätthålla den kontakten. Skr. 2017/18:280

3.3 Digitaliseringen i omsorgen

En digitalisering av omsorgen kan bidra till ökad kvalitet i insatsernas utformande och genomförande. Om rutinmässiga arbetsuppgifter tas över av teknik frigörs omsorgsprofessionernas tid till att utforma en mer mänsklig omsorg, med mer tid till möten, samtal, gemensamma måltider och närvaro. I ett arbetsmarknadsläge som förutspår en omfattande arbetskraftsbrist i välfärden behöver personalens professionalitet och kunskaper läggas på de insatser där de behövs som bäst t.ex. på de insatser som inte kan ersättas av tekniska lösningar. En sådan omdisponering av tid kan bidra till ökad trygghet för de kvinnor och män som upplever oro och ensamhet.

3.3.1 Välfärdsteknik

Enligt Socialstyrelsens termbank är välfärdsteknik digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående eller någon annan i personens närhet och kan ges som bistånd, förskrivas som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden.

Den tekniska utvecklingen går fort och det utvecklas många nya välfärdstekniska lösningar. Det är mycket viktigt att den välfärdsteknik som används är trygg och säker att användas och väl anpassad för målgruppen.

Välfärdsteknik kan också bidra till bättre arbetsmiljö för kvinnor och män som arbetar inom socialtjänstens verksamheter. Genom att ge personalen mer tid och mer flexibilitet i utförandet kan tekniken bidra till att minska stress. Med hjälp av tekniken kan man snabbare uppmärksamma en situation där välfärdspersonalens arbetsmiljö ger anledning till oro. Inom omsorgen finns problem med höga sjukskrivningstal, och det är angeläget att på både nationell och lokal nivå verka för bättre arbetsmiljö och sänkta sjukskrivningstal. Behovet av förbättrad arbetsmiljö beskrivs närmare i avsnitt 4.3.1.

Införandet av välfärdsteknik i omsorgen är en viktig yrkesutveckling för välfärdens professioner. Men införandet av ny teknik behöver kombineras med kompetensutveckling och utbildning – så att välfärdspersonerna ges möjlighet att styra över tekniken och inte tvärt om. I regeringens digitaliseringsstrategi är digital kompetens ett utpekat område för att Sverige ska ha förutsättningar för att bli ett hållbart digitaliserat land.

3.4 Innovation i samverkan

Tekniska lösningar måste införas med stor varsamhet och med omtanke i all människonära verksamhet. Välfärdsteknik blir bäst när den införs och skapas i dialog med arbetstagare och brukare utifrån faktiska behov. Genom att aktivt involvera dem som ska använda tekniken i utvecklingsprocessen, ökar förutsättningarna för att den tekniska lösningen blir ändamålsenlig och lätt att använda. Innovationsprocesser behöver vara öppna och kunna ifrågasättas. Långsiktiga effekter av teknik och digitalisering ska alltid beaktas. Det är också viktigt att frågor kring ansvarsfördelning av datahantering samt rädsla för övervakning utvärderas och tas på allvar. Alla ska kunna känna sig trygga med den teknik som omger dem.

3.5 Digitaliseringen i samhället i stort

Regeringen har beslutat att ta ett helhetsgrepp om den digitala utvecklingen i det offentliga Sverige och accelerera arbetet genom en ny myndighet för digital förvaltning. Vi ser samtidigt en stark utveckling av det som kallas datadriven innovation både i Sverige och runt om i världen. Det är en del av digitaliseringen av samhället och det offentliga måste vara en naturlig och stödjande part i den utvecklingen. Den offentliga sektorn behöver kunna samverka med näringslivets aktörer och användare för att tillsammans skapa morgondagens digitala tjänster.

Dagens samhällsutveckling drivs och formas till stor del av digitaliseringen. Den gör att vi kan göra helt nya saker och att saker vi tidigare gjort kan göras på helt nya sätt. Men för att kunna ta tillvara de möjligheter som digitaliseringen erbjuder behöver vi se helheten och arbeta i ett större perspektiv.

Strategier för trygg och säker digitalisering

Regeringen har fattat beslut om flera strategier på området: Med medborgaren i centrum (dnr N2012/6402/ITP) För ett hållbart digitaliserat Sverige – en digitaliseringsstrategi (dnr N2017/03643/D) och Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi (dnr N2016/0808/D).

I strategin Med medborgaren i centrum framhålls det att det ska vara enkelt att ta vara på sina rättigheter och uppfylla sina skyldigheter som medborgare i Sverige. Det ska vara enkelt både för kvinnor och för män, oavsett ålder och oavsett om man har en funktionsnedsättning. För ett hållbart Sverige – en digitaliseringsstrategi handlar bl.a. om att den digitala kompetensen i landet ska öka, fler ska vara förtrodda med digitala tjänster och verktyg och kunna vara med och delta i den digitala utvecklingen utifrån sina förutsättningar. Människor ska vara trygga och känna tillit i användningen av digitala tjänster, och de ska vara enkla att använda.

Digitaliseringsstrategin lyfter även fram de möjligheter det finns att effektivisera verksamheter att utveckla och höja kvaliteten med hjälp av digitala verktyg. Det är viktigt att framhålla att digitaliseringen inte får

innebära att frånvaro av mänsklig kontakt, utan att digital teknik ska vara ett komplement som ska möjliggöra bättre kontakt människor emellan.

Sverige helt uppkopplat 2025 – en bredbandsstrategi innehåller regeringens vision om ett helt uppkopplat Sverige. Det innebär att bredbandsinfrastrukturen ska motsvara användarnas behov av uppkoppling. Varken fast eller trådlöst bredband ska i praktiken utgöra en begränsning för användning, tillhandahållande eller utveckling av digitala tjänster. Användaren ska vara trygg i att uppkopplingen fungerar för de bredbandstjänster som den används för. Det bidrar till ett demokratiskt, jämlikt och jämställt samhälle rustat för framtiden. Det behövs för att digitaliseringens fulla potential ska kunna tillvaratas.

3.6 Ett gemensamt arbete

Den omvälvande process som digitaliseringen innebär ställer stora krav på att man arbetar tillsammans. Regeringen har därför etablerat två råd: Digitaliseringsrådet och Rådet för digitalisering av det offentliga Sverige, med syfte att öka samverkan mellan berörda aktörer. Även inom ramen för Vision e-hälsa finns två råd, dels det Nationella rådet, dels Forum för standardiseringar. Även de här råden syftar till ökad samverkan och till att komma fram till gemensamma överenskommelser om hur arbetet ska drivas framåt.

På statlig nivå innebär det att man både inom Regeringskansliet och andra myndigheter behöver arbeta tillsammans för att uppnå bästa resultat på respektive ansvarsområden. Det finns stora utmaningar i de arbetsprocesserna, men det är också där de största möjligheterna uppenbarar sig. För att kunna utnyttja välfärdstekniska lösningar behövs ett tryggt bredband, det behövs digital kompetens på alla nivåer och det behövs innovationskraft men också kunskap om verksamheterna och användarnas behov. Så bygger vi en modern välfärd.

4 Rekryteringsutmaningen

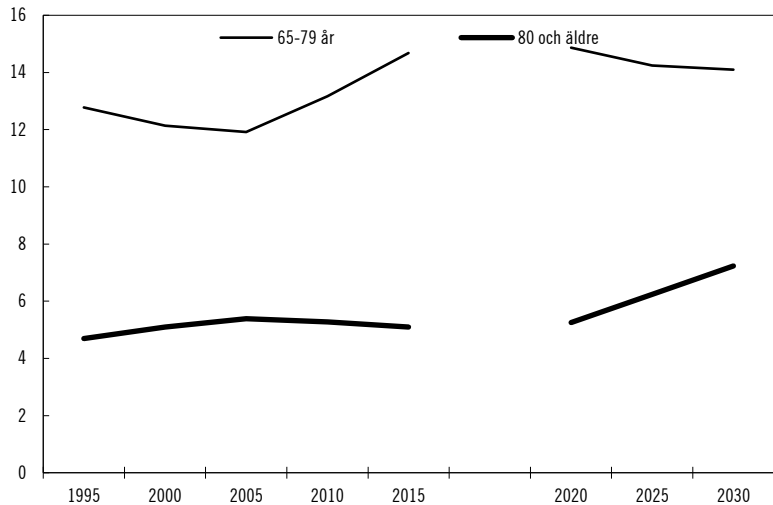
4.1 Behovet av personal ökar starkt

Inom området hälso- och sjukvård och social omsorg väntar stora utmaningar för att täcka det framtida personalbehovet. Efterfrågan inom hälso- och sjukvården bedöms öka kraftigt fram till 2035, både som en följd av att befolkningen växer och av att de äldre blir allt fler.

År 2035 beräknas Sveriges befolkning uppgå till 11,6 miljoner personer, jämfört med 9,8 miljoner år 2015. En tydlig förändring av befolkningsstrukturen i framtiden är en ökning av andelen äldre. År 2035 väntas det finnas nästan 2,6 miljoner personer som är 65 år och äldre, en ökning med 600 000 från år 2015. Antalet personer i befolkningen i den mest arbetsaktiva åldern väntas öka från 5,7 miljoner år 2015 till 6,3 miljoner år 2035. Det är de utrikes födda som beräknas stå för hela

Figur 4.1 Andelen personer 65–79 år respektive 80 år och äldre av den totala befolkningen, 1995–2035

Procent



Källa: Statistiska centralbyrån

Efterfrågan på personal med vård- och omsorgsutbildning beräknas öka med drygt 65 procent fram till 2035. Den ökade efterfrågan kommer att vara särskilt stor inom äldreomsorgen. Det innebär en betydande risk för stor brist på personal med gymnasial vård- och omsorgsutbildning.

Om inga förändringar görs i sättet att organisera, arbeta och bemanna kommer de demografiska förändringarna leda till att antalet anställda i välfärdstjänsterna behöver öka med nästan 200 000 personer fram till 2026, enligt SKL:s beräkningar. Av dem är ca 136 000 i behov av undersköterskor och vårdbiträden, enligt SKL:s prognos (SKL, Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, rekryteringsrapport 2018).

4.2 Tillgången till personal

Tillgången till personal med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå beräknas ligga kvar på ungefär dagens nivå fram till 2035. Det förutsätter att intresset för utbildningen och genomströmningen på gymnasiet ligger kvar på nuvarande nivå. Då beräknas i snitt nära 3 600 examineras till utbildningsgruppen varje år. Betydligt fler examineras från vuxenutbildningen. Med en utbildningsvolym på dagens nivå blir tillskottet från komvux 5 100 personer årligen med likartad utbildning. Närmare 60 procent av de i arbetskraften idag är 45 år eller äldre och pensionsavgången väntas bli stor fram till 2035.

År 2015 hade 217 000 förvärvsarbetande en vård- och omsorgsutbildning på gymnasial nivå. Av dessa var 88 procent kvinnor och 12

procent män. Drygt 40 procent av dem arbetar inom äldreomsorgen. Vanligast är att arbeta som undersköterska. Andra vanliga yrken är skötare, vårdare, personlig assistent och vårdbiträde. Enligt arbetsgivarernas bedömning är det i dag viss brist på nytexaminerade kvinnor och män med vård- och omsorgsutbildning (Trender och prognoser. Befolkningen, utbildning, arbetsmarknaden med sikte på år 2035, SCB 2017).

4.3 Hur kan vi möta rekryteringsutmaningen?

Både tillgång till och efterfrågan på personal påverkas av många olika faktorer. Förändring av befolkningens behov av äldreomsorg är det som framför allt påverkar behovet av personal. Men personalbehovet påverkas också av effektivisering genom ändrade arbetssätt, organisation och användning av teknik. Tillgången på personal påverkas bl.a. av hur många som utbildar sig inom vård och omsorg och i vilken omfattning de vill och orkar arbeta inom äldreomsorgen. För att vi ska klara rekryteringsutmaningen har regeringen vidtagit åtgärder inom flera områden.

4.3.1 En hållbar och attraktiv arbetsmiljö

Personal- och kompetensförsörjningsarbetet kan inte uteslutande ta sikte på att attrahera och rekrytera nya arbetare. Det måste även handla om att ta tillvara den fulla potentialen hos dem som redan är anställda, till exempel genom att minska sjukfrånvaron (SKL 2017, Sjukfrånvaro i kommuner och landsting, vad är problemet). Äldreomsorgen är en bransch med mycket höga sjukskrivningstal jämfört med övriga arbetsmarknaden.

Arbetsbelastningen har ökat inom hemtjänsten. Studien Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? (Szebehely, Stranz & Strandell 2017) visar på en påtaglig ökning mellan 2005 och 2015 av antalet personer som omsorgspersonalen hjälper under en arbetsdag – framför allt inom hemtjänsten. Känsla av otillräcklighet och att underbemanning hotar hjälptagarnas säkerhet är en starkt bidragande anledning till att vilja lämna sitt arbete. Stress och hög arbetsbelastning är problem i arbetsmiljön som är betydligt vanligare i den kvinnodominerade äldreomsorgen än i mansdominerade tekniska förvaltningar i kommunerna. Det framgår av en tillsynsrapport från Arbetsmiljöverket (rapport 2015:5).

Enligt Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik kan man utläsa att antalet personer som är sjukskrivna längre än 14 dagar är nästan dubbelt så stort inom omsorgen som arbetsmarknaden i stort. Av 1 000 personer som arbetar inom vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och för personer med funktionsnedsättning startas 183 sjukskrivningar jämfört med 97 sjukskrivningsstarter på hela arbetsmarknaden. Personer inom omsorgen är också sjukskrivna längre tid, än personer som är sjukskrivna på arbetsmarknaden i stort. Vidare framkommer att fler kvinnor än män inom vård och omsorg är sjukskrivna längre än 14 dagar, och de är dessutom sjukskrivna längre tid än männen. Av 1 000 kvinnor startar ca 194 sjukskrivning och de är sjukskrivna i genomsnitt ca 34 dagar (inklusive de 14 dagar arbetsgivaren betalar sjuklön). Motsvarande antal

för män inom vård och omsorg är 91 startade sjukskrivningar som varar i genomsnitt 24 dagar. Eftersom ca 92 procent av alla undersköterskor som arbetar inom äldreomsorg och hemsjukvård är kvinnor är arbetsmiljön inom vård och omsorg en viktig fråga för ekonomisk jämställdhet.

Deltidsarbete har länge varit vanligare inom äldreomsorgen än inom andra delar av arbetsmarknaden. I Kommunals rapport Så mycket bättre? framkom att år 2015 arbetade 37 procent av all personal i äldreomsorgen heltid jämfört med 79 procent av samtliga anställda i Sverige. Det är 38 procent av denna som vill arbeta heltid men som inte får den möjligheten. En del arbetar deltid frivilligt eller för att de inte orkar med ett heltidsarbete (Kommunal 2016). Möjlighet till heltid är viktigt för kvinnors ekonomi. Både inkomst och pension påverkas negativt av deltidarbete.

Upplevelsen av att ha ett meningsfullt arbete är det som gör att många trivs med sitt arbete inom äldreomsorgen. En hög grad av detaljstyrning och låg personalkontinuitet, dvs. att både personal och äldre träffar många olika personer, gör att arbetet känns mindre meningsfullt. En utveckling av ledarskap, styrning och organisation av äldreomsorgen kan bidra till att göra yrket mer attraktivt.

Även teknik kan användas som stöd och avlastning för medarbetare och ge stöd och ökad självständighet för äldre kvinnor och män. Tekniken kan bidra till att personalen får mer tid till det värdeskapande inom sitt uppdrag. Digitala tjänster kan användas för färre transporter och mindre behov av fysiska besök. Både äldre, anhöriga och personal är positivt inställda i de kommuner som kommit längst med det här arbetet (SKL, Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden, 2018).

4.3.2 Större andel män och utlandsfödda i rekryteringsbasen

I dag är 9 av 10 av personalen i äldreomsorgen kvinnor. Den starka kvinnodominansen syns även i vilka som examineras från vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. År 2006 var endast nio procent män. Andelen män hade ökat till 12 procent 2015 och beräknas vara 17 procent 2035 (Trender och prognoser 2017, SCB).

Fler kan bidra till vår gemensamma välfärd. Det finns potential i att bredda rekryteringsbasen genom att minska den kraftiga obalansen i könsfördelningen i äldreomsorgen. Var tredje ung man och varannan kvinna kan tänka sig att arbeta som undersköterska, sjuksköterska eller läkare, visar en undersökning gjord av Ungdomsbarometern.

Det finns även möjligheter att minska risken för ett ökande gap mellan utbud och efterfrågan på personal genom att ta tillvara den kompetens som finns hos kvinnor och män som kommer från andra länder. Om nyanlända kvinnor och män snabbare kommer in i utbildning, skulle de framtida personalresurserna i äldreomsorgen kunna vara större. En av fem av dem som arbetar som vård- och omsorgspersonal är född utomlands. Utan utlandsfödda kvinnor och män skulle äldreomsorgen få stora problem att klara sitt uppdrag. För att arbetskraften ska räcka till behöver betydligt fler från gruppen födda i andra länder komma i arbete. Kvinnor har i högre utsträckning än männen en vård- och omsorgsutbildning oavsett om man är född i Sverige eller inte, men det är dubbelt så vanligt att

4.3.3 Satsningar på utbildning

Om antalet examinerade från komvux skulle fördubblas från och med läsåret 2018/19 skulle antalet vård- och omsorgsutbildade öka med 25 procent fram till 2035, enligt SCB. Gapet mellan tillgång på och behov av utbildad personal skulle då inte bli fullt lika stort.

Regeringen har gjort en utbildningssatsning för tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården för att stärka möjligheten för personer som är visstidsanställda i äldreomsorgen och hälso- och sjukvården att vidareutbilda sig. Under 2017 motsvarade satsningen 50 miljoner kronor, dvs. ca. 1000 årsstudieplatser i enlighet med förordningen (2015:504) om statsbidrag för utbildning som kombineras med traineejobb eller annat arbete.

Regeringen har även ökat satsningarna på ett stadigvarande kunskapslyft med fler permanenta utbildningsplatser inom yrkesutbildning för vuxna (yrkesvux). Genom dessa satsningar kommer fler att kunna få en yrkesutbildning, bl.a. för arbete inom äldreomsorgen.

Undersköterskan tillhör Sveriges största yrkesgrupp. De har avgörande betydelse för den vård och omsorg som äldre får. För att tydliggöra undersköterskornas viktiga yrkesroll och för att långsiktigt trygga kompetensen i välfärdens verksamheter har regeringen tillsatt en utredning (dir. 2017:103). Utredningen ska lämna förslag till hur yrket undersköterska kan tydliggöras och regleras. Bedömningen är att detta kan bidra till att göra yrket mer attraktivt och höja dess status. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

5 Insatser inom prioriterade områden

Den demografiska utvecklingen och de möjligheter som den tekniska utvecklingen innebär gör att äldreomsorgen de kommande åren står inför behov av strukturella förändringar. Regeringen har under mandatperioden påbörjat detta arbete. Omfattningen och inriktningen av den demografiska utvecklingen har motiverat ett flertal utredningar varav vissa har hunnit presentera sina slutsatser medan andra fortfarande pågår.

5.1 Personal

Äldreomsorgens främsta resurs är dess personal. Rätt bemanning skapar trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. Det ger även utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde och ökar möjligheterna att gemensamt kunna utveckla verksamheten. Kvalitets-egenskaper som är relaterade till personalen och personalens förhållningssätt värderas högst av äldre kvinnor och män som får hemtjänst

såväl som av dem som bor i särskilda boenden. I betänkandet Läs mig! framhålls att det är viktigt att personalen är ärlig, pålitlig och bemöter de äldre med respekt. Personalens kunskap och kompetens bedöms också som viktig liksom personalens tid för att utföra uppgifter samt hur tillgängliga de är.

5.1.1 En utvecklad, tillitsbaserad styrning

En viktig fråga för att göra omsorgsyrkena mer attraktiva och för att odla äldreomsorgens yrkesprofessioner handlar om att utveckla verksamhetsstyrningen. Det förnyelsearbete som pågick på 1980-talet inom kommuner och landsting, och som går under den samlade engelska benämningen New Public Management, har haft stor inverkan på äldreomsorgen. Även om syftena och intentionerna bakom dessa reformer ofta var goda kan det i dag konstateras att de också fick negativa effekter. Det professionella, erfarenhetsbaserade arbetet har kommit att underbetonas till förmån för det som är lätt att mäta och därmed redovisa och följa upp.

Tillitsdelegationen

Regeringen tillsatte den 16 juni 2016 Tillitsdelegationen i syfte att långsiktigt bidra till förbättrade förutsättningar för kommuner och landsting att vidareutveckla en rättssäker och effektiv förvaltning (dir. 2016:51). Tillitsdelegationen undersöker vad som skapar värde i mötet mellan medborgare och medarbetare inom vård, skola och omsorg, och vilka hinder som finns för att mötet blir så bra som möjligt. En grundläggande utgångspunkt är att en mer tillitsbaserad styrning och ledning kan förbättra situationen. Inom ramen för delegationens arbete fokuserar de på den outnyttjade potential som kan finnas hos medarbetarna i välfärdssektorn och hur den bäst kan tas tillvara, till nytta för brukare, patienter, elever och andra intressenter. Tillitsdelegationen har bedrivit tolv försöksverksamheter som på olika sätt belyser tillitsbaserad styrning och ledning. Vad gäller äldreomsorg har man bland annat analyserat det framgångsrika exemplet Sundsvall/Skönsmon. Genom att ge medarbetare större handlingsutrymme att forma verksamheten har man kunnat uppvisa goda resultat när det gäller arbetsmiljö och brukarinflytande. Tillitsdelegationens arbete visar på vikten av att visa förtroende för omsorgspersonalens kompetens, ge omsorgspersonalen mandat att förverkliga verksamhetens uppdrag, att ledningen ska vara aktiv i förändringsarbetet och att man bör involvera alla nivåer och funktioner i organisationen.

I övrigt lägger Tillitsdelegationen vikt vid kollegialt lärande och att utveckla tydliga stödstrukturer i form av ett närvarande ledarskap och medledarskap, att skapa arenor för kollegialt handlingsutrymme och att kollegor ska kunna stödja varandra att fatta svåra beslut. Kunskapsutveckling, helhetssyn och brukarperspektiv är de mest relevanta centrala principerna.

Delegationen diskuterar även behovet av kontinuitet och förtroende mellan patienter och anhöriga visavi vård och omsorgsgivare inom omsorgen och hur fragmenterad vård och omsorg motverkar tillit i äldreomsorgen. Detta har stor betydelse för vård och omsorg för kvinnor och män som har demenssjukdom.

Tillitsdelegationen har lämnat sitt huvudbetänkande, Med tillit växer Skr. 2017/18:280
handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärds-
sektorn (SOU 2018:47), den 14 juni 2018.

Stärkt meddelarskydd

I september 2016 lämnade regeringen propositionen Stärkt meddelarskydd för privatanställda i offentligt finansierad verksamhet (prop. 2016/17:31) till riksdagen. Syftet var att anställda och uppdragstagare i sådana verksamheter ska ha motsvarande rätt som offentligt anställda att lämna uppgifter om verksamheten för publicering i medierna.

Propositionen har arbetats fram med anledning av att allt mer av den verksamhet som tidigare drivits av kommunerna i dag sköts av privata aktörer och att allmänhetens möjlighet att få insyn i verksamheterna och kunna kontrollera hur skattepengarna används därigenom har minskat. Den som bedriver verksamheten förbjuds att efterforska vem som har utnyttjat sin meddelarfrihet eller medverkat till en grundlagsskyddad framställning och får inte heller utsätta denne för negativa åtgärder på grund av detta. Meddelarskyddet begränsas av de regler om tystnadsplikt som finns på respektive område och medför ingen rätt att lämna ut handlingar. En ny lag föreslogs därför, som innehåller bestämmelser om straff för den som ingriper eller efterforskar i strid med lagen. Riksdagen biföll regeringens förslag i nu aktuella delar, och lagen (2017:151) om meddelarskydd i vissa enskilda verksamheter började gälla den 1 juli 2017.

5.1.2 Satsning på bemanning för trygghet och kvalitet

Bemanningsatsningen 2015–2018

Regeringen avsatte 1 miljard kronor 2015 och 2 miljarder per år 2016–2018 för en satsning på stärkt bemanning inom äldreomsorgen, i syfte att förbättra äldreomsorgens förutsättningar. Målet var ökad trygghet och kvalitet för den enskilde. I många avseenden är god kvalitet kopplad till att de anställda, som ska vara kvalificerade och kompetenta, är tillräckligt många. En stärkt bemanning kan enligt regeringens bedömning bidra till bättre äldreomsorg, eftersom det kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde, men också större möjlighet för personalen att gemensamt utveckla verksamheten. Det kan t.ex. bidra till att man kan förebygga psykisk ohälsa, bryta isolering och öka kvaliteten på måltiderna. För att långsiktigt säkra tillgången till personal måste attraktiviteten i yrket vara hög. Att stärka bemanningen kan även förväntas förbättra arbetsmiljön och därigenom öka attraktionskraften för yrken inom omsorgen.

De allra flesta av kommunerna har valt att delta i satsningen. Under 2016 rekviderade 274 kommuner sammanlagt 1,9 miljarder kronor. Medlen får användas för personal som utför stöd och omvårdnad och som tillhör en personalkategori som arbetar nära de äldre, t.ex. undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Personalen förväntades ha adekvat utbildning eller erbjudas introduktion, handledning och utbildning. Det är även en jämställdhetsatsning då

avsatta resurser används till att förbättra arbetsmiljön i en kvinnodominerad bransch.

Enligt Socialstyrelsens redovisning avseende 2015 har medlen finansierat ca 5 000 årsarbetare, hos både kommunala och enskilda utförare av äldreomsorg. Av dessa är ca 9 av 10 kvinnor. Det motsvarar fördelningen mellan kvinnor och män bland personal inom äldreomsorgen totalt.

Enligt kommunernas redovisningar har stimulansmedlen bidragit till större möjligheter för omsorgspersonalen att medverka till en meningsfull tillvaro för äldre personer med omsorgsinsatser. Medlen har gjort det möjligt för personalgrupper med högre utbildning att ge stöd och handledning och sprida kunskaper till övrig personal. Medlen har även använts till förstärkning av natt- och helgbemanning och till att sätta in extra personal efter hemkomst från slutenvård eller korttidsboende. Stimulansmedlen har använts för att uppnå kontinuitet i bemanningen. Ett återkommande tema i kommunernas redovisning av resultaten har varit att satsningen på olika sätt har varit stimulerande för personalen. Det har bl.a. funnits möjlighet att arbeta under mindre stress. Socialstyrelsens uppföljning indikerar att bemanningssatsningen har bidragit till en förbättring av personalens arbetsmiljö. Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att medlen har använts i riktning mot en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik och tillgänglig äldreomsorg (Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen, Uppföljning av 2015 års medel, Socialstyrelsen 2016).

Statskontoret har på regeringens uppdrag följt upp styrning, utformning och arbetsätt avseende bemanningssatsningen. Statskontoret bedömer att satsningens utformning är ändamålsenlig. De aktiviteter som kommunerna har genomfört stödjer satsningens mål om ökad kvalitet och trygghet för de äldre. Kommunerna har i hög grad involverat utförare som bedriver äldreomsorg i enskild regi i satsningen. Statskontoret ser dock en risk för att satsningen inte leder till långsiktiga effekter (Ökad bemanning inom äldreomsorgen, delrapport, Statskontoret, 2016).

Välfärds miljarderna

Eftersom många verksamheter i kommuner och landsting är ansträngda, har regeringen genomfört en historisk satsning på välfärden genom en permanent höjning av de generella statsbidragen till kommuner och landsting med 10 miljarder kronor från och med 2017. De generella statsbidragen ger stor frihet för kommuner och landsting att själva utforma sin verksamhet utifrån lokala förutsättningar. För att säkerställa en hög kvalitet måste kommunsektorn kontinuerligt förnya och effektivisera sin verksamhet.

I budgetpropositionen för 2018 redovisar regeringen i sin prognos över kommunsektorns utgifter att utgifterna kommer att öka i linje med de demografiskt drivna behoven under åren 2018–2020. Av den anledningen gör regeringen i propositionen bedömningen att de generella statsbidragen till kommunerna bör höjas med 5 miljarder kronor 2019 och ytterligare 5 miljarder 2020. Regeringen bedömer att en sådan höjning ger kommunerna förutsättningar att fortsatt stärka den generella välfärden och erbjuda en effektiv kommunal verksamhet av god kvalitet.

Investeringar i välfärden har stor betydelse för arbetsmiljön, inte minst i många kvinnodominerade branscher som kännetecknas av större problem med ohälsa än andra branscher.

Regeringen har gett Arbetsmiljöverket i uppdrag att genomföra en nationell tillsyn av äldreomsorgen med start hösten 2017. Syftet är att bidra till en minskning av den höga sjukfrånvaron, antalet arbetssjukdomar och belastningsskador som är utmärkande för denna bransch.

Professionsmiljarden

Med syfte att säkra kompetensförsörjningen inom landstingens hälso- och sjukvård har även regeringen genomfört satsningen professionsmiljarden i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting. Under mandatperioden har närmare 4 miljarder kronor fördelats i landstingen för att stödja kompetensförsörjning.

5.1.3 Reglering för tillräcklig nattbemanning

För att säkerställa att äldre kvinnor och män får en värdig, säker och individanpassad omsorg har regeringen beslutat att införa en ny bestämmelse i socialtjänstförordningen (2001:937) om bemanning i särskilda boenden för äldre. Bestämmelsen trädde i kraft den 15 april 2016. Omsorgen på särskilda boenden ska vara värdig, säker och individanpassad. Tillgång på personal och användning av teknik ska anpassas efter den enskildes aktuella behov. De äldre kvinnor och män som får plats på äldreboende i dag är samhällets äldsta och sköraste.

Inspektionen för vård och omsorg hade tidigare visat att det förekom att kvinnor och män med demenssjukdom var inlåsta nattetid. Många äldre upplevde också att omsorgen inte är anpassad efter deras behov. Den nya bestämmelsen tydliggör att det utifrån den enskildes aktuella behov ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa. Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. Socialnämnden kan t.ex. fortsatt bevilja äldre kvinnor och män s.k. servicelägenheter och trygghetslarm för att avhjälpa den enskildes behov.

Vidare förtydligas att de äldre som beviljas exempelvis särskilt boende för personer med demenssjukdom och behöver vård dygnet runt ska tillförsäkras detta. Om det finns behov av personal på boendet ska sådan finnas. Förordningen reglerar inte på vilket sätt personal kan uppmärksamma att boende har behov av hjälp och därför kan den som bedriver ett särskilt boende själv bedöma på vilket sätt tekniskt stöd kan vara lämpligt. Det är viktigt att tekniskt stöd används på ett sådant sätt att det inte är till nackdel för den enskilde.

Som en följd av ovan nämnda ändring i socialtjänstförordningen har SKL i ett projekt tillsammans med kommuner tagit fram en rekommendation om ökad kvalitet i särskilda boenden för äldre. Rekommendationen handlar om att stötta kommunerna i deras kvalitetsarbete på särskilda äldreboenden. Fokus ligger bl.a. på hur man med hjälp av

välfärdsteknik kan förbättra tillsyn och bemanning, till exempel genom att använda larmmattor, kameratillsyn och gps-klocka. Rekommendationen gäller även kommunens arbete med ledarskap och verksamhetsutveckling för att de särskilda boendena ska utvecklas så att mer tid ges till individen och dennes specifika behov. SKL har under 2017 arbetat med att sprida information och stödja genomförandet av rekommendationen. I januari 2018 hade ca 160 kommuner antagit den.

För de äldre som behöver visst stöd för att känna trygghet har regeringen förtydligat kommunernas möjlighet att erbjuda ett biståndsbedömt trygghetsboende utan bemanning dygnet runt. Boendeformen presenteras närmare i avsnitt 1.5.2.

5.2 Stärkt profession och kompetensförsörjning

En viktig förutsättning för att kommuner och landsting ska kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att verksamheterna är bemannade med medarbetare med rätt kompetens. För att långsiktigt trygga verksamheter i välfärden, däribland hälso- och sjukvården och omsorgen, behöver arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ses över och medarbetarnas kompetens tydligare värderas och användas på bästa sätt.

Socialstyrelsen publicerar allmänna råd (SOFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos befintlig personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. Myndigheten tar även fram och sprider kunskapsstöd och metodstöd för att fortlöpande öka möjligheten för yrkesverksamma inom äldreomsorgen att öka sin förmåga att ge äldre kvinnor och män god vård och omsorg.

5.2.1 Reglering av yrket undersköterska

Regeringen har utsett en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur yrket undersköterska kan regleras i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen (dir. 2017:103 Reglering av yrket undersköterska). Bakgrunden är bl.a. att det idag är otydligt vilka kunskaper en undersköterska har, vilket försvårar landstingens och kommunernas arbete med kompetensförsörjning. Det skapar därigenom ovisshet om hur verksamheterna kan bemannas för att ge en god och trygg vård och omsorg för patienter och brukare. Utredaren ska beskriva yrkets innebörd och yrkesrollens beskaffenhet och föreslå en ändamålsenlig reglering för yrkesgruppen undersköterska, dvs. att yrkesgruppen ska omfattas antingen av bestämmelserna om legitimation eller skyddad yrkestitel eller av annan reglering. Utredaren ska också föreslå förtydliganden av vilken kompetens som ska krävas, samt lämna de författningsförslag som behövs. Uppdraget ska redovisas senast den 30 april 2019.

5.2.2 Stärkt krav på kompetens

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå nationella kompetenskrav för yrket undersköterska och beskriva vilka författnings-

ändringar som krävs för att kompetenskraven ska kunna fastställas i föreskrift. Genom att fastställa kompetenskraven i föreskrift förstärks kraven på förmåga att tala, läsa och skriva svenska. I genomförandet av uppdraget ska Socialstyrelsen föra dialog med Skolverket, SKL och Utredningen om reglering av yrket undersköterska (S 2017:07) om hur kompetenskraven på bästa sätt kan ligga till grund för utbildningar till undersköterska och som grund för en reglering av yrket. Uppdraget ska redovisas till Socialdepartementet senast den 1 december 2018.

Statens skolverk har getts i uppdrag att föreslå justeringar i programstruktur och examensmål för vård- och omsorgsprogrammet samt ta fram förslag till de förordningsändringar som krävs med anledning av ett införande av en undersköterskeexamen inom såväl gymnasieskolan som inom kommunal vuxenutbildning. Förslaget ska utgå från de nationella kompetenskrav för undersköterskor som föreslås i betänkandet Effektiv vård – slutbetänkande (SOU 2016:2). I genomförandet av uppdraget ska Statens skolverk föra en dialog med Socialstyrelsen och Utredningen om reglering av yrket undersköterska om hur kompetenskraven på bästa sätt kan ligga till grund för utbildningar till undersköterska och som grund för en reglering av yrket. Statens skolverk ska även föra en dialog med SKL. Uppdraget ska redovisas till Utbildningsdepartementet senast den 30 november 2018.

5.2.3 Sammanhållna yrkesutbildningar på gymnasial nivå

Regeringen har under mandatperioden gett Statens skolverk i uppdrag att dels utforma förslag till sammanhållna yrkesutbildningar inom regional yrkesinriktad vuxenutbildning (dnr U2016/04619/GV), så kallade nationella yrkespaket, dels gett myndigheten i uppdrag att se till att förslagen även kan tillämpas inom gymnasieskolans introduktionsprogram (dnr U2017/01930/GV).

Syftet med nationella yrkespaket är att göra yrkesutbildningarna mer likvärdiga och säkerställa att de som genomför utbildningen har de yrkeskunskaper som efterfrågas på arbetsmarknaden. Paketerna ska vara påbyggbara och de som genomgår utbildningarna ska vid ett senare skede kunna komplettera sin utbildning med ytterligare kurser. För dem som studerar vård och omsorg innebär detta att de först kan utbilda sig till vårdbiträde för att vid ett senare tillfälle fortsätta att studera och uppnå undersköterskeexamen. Statens skolverk publicerade i maj 2018 yrkespaket för vårdbiträde och undersköterska.

Regeringens uppdrag till Statens skolverk ligger till väl i linje med Kommunals överenskommelse med SKL om en utvecklingstrappa för de kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgen.

5.2.4 Kompetenssatsningen

För att uppfylla målet om tillgång till god vård och omsorg behöver personalen ha god kunskap och adekvat kompetens. Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att fördela 178 miljoner kronor för en kompetenssatsning riktad till baspersonal inom äldreomsorgen och funktions-

hindersonrådet under 2016. Satsningen avsåg även att ge kommunerna stöd att fortsätta utveckla kompetenssatsningar till målgruppen. Enligt Socialstyrelsens slutrapport har totalt 267 kommuner använt cirka 136 miljoner kronor för utbildningsinsatser i vilka nästan 65 000 personer har deltagit. Majoriteten av deltagarna, 58 procent, arbetar inom äldreomsorgen och övriga 42 procent inom funktionshindersonsorgen. Andelen män som har deltagit är något högre inom funktionshindersonsorgen, 17 procent, jämfört med inom äldreomsorgen, 9 procent.

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen även utvecklat och spritt relevanta kunskapsstöd riktade till kommunerna i syfte att stödja en effektiv verksamhetsutveckling. I januari 2017 lanserades därför stöd till introduktionsutbildning för baspersonal inom äldreomsorgen på kunskapsguiden.se, en nationell webbplats som samlar kunskap inom bl.a. äldre, evidensbaserad praktik, psykisk ohälsa och funktionshinder.

Socialstyrelsen har vidare inom sitt uppdrag genomfört en förstudie, för att fördjupa sig i ett antal utvalda kommuners arbete med frågan. Förstudien avgränsades till den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen konstaterar att kommunerna i dagsläget har svårt att rekrytera personer både med och utan adekvat kompetens. Myndigheten bedömer vidare att avsaknad av incitament att utbilda sig kan medföra att kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre riskerar att försämrans samt försvårar för personalen att göra karriär, vilket påverkar viljan att stanna kvar i yrket. Socialstyrelsen pekar i Lägesrapport, vård och omsorg om äldre 2017 även på att bristen på personal delvis beror på att få män söker sig till yrket och rekryteringsbasen därmed är mindre än den annars skulle ha varit.

5.2.5 Stöd till anhöriga

Anhöriga fyller en viktig roll för många äldre och andra som till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning behöver olika former av stöd och omsorg. Det är för många en naturlig del av livet och ett sätt att vara nära och hjälpa sina anhöriga. Att som anhörig ge vård och omsorg ska vara ett frivilligt åtagande. Den informella omsorg som utförs av anhöriga kvinnor och män är dock omfattande.

Kvinnor påverkas generellt mer negativt än män av att ge anhörigomsorg. Anhörigvård är vanligare inom lägre inkomstgrupper och 70 procent av de informella vårdgivarna är kvinnor. I Socialstyrelsens lägesrapport 2017 redovisas forskning som visar att när det gäller personer med alzheimer så vårdar kvinnor sina sjuka makar längre än vad män vårdar sina sjuka fruar.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ska vara ett expertstöd till kommuner, landsting och enskilda utförare. Regeringen avsätter årligen 9,5 miljoner kronor till centrumet.

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp verksamheten. Nka bedriver en omfattande och målinriktad verksamhet som på olika sätt bidrar till att utveckla en vård och omsorg och ett anhörigstöd av god kvalitet, enligt Socialstyrelsens bedömning i rapporten Nationellt kompetenscentrum

anhöriga och Svenskt Demenscentrum, redovisning av 2016 års verksamhet (Socialstyrelsen 2017). För närvarande utreds förutsättningarna för Nka:s verksamhet, bl.a. i syfte att förtydliga verksamhetens innehåll och omfattning. Särskilt bör det prioriteras att stödja kommunerna att i ökad utsträckning utforma anhörigstödande insatser utifrån det individuella behovet samt att uppmärksamma könsrelaterade skillnader och konsekvenser i anhörigstödet. För en handläggare som utreder en människas behov kan det vara svårt att skilja ut de anhörigas behov av stöd från det stöd- och hjälpbehov som den enskilde brukaren har.

5.3 Högre kvalitet och effektivitet

5.3.1 Nya krav på tillstånd för att säkra kvalitet

Den 15 april 2017 trädde lagändringar som gäller tillståndsplikt i kraft. Undantaget från tillståndsplikt för verksamhet som kommunen genom avtal har överlämnat till enskild att utföra har tagits bort. Det innebär att ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild som har slutit avtal med en kommun om att bedriva enskild verksamhet i form av hem för vård eller boende, stödboende, vissa boendeformer för äldre eller funktionshindrade, hem för heldygnsvård eller hem- eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet ska ha tillstånd från IVO. Tillstånd ska beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet.

Regeringen har därför beslutat att IVO ska tillföras 10 miljoner kronor under en tolv månaders period och därefter 2 miljoner kronor årligen för tillståndsprövningen.

Den 7 juni 2018 beslutade riksdagen att anta regeringens förslag i propositionen Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden (prop. 2017/18:158) om att krav på tillstånd från IVO ska införas för privata utförare som bedriver verksamhet inom hemtjänst enligt socialtjänstlagen (2001:453). I propositionen föreslogs även nya krav på insikt, lämplighet och ekonomiska förutsättningar för att beviljas tillstånd att bedriva verksamhet enligt socialtjänstlagen.

5.3.2 Äldreomsorg på minoritetsspråk

Personer som tillhör en nationell minoritet har genom lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk vissa särskilda rättigheter kopplade till språket. Syftet med lagen är att skydda minoritetsspråken och att minoriteter ska kunna bibehålla och utveckla sin kultur. Kommuner och myndigheter i Sverige har en skyldighet att informera om lagen och rättigheter som följer med den. I vissa områden i Sverige, så kallade förvaltningsområden, har samiska, finska och meänkieli en särställning. De som talar samiska, finska eller meänkieli och bor i ett förvaltningsområde har rätt att ha kontakt med myndigheter muntligen och skriftligen på sitt minoritetsspråk.

Det är viktigt att handläggare inom äldreomsorgen har kunskap om vilka rättigheter som nationella minoriteter har. Socialstyrelsen har under

2017 översatt och publicerat skriften *Din rätt till vård och omsorg till de nationella minoritetsspråken*. Motsvarande tydliga rättigheter att få kommunicera på samiska, finska eller meänkieli finns också inom sjukvården och det är viktigt att även landstingshuvudmannen har beredskap att kunna erbjuda information på de tre språken till dem som kan behöva detta.

I propositionen *En stärkt minoritetspolitik* (prop. 2017/18:199) föreslår regeringen att rätten till äldreomsorg på minoritetsspråk stärks bland annat genom att rätten till äldreomsorg på finska, meänkieli respektive samiska ska gälla hela eller en väsentlig del av verksamheten. Vidare föreslås att en informationsskyldighet införs vilket innebär att kommuner ska informera den som ansöker om bistånd inom ramen för äldreomsorgen om möjligheterna till äldreomsorg på minoritetsspråk.

5.3.3 En väl fungerande vård- och omsorgskedja

Kontinuitet i vården och omsorgen är mycket viktigt för många äldre kvinnor och mäns upplevelse av trygghet. Det är särskilt angeläget för multisjuka kvinnor och män som kan ha svårt att orka hantera många olika kontakter regelbundet. Idag är det inte ovanligt att flera olika vårdgivare är kopplade till en och samma individ. Det ställer stora krav på samverkan mellan de olika vårdgivarna och huvudmännen, både på individnivå och på organisatorisk nivå.

Ny lag om samverkan mellan vård och omsorg

Regeringen anser att det är mycket angeläget att vården och omsorgen är trygg och säker. En förutsättning för detta är bl.a. att vården och omsorgen är samordnad.

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Rutiner och arbetssätt behöver förändras för att den nya lagstiftningen ska kunna efterlevas. Kommunerna behöver få praktiskt stöd med att införa metoder och arbetssätt så att trygghet i hemmet och en utökad samverkan främjas.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller den landstingsfinansierade öppna vården. Många av dem som berörs av lagen är äldre kvinnor och män som ofta har stora behov. Lagen tar sikte på att effektivisera processer i gränssnittet mellan landsting och kommun med bibehållen trygghet för den enskilde. Mycket handlar om att tydliggöra när och hur de olika aktörerna ska planera inför utskrivning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att följa genomförandet av lagen.

Stöd till kommunerna i genomförandet av ny lag om samverkan

Med anledning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, gjorde regeringen bedömningen att det finns anledning att stödja införandet av metoder och arbetssätt så att trygghet i hemmet och en utökad samverkan främjas. Regeringen beviljade därför en ansökan

från SKL om 12 miljoner kronor för att stödja processen vid utskrivning från sjukhus. Skr. 2017/18:280

Enligt ansökan ska medel fördelas till regionala utvecklingsledare som ska stödja införandet av nya rutiner och arbetssätt samt till SKL för samordning och nationellt stöd.

Samordning mellan huvudmännen är en särskild utmaning när det gäller äldre med stora vård- och omsorgsbehov. Det finns flera verktyg för att samordna insatser, som behöver användas i större utsträckning. Kunskapsbrist hos personalen är ett hinder som delvis förklarar den begränsade användningen. För att ytterligare främja samverkan och ta bort hinder för samordning föreslår regeringen i vårändringsbudget för 2018 (prop. 2017/18:99) att ytterligare tio miljoner kronor avsätts för det ändamålet under 2018.

5.3.4 Individens behov i centrum (IBIC)

År 2015 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla modellen Individens behov i centrum (IBIC) utifrån modellen Äldres behov i centrum (ÅBIC).

Modellen stödjer ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt och ger möjlighet till strukturerad information för såväl handläggare som utförare av insatser enligt socialtjänstlagen. Det innebär att handläggare och utförare använder ett gemensamt språk för dokumentation.

Socialstyrelsen fick vid samma tillfälle i uppdrag att fortsätta sprida, introducera och stödja införandet av IBIC inom äldreomsorgen. IBIC ger stöd för tydligt strukturerad beskrivning av behov, bedömning, mål och resultat. Strukturerad informationshantering underlättar informationsöverföring och utgör en viktig del av den dokumentation som behövs för att hantera alla uppgifter som är nödvändiga i utredning, beställning, planering, genomförande och uppföljning.

IBIC utgår från regelverket för handläggning och dokumentation inom socialtjänsten och ger stöd för en strukturerad information av individens behov och innebär inte någon extra handläggning. Modellen är tänkt att stödja huvudmännen och utförarna i arbetet med att utveckla ändamålsenlig dokumentation och uppföljning på både individ- och gruppnivå. Arbetssättet ger stöd för att beskriva nuläge och mål, vilket innebär möjligheter att följa upp resultatet för individen. Modellen kan användas såväl vid omfattande behov av stöd och hjälp som vid mindre omfattande behov.

I början av 2016 hade 98 kommuner påbörjat införande av IBIC inom äldreomsorgen. Vid utredningar av behov inför beslut om särskilt boende använde 75 kommuner IBIC helt eller delvis och 44 kommuner använde modellen vid uppföljning av beslutade insatser i denna boendeform. När det gäller IBIC i ordinärt boende använde 80 kommuner IBIC helt eller delvis för utredningar av behov och 62 kommuner helt eller delvis vid uppföljning av beslutade insatser.

I betänkandet SOU 2017:21 föreslås regeringen att fortsatt ge Socialstyrelsen i uppdrag att förvalta modellen samt sprida kunskap om den och stödja kommunerna vid genomförandet. Regeringen instämmer i

5.3.5 Uppföljning av kvaliteten

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser är en del av den nationella kunskapsstyrningen och består av en uppsättning indikatorer för resultat, process och struktur. Det övergripande syftet med öppna jämförelser är att stimulera utvecklingen av en jämlik och effektiv socialtjänst med god kvalitet. Socialstyrelsen ansvarar för arbetet i samverkan med SKL och i samråd med Vårdföretagarna och Famna. En handlingsplan har utarbetats för åren 2015–2018. Öppna jämförelser ska också användas för att jämföra utfall för olika indikatorer mellan kvinnor och män. Jämställdhetsperspektivet finns med i befintlig redovisning men kommer att utökas successivt efter de förutsättningar som finns på varje område.

5.3.6 Kvalitetsregister – verktyg för förbättringsarbete

Ett nationellt kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om ett visst problem, insatta åtgärder och resultat. Kvalitetsregister har visat sig vara en för många verksamheter fungerande form för att arbeta systematiskt och kunskapsbaserat som underlag för ständiga förbättringar.

Regeringen har slutit en överenskommelse med SKL om fortsatt stöd till kvalitetsregistren under 2018. En del av visionen och målet för överenskommelsen är att kvalitetsregister ska vara ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa och resurseffektiv vård och omsorg. Enligt överenskommelsen ska parterna bl.a. se över kriterier för tilldelning av medel till nationella kvalitetsregister, både inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Det är främst fyra kvalitetsregister som är aktuella för den kommunala vården och omsorgen: Senior Alert, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD-registret), Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenska Palliativregistret.

Senior Alert

Senior Alert är ett register för att bedöma, förebygga och följa upp risk för bl.a. fall, trycksår och undernäring. Varje person som är 65 år eller äldre och har kontakt med vård eller omsorg registreras vad gäller riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom de områdena.

Senior Alert används för kvalitetsutveckling och är även en viktig källa för att kunna följa resultat. I Socialstyrelsens öppna jämförelser inom äldreomsorgen redovisas resultat om vilka åtgärder som vidtagits vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer 65 år och äldre som bor på särskilt boende.

Av de personer i särskilt boende som bedömts ha risk för ett eller flera av områdena får 55 procent av kvinnorna och 54 procent av männen minst en åtgärd per riskområde. Det innebär att nästan hälften av de boende inte får någon förebyggande åtgärd inom ett område som be-

dömts som ett riskområde för individen. Att dessa uppgifter är synliggjorda är ett resultat av användandet av kvalitetsregistret Senior Alert. Skr. 2017/18:280

SveDem

SveDem är ett svenskt nationellt kvalitetsregister för demenssjukdomar. Det startade våren 2007 då nydiagnostiserade patienter började registreras. Syftet är att förbättra kvaliteten på demensvården genom att samla in data och följa upp förändringar i patientgrupper, diagnoser och behandling. Efter hand har registret utvecklats och omfattar även kvinnor och män med demenssjukdom som bor på särskilt boende, i syfte att även kunna följa omvårdnadsinsatser.

År 2017 beviljade regeringen medel till SveDem för att utveckla en hemtjänstmodul i registret.

BPSD-registret

BPSD-registret har fokus på de beteendestörningar och psykiska symptom som kan uppträda vid demenssjukdom. Registret stödjer ett systematiskt målinriktat arbete utifrån de nationella riktlinjerna för vård och omsorg för demenssjukdom.

Syftet med BPSD-registret är att kvalitetssäkra omvårdnaden av personer med demenssjukdom och att uppnå ett likvärdigt omhändertagande.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Åtta av nio av de kvalitetsindikatorer för god palliativ vård som Socialstyrelsen föreslagit går att få ur Svenska palliativregistrets data.

5.3.7 Styra med kunskap

För att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten krävs en effektiv, samordnad och ändamålsenlig statlig kunskapsstyrning. Regeringen har därför tagit flera steg för att stärka den statliga kunskapsstyrningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen ska utgå från de behov som brukare, patienter, profession och huvudmän har i syfte att brukare och patienter ska få insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap. En ökad kunskapsstyrning kommer därmed att bidra till ökad kvalitet och trygghet för såväl utförare som brukare och patienter.

Regeringen har genom förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst beslutat om reglering av statens kunskapsstyrning. Regeringen har även gett Statskontoret i uppdrag att utvärdera om syftet med förordningen uppnås. Statskontoret ska slutrapportera uppdraget senast den 1 november 2018. Av den första delrapporten framgår att rådet inledningsvis vidtagit relevanta åtgärder t.ex. förbättrad samverkan mellan myndigheterna (Statskontoret, 2016:12).

I en redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen, den grupp som informerar rådet om områden där huvudmännen har behov av kunskap, under 2016 konstateras att det tagits flera viktiga steg framåt under året. Ett exempel är den gemensamma omvärldsanalys som rådets myndigheter genomförde våren 2016. Ett annat exempel är de dialogmöten som rådet haft med professions-, patient- och brukarorganisationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – redogörelse för arbetet inom Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen under 2016, Socialstyrelsen).

5.3.8 Insatser för forskning

I den forskningspolitiska propositionen Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft (prop. 2016/17:50) som beslutades i november 2016 bedömer regeringen att det behövs en satsning på forskning inom socialtjänstens område för att stärka kunskapsbasen av den praktiska forskningen i socialtjänsten. I maj 2017 gav regeringen Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) i uppdrag att inrätta ett tioårigt nationellt forskningsprogram om tillämpad välfärdsforskning inklusive forskarskolor. Satsningen ska bland annat omfatta klient- och praktiska forskning inom socialtjänstens område.

Swedish National Study on Aging and Care (SNAC)

Tillgången till longitudinella forskningsdata om befolkningens hälsa och användning av vård och omsorg fyller en viktig funktion i arbetet för att utveckla ny kunskap om åldrande och hälsa. Swedish National Study on Aging and Care (SNAC) startade 2001 efter ett initiativ av regeringen. Studien är longitudinell och följer på fyra orter i landet den åldrande befolkningens utveckling i fråga om hälsa och användning av vård och omsorg. Syftet är att ge tillgång till forskningsbara data för att kunna följa förändringar och bl.a. ge underlag för långsiktig planering på lokal och nationell nivå.

Studien finansieras till hälften av statliga medel och till hälften av medel från kommuner och landsting. Det statliga stödet uppgår för närvarande till 14 500 000 kronor per år.

I fråga om t.ex. förändringar av förekomsten av och ålder för insjuknade i demenssjukdom och anhöriginsatser ger data från studien allt mer av viktig kunskap.

5.4 Bättre förebyggande och rehabiliterande insatser

5.4.1 Fallprevention

Under 2016 omkom 1 019 kvinnor och män, pojkar och flickor i fallolyckor. Av dessa var 90 procent 65 år eller äldre. Bland de äldre är könsfördelningen jämn. I samma åldersgrupp skadar sig varje dag 132

personer, varav 63 procent är kvinnor, så allvarligt att de måste söka akut vård på sjukhus. Fler kvinnor än män behöver söka vård för skador vid fall, men samtidigt är det fler män än kvinnor som avlider av sina skador vid fall.

Äldre personer skadar sig oftast i bostaden, på särskilt boende eller på sjukhus. De vanligaste fallolyckorna är sådana där personen halkar, snavar eller snubblar på samma plan. Den näst vanliga fallolyckan är fall från trappa eller trappsteg. Tidigare fallolyckor är den största riskfaktorn för ytterligare fall. Rädsla för att falla upplevs som en stor störning i vardagen för många äldre personer.

I Socialstyrelsens rapport Öppna jämförelser 2017 framkommer att variationen är stor mellan kommunerna. Lägst antal inrapporterade fallolyckor bland personer som är 80 år och äldre är 29 personer som drabbats per 1 000 invånare, medan de kommuner med högst antal fallolyckor redovisar att 84 personer per 1 000 invånare drabbats.

Regeringen anser att det är angeläget att minska antalet fall, och i syfte att minska antalet fallolyckor uppdrog regeringen 2015 åt Socialstyrelsen att ta fram en utbildning om fallprevention riktad till verksamheter inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom social omsorg. I Socialstyrelsens delrapport i mars 2017 presenterades upplägget för en webb-utbildning riktad till professionen.

Vidare uppdrog regeringen vid samma tillfälle åt Socialstyrelsen att i dialog med SKL och i nära samarbete med organisationer på äldreområdet genomföra en utbildningssatsning under 2016 riktad till äldre om hur äldre själva kan skydda sig mot fallolyckor. Socialstyrelsen genomförde uppdraget genom att arrangera kampanjen ”Balansera mera! Tips och råd för att förhindra fallolyckor i vardagen” och lyfte i detta sammanhang förutom träning även mat och läkemedel som faktorer som påverkar. En utvärdering av kampanjen visar ökad kunskap om fallolyckor i den äldre delen av målgruppen, 75 till 84 år. Socialstyrelsen fick fortsatt uppdrag att genomföra utbildningssatsningen under 2017.

Utökad satsning på fallprevention

Regeringen beslutade inför budgetpropositionen 2018 att utveckla det fallpreventiva arbetet och dubblerade tidigare avsatta medel för ändamålet. Kvinnor och män ska inte drabbas av fallolyckor på grund av påverkbara faktorer som t.ex. bristande kunskap om risker, bristande kunskaper om läkemedels påverkan på balans, brist på kunskap om mat och måltiders betydelse för fallprevention.

För att minska antalet fallolyckor utvecklas det fallpreventiva arbetet. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla och tillgängliggöra ett samlat stöd till hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen kring fallprevention, med bl.a. ett kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal om att stödja äldre kvinnor och mäns hälsosamma levnadsvanor. I samråd med SKL ska myndigheten också sprida kunskap om systematiskt arbete med fallprevention.

Socialstyrelsen har även fått fortsatt uppdrag att genomföra utbildningssatsningen riktad till äldre kvinnor och män. Uppdraget ska slutredovisas i maj 2020.

5.4.2 Den goda måltiden

Mat, dryck och måltiden i helhet har stor betydelse för hälsa och välbefinnande. Det är en del av vardagens huvudaktiviteter och det är också ofta vid måltiden som sociala relationer skapas och upprätthålls. Mat är också en del av en kulturell identitet och ofta viktig vid högtider och olika skeenden i livet.

Maten är även en faktor i det förebyggande arbetet, för att motverka sjukdom och främja hälsa och stödja funktioner. Socialstyrelsen har t.ex. pekat ut matens betydelse i det fallpreventiva arbetet. Mat kan även vara en del av en behandling.

I SOU 2017:21 anges att ca 200 000–250 000 äldre kvinnor och män dagligen får någon form av stöd i sin matsituation på särskilda boenden, via hemtjänsten i ordinärt boende och på dagverksamheter. Det är viktigt att framhålla att mat är mer än en serviceinsats. Den är en självklar och viktig del av äldre kvinnors och mäns vardag, och ska vara något att se fram emot.

Det finns många faktorer som kan påverka matlust och aptit. Många läkemedel påverkar både aptit och smak, likväl som sjukdomar, smärttillstånd och psykisk ohälsa. Därtill kommer matens innehåll och smak, hur maten presenteras och måltidens utformande och så klart den enskildes preferenser. Att säkra god kvalitet i omsorgen kring mat och måltider kräver samverkan och god kunskap.

Regeringen har därför gett Livsmedelsverket i uppdrag att ta fram och sprida kunskapsstöd kring mat och måltider som fallprevention. Kunskapsstöden ska dels vara riktade till personal inom hälso- och sjukvård och verksamheter inom socialtjänsten, dels till verksamhetschefer och förvaltning av verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Kunskapsstöden ska ge stöd för verksamheternas strategiska arbete för bra matvanor inom offentlig vård och omsorg.

Livsmedelsverket har också fått i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen ta fram och sprida ett informationsmaterial riktat till äldre kvinnor om maten och måltidens betydelse för att minska risken för fallolyckor. Arbetet ska ske tillsammans med organisationer på äldreområdet. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2020.

5.4.3 Hjälpmedel för dagliga livet

Hjälpmedel är produkter som används på individnivå för att kompensera för en funktionsnedsättning. Det är många huvudmän som tillhandahåller hjälpmedel: hälso- och sjukvård inom kommun och landsting, men även utbildningsväsendet som använder pedagogiska hjälpmedel. Arbets tekniska hjälpmedel är hjälpmedel som en anställd behöver för att motverka att arbetsskador uppstår i arbetet och det är arbetsgivaren som ansvarar för att införskaffa sådana. Vissa användare köper också hjälpmedel på egen hand som vanliga konsumenter.

Hjälpmedel för dagliga livet är enligt Socialstyrelsen en individuell utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet och självständighet genom att kompensera en funktionsnedsätt-

ning. Exempel på sådana hjälpmedel är t.ex. rullstolar, hörapparater, griptänger, applikationer för påminnelser, boll- och kedjetäcken. Skr. 2017/18:280

Enligt Europeiskt nätverk för hjälpmedelsinformation för personer med funktionsnedsättning förskrevs drygt 676 000 individmärkta och drygt 920 000 icke individmärkta hjälpmedel under 2014 i Sverige, i syfte att kompensera rörelsenedsättning samt kognitiva och kommunikativa funktionsnedsättningar (hörapparater är undantagna). Att ett hjälpmedel är individmärkt betyder att hjälpmedlet är registrerat och kan följas och återanvändas.

Det finns ingen uppgift om hur många hjälpmedelsanvändare det finns i Sverige men antalet brukar uppskattas till ca 10 procent av befolkningen, dvs. 1 miljon hjälpmedelsanvändare. Majoriteten av dessa är äldre kvinnor och män. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2016 är 70 procent av hjälpmedelsanvändarna inom hjälpmedelscentralernas verksamhetsområde över 65 år. Användningen av hjälpmedel ökar med åldern. Vid 70 års ålder använder knappt 40 procent av kvinnorna och drygt 20 procent av männen något förflyttningshjälpmedel. Bland personer som är 85 år och äldre använder 70 procent av kvinnorna och 55 procent av männen förflyttningshjälpmedel.

Socialstyrelsens hjälpmedelsuppdrag 2014–2017

I december 2014 gav regeringen ett omfattande uppdrag till Socialstyrelsen med syfte att dels kartlägga tillgången till hjälpmedel samt de regler och avgifter som tillämpas i landsting och kommuner, dels utveckla och sprida ett stöd vid förskrivning av hjälpmedel med syfte att stimulera landsting och kommuner att öka den enskildes inflytande vid förskrivning av hjälpmedel. Socialstyrelsen fick även i uppdrag att utveckla statistiken på området samt följa upp hur valfriheten av hjälpmedel inom landsting och kommuner utvecklas, och användningen av hjälpmedel inom olika delar av vården och omsorgen. Socialstyrelsen skulle slutligen även göra en utvärdering och konsekvensanalys av verksamheten fritt val av hjälpmedel. Uppdragen pågick i tre år, och det sista uppdraget slutredovisades i december 2017.

Socialstyrelsens rapporter från uppdragen har lyft fram komplexiteten kring hjälpmedel och hjälpmedelsverksamheter.

Socialstyrelsen utvecklade även ett forskrivarstöd baserat på en förstudie de gjorde, som en del av regeringens uppdrag. Forskrivarstödet har fått ett mycket gott emottagande av de kvinnor och män som arbetar inom hjälpmedelsverksamheterna och de som arbetar inom vård och omsorg då det tydligt beskriver de olika delarna i förskrivningsprocessen samt tydliggör lagstiftning och ansvarsfördelning kring hjälpmedel.

Socialstyrelsens utvärdering av systemet med fritt val visade att det är mycket få hjälpmedelsanvändare som utnyttjar fritt val, med undantag för hörselhjälpmedel. I Stockholm använde över 80 procent av de kvinnor och män som behöver hörselhjälpmedel fritt val, och i Skåne över 40 procent. Socialstyrelsen rapporterade att upplevelsen av delaktighet vid val av hörapparat och allmän tillfredställelse av hörselrehabiliteringen var signifikant lägre inom fritt val än för förskrivna hörapparater. Socialstyrelsen gör även bedömningen att fritt val av hjälpmedel är kostnadsdrivande, framför allt eftersom hjälpmedlen inte åter-

används inom modellen. Myndigheten menar även att vid en vidare spridning av modellen fritt val riskeras förutsättningarna för en patient-säker och kunskapsbaserad rehabilitering och habilitering.

Hjälpmedelsutredningen

I syfte att öka likvärdigheten i landet och minska skillnaderna i fråga om avgifter och regelverk tillsatte regeringen i december 2015 en utredning med uppdrag att se över hjälpmedelsområdet (dir. 2015:134). Utredningen tog sig namnet Hjälpmedelsutredningen, och lämnade sitt betänkande På lika villkor! – delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförskrivningen (SOU 2017:43) i slutet av maj 2017.

Uppdrag för ökad jämställdhet i hjälpmedelsförskrivningen

I Hjälpmedelsutredningens betänkande framkom att det finns skillnader i förskrivningen av hjälpmedel mellan flickor och pojkar, kvinnor och män. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och sprida exempel på jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsverksamheterna. Kartläggningen ska fokusera hjälpmedelsverksamheternas arbete med kompetenshöjande insatser inom jämställdhet. Uppdraget genomförs i samråd med Jämställdhetsmyndigheten och ska redovisas den 31 maj 2019.

5.5 Användning av välfärdsteknik och e-hälsa

Hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. E-hälsa är att använda digitala verktyg och utbyta information digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa. Vad välfärdsteknik är beskrivs i avsnitt 3.3.1.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp kommunernas utvecklingsarbete med e-hälsa och trygghetslarm. Socialstyrelsens rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2017 visar att digitaliseringen av trygghetslarmen går framåt men att användningen av andra e-tjänster fortfarande ligger på en låg nivå i kommunerna. Myndigheten konstaterar t.ex. att trots att användningen av Nationell patientöversikt (NPÖ) ökar är det endast en mindre andel av kommunerna som kan producera journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.

Vision e-hälsa

Staten ingick i mars 2016 en överenskommelse med SKL om Vision e-hälsa 2025. Syftet är bl.a. att skapa nödvändiga förutsättningar för verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst att använda den digitala utvecklingens möjligheter i såväl det vardagliga som i det långsiktiga förbättrings- och utvecklingsarbetet.

I syfte att operationalisera hur staten och SKL ska jobba för att uppnå Vision e-hälsa 2025 ingicks ytterligare en överenskommelse om en handlingsplan för samverkan vid genomförandet av visionen. I handlingsplanen presenteras en gemensam styr- och samverkansorganisation för att stärka samarbetet så att aktörerna tillsammans såväl som var och en för sig bidrar på bästa effektiva sätt. Arbetet med handlingsplanen följer en årlig process som syftar till att skapa en struktur för planering,

genomförande och rapportering. I handlingsplanen fastställs målsättningar och planerade initiativ inom de tre insatsområdena regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder.

Under 2017 har den styr- och samverkansorganisation som beslutats i handlingsplanen bemannats och samverkansformer har etablerats. I slutet av 2017 kom parterna överens om en samordningsplan för det fortsatta arbetet 2018.

5.5.1 Främja ökat användande av välfärdsteknik

Myndigheten för delaktighets främjandeuppdrag

Myndigheten för delaktighet (MFD) har regeringsuppdrag om digitala trygghets- och servicetjänster och teknik inom socialtjänst och hemsjukvård i syfte att öka förutsättningarna för införande av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Arbetet har bl.a. resulterat i utbildningar för kommuner, ett digitalt ledningssystem för att kvalitetssäkra trygghetslarmsprocessen, vägledning om kommuners informationssäkerhetsansvar samt en webbsida som samlar kunskapsunderlag från berörda myndigheter.

Nationellt stöd till kommunerna

MFD visar i rapporten Tekniska förutsättningar för digitala trygghets-tjänster (2017) att kommunerna har behov av stöd i digitaliseringen av socialtjänstens verksamheter. Myndigheten lyfter fram behov på flera områden, som t.ex. stöd vid upphandling, tekniska lösningar och infrastrukturella förutsättningar. Vidare lyfter MFD fram att många kommuner upplever det svårt att hitta rätt instans för att få hjälp med de frågor som den egna kommunen har.

I april 2018 gav regeringen därför E-hälsomyndigheten i uppdrag att utforma och tillgängliggöra ett nationellt stöd till kommunerna i att införa och använda digital teknik i verksamheter inom social omsorg och inom kommunal hälso- och sjukvård. Det nationella stödet ska inte ersätta andra aktörers arbete på området, utan verka vägledande för kommunerna i deras eget arbete med digitalisering inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård.

Stöd vid etiska frågeställningar

Den nya tekniken har även satt ljus på olika etiska frågeställningar som uppkommit: hur ska kvinnor och män med helt eller delvis nedsatt beslutsförmåga få möjlighet att ta del av de fördelar som digital teknik erbjuder och hur ska kvinnor och män som har svårt att uttrycka sin mening kunna ge samtycke till insatser i form av välfärdsteknik? Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett metodstöd för hur beslutsfattare och personal inom verksamheter inom socialtjänsten ska kunna erbjuda insatser i form av välfärdsteknik till kvinnor och män med helt eller delvis nedsatt beslutsförmåga med respekt för den enskildes integritet. Metodstödet finns publicerat på kunskapsguiden.se.

Regeringen har i vårändringsbudgeten för 2018 föreslagit ett riktat statsbidrag till kommunerna om 350 miljoner kronor för att investera i välfärdsteknik (prop. 2017/18:99).

Regeringens bedömning är att investeringstakten i välfärdsteknik behöver öka, både i syfte att ge fler flickor, pojkar och kvinnor och män ökad möjlighet till att vara mer självständiga och mer delaktiga och för att förbättra arbetsmiljön för de kvinnor och män som arbetar där. Det riktade statsbidraget bedöms kunna ge alla kommuner ett välbehövligt stöd att antingen genomföra pågående satsningar i större skala eller att komma igång tidigare med planerade satsningar.

5.6 Tillgång till ett tryggt boende

5.6.1 Investeringsstöd för bostäder för äldre

Befolkningen har ökat kraftigt i Sverige och bostadsbyggandet behöver öka avsevärt för att möta behovet av bostäder. Regeringen genomför därför insatser för att stimulera ett ökat bostadsbyggande. I denna bostadspolitiska satsning ingår investeringsstöd för byggande av hyresbostäder, kommunala incitament för ett ökat bostadsbyggande, stöd till renovering och energieffektivisering i det befintliga beståndet samt stöd till byggande av äldreboende. Tillgången till bostäder för äldre är en central fråga för att klara den demografiska utvecklingen. Tillgången till en plats i särskilt boende är avgörande för den som behöver sådan. Det behöver även finnas ändamålsenliga bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden för att säkerställa äldre personers olika behov.

Socialstyrelsen uppger i Lägesrapport vård och omsorg om äldre 2017 att väntetiden till särskilt boende fortsätter att öka. Det finns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män. Mellan 2013 och 2016 ökade väntetiden med drygt sju dagar från 50 dagar år 2013 till drygt 57 dagar 2016. Totalt bedömer 125 kommuner i 2017 års bostadsmarknadsenkät från Boverket att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre. Det är 16 kommuner fler än föregående år. Knappt hälften av landets kommuner bedömer att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer för äldre. Det är ungefär lika många som året innan. Antalet kommuner som uppger att de har ett överskott på särskilda boendeformer för äldre har minskat från 21 till 15 kommuner. Underskottet på särskilda boendeformer visar sig även i statistiken för rapportering av ej verkställda beslut om särskilt boende. Ökningen av antalet inrapporterade beslut som ej verkställts förklaras främst av kommunernas resursbrist där bostadsbrist är en av orsakerna. Denna ökning är 56 procentenheter mellan 2013 och 2015.

Regeringen har infört ett nytt investeringsstöd och genom Förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer trädde i kraft den 15 november 2016. Syftet med investeringsstödet är att öka antalet bostäder för äldre och därigenom förbättra tillgängligheten samt öka möjligheterna till gemenskap och trygghet för äldre personer. Stödet ska stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostads-

marknaden som riktar sig till personer över 65 år. Denna del av stödet begränsas till hyresbostäder. Stödet ska även lämnas för att främja kvarboende för äldre genom mindre anpassningar av gemensamma utrymmen i det befintliga bostadsbeståndet. Denna del omfattar fastigheter där bostäderna är upplåtna med hyres- eller bostadsrätt. De budgeterade medlen har successivt utökats från 150 miljoner kronor 2016 till 400 miljoner kronor per år från och med år 2018.

Under perioden från 2016 då det nya investeringsstödet till äldre bostäder infördes och fram till december 2017 har, enligt Boverket, stödet bidragit till att drygt 850 ny- eller ombyggda bostäder tillkommit.

5.6.2 Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre

Antalet platser i särskilda boendeformer har generellt minskat under en följd av år. Utbudet har även allt mer anpassats till de äldre personer som har omfattande vårdbehov. Det innebär att många äldre kvinnor och män som inte är i behov av heldygnsvård utan i stället främst behöver stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service har fått allt svårare att få en plats i särskilt boende. De blir i allt högre utsträckning hänvisade till att bo kvar i sin egen bostad. Många av dessa äldre kvinnor och män upplever en otrygghet i sitt boende till följd av ensamhet och isolering.

Regeringen beslutade den 14 juni 2018 propositionen Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre (prop. 2017/18:273) som förtydligar kommunens möjlighet att inrätta en särskild boendeform, s.k. biståndsbedömt trygghetsboende för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta önskad isolering. Det föreslås en ändring i socialtjänstlagen som syftar till att tydliggöra kommunernas möjlighet att inrätta särskilda boenden som är anpassade och utformade för äldre kvinnor och män som har ett vårdnadsbehov som understiger heldygnsvård, men där kvarboende i det egna hemmet inte längre upplevs tryggt. Ett ytterligare syfte är att bryta den isolering som många av de äldre som bor kvar hemma lider av. Skillnaden mellan ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende är att den äldre får möjlighet att komma till ett boende som t.ex. kan erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge. Stöd och hjälp i form av hemtjänst ska kunna erbjudas efter sedvanlig biståndsprövning. Socialtjänstförordningens bestämmelse med krav på tillgång till personal dygnet runt utifrån den enskildes aktuella behov, bör enligt regeringens bedömning i propositionen inte gälla för biståndsbedömt trygghetsboende. Om behoven efter en tid blir mer omfattande bör personen i fråga i stället motiveras till att flytta till en boendeform som bättre svarar mot de aktuella behoven. Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer ska inte omfatta biståndsbedömt trygghetsboende. Kommunen ska däremot få erbjuda hemsjukvård. Vidare föreslås att det ska krävas tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg för att yrkesmässigt få bedriva verksamhet i form av biståndsbedömt trygghetsboende.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 2 april 2019.

5.6.3 Ny lag om bostadsanpassningsbidrag

Bostadsanpassningsbidrag har funnits i olika former sedan 1959. Sedan början av 90-talet är bostadsanpassningsbidrag ett enbart kommunalt bidrag. De flesta av bidragstagarna är äldre. Enligt Boverkets rapport om bostadsanpassningsbidrag för 2015 framgår att 62 procent är över 70 år. Av dem som beviljas bidrag är 60 procent kvinnor och 40 procent män. De vanligaste bostadsanpassningsåtgärder som bidrag beviljas för är tröskelutjämning, stödhandtag, spisvakt/timer, ramper och anpassning av hygienutrymmen.

I december 2014 lämnade Boverket in ett förslag på en ny lag om bostadsanpassningsbidrag (dnr S2015/04147/FST), efter ett uppdrag från regeringen. I beredningen av Boverkets förslag arbetades en kompletterande promemoria fram (dnr S2016/04660/FST), där det föreslås att det alltid ska vara personen vars behov ska tillgodoses med bostadsanpassningen som ska kunna söka bostadsanpassningsbidrag. I gällande lag är det den som äger bostaden som kan söka bostadsanpassningsbidrag, vilket innebär att om maken i ett hushåll behöver en bostadsanpassning och maken äger bostaden så är det endast maken som kan söka bostadsanpassningsbidrag och därmed vara part i ärendet. Den kompletterande promemorian syftade till att öka möjligheten för personer med funktionsnedsättning att vara delaktiga, i linje med den nya funktionshinderspolitiken.

Utifrån Boverkets förslag och den kompletterande promemorian arbetades en lagrådsremiss fram som sedan behandlades av Lagrådet.

Propositionen Ny lag om bostadsanpassningsbidrag (prop. 2017/18:80) lämnades till riksdagen i slutet av januari 2018. Förslaget innehåller regler som ger kommunerna större möjlighet att ge bidrag i andra former än ekonomiska medel, t.ex. genom att bidrag genom ett åtagande att låta utföra åtgärden eller bidrag genom en begagnad produkt. Lagförslaget innehåller även regler kring handläggning av bostadsanpassningsärenden, i syfte att förtydliga lagstiftningen på området och därmed öka rättssäkerheten kring ärendehantering av bostadsanpassningsbidrag. Förslaget har inga budgetära konsekvenser för staten eller kommunerna. Propositionen antogs av riksdagen i sin helhet, och den nya lagen om bostadsanpassningsbidrag (2018:222) kommer att träda i kraft den 1 juli 2018.

5.7 Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre

5.7.1 Enklare att få hemtjänst

Normalisering och självbestämmande är grundläggande begrepp i socialtjänstlagen som förutsätter varandra. Individuellt anpassade insatser ska enligt gällande rätt handläggas av socialnämnden genom utredning, bedömning och beslut. Det följer av rättspraxis att beslutet ska vara preciserat i fråga om vilken hjälp den enskilde beviljats. Samtidigt förutsätts det finnas ett visst utrymme för anpassning av den enskildes behov som kan variera från dag till dag.

Studier visat att själva behovsbedömningen ofta har en djupare innebörd för äldre än att enbart få hjälp. I en Ann-Christins Janlövs avhandling *Participation in needs assesment o folder people prior to public home help - older persons, their family members, and assesing home help officers experiences* från Lunds universitet beskriver de intervjuade äldre situationen att gå från oberoende till beroende som att "nedräkningen" har börjat och att förlusten av tidigare förmågor orsakar rädsla och oro. De var mer upptagna av tankar och känslor relaterade till sina upplevelser av att behöva be om hjälp i hemmet och mindre av själva biståndsbedömningen. Det handlade ofta om känslor av motstånd, förnekelse och likgiltighet innan man motvilligt accepterade sin situation. Det var endast ett fåtal som kopplade biståndsbedömningen till sina behov av praktisk hjälp. För de flesta markerade biståndsbedömningen snarare en vändpunkt i livet och en påminnelse om att livet började ta slut. En slutsats i avhandlingen är att det är viktigt att biståndshandläggarna är medvetna om och förberedda på att de äldres behov inte enbart är av praktisk natur utan att även existentiella och psykologiska aspekter behöver beaktas. Många av de intervjuade äldre hade även svårt att förstå hur själva biståndsbedömningen gick till och upplevde att de inte hade något faktiskt inflytande över beslutet. De uppfattade att det var kommunens riktlinjer som bestämde vilken hjälp som kunde ges.

Trots mer strukturerade och mer enhetliga utredningar och tydligare dokumentation är det således många äldre kvinnor och män som inte tycker att de har självbestämmande eller känner sig delaktiga i beslut om den äldreomsorg som kan vara styrande för de förutsättningar som rör deras vardag. För en äldre kvinna eller man kan det vara minst lika viktigt att kunna påverka vad som ska göras utifrån vad som för tillfället känns mest viktigt. Då är det för henne eller honom viktigast att veta vilken tid man förfogar över och att man får använda den till sådana uppgifter som kan rymmas inom begreppet stöd och hjälp i boendet samt annan lättåtkomlig service. Det öppnar för en hjälp som i högre utsträckning bygger på en växande relation mellan den äldre personen och omsorgspersonalen. Grundläggande är att ha makt över vad, när och hur något ska göras. Det skapar betydligt bättre förutsättningar för att kunna ha kontroll över sin vardag på villkor som liknar andras. Har den enskilde också makt över vem som ska genomföra beslutade insatser inom äldreomsorgen får denne även möjlighet att påverka bakomliggande organisatoriska frågor som personalkontinuitet och kompetens.

I propositionen *Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre* (prop. 2017/18:106) föreslog regeringen att det i socialtjänstlagen ska införas en ny bestämmelse med innebörden att socialnämnden utan föregående behovsprövning får erbjuda hemtjänst till äldre personer. Syftet är att ge de kommuner som så önskar möjlighet att bevilja äldre kvinnor och män insatser på ett enklare sätt och med större utrymme för delaktighet och självbestämmande. Korttidsplats ska inte kunna erbjudas utan föregående behovsprövning. Vidare föreslogs att kommunen ska följa upp insatserna med utgångspunkt i kommunens riktlinjer, insatsernas kvalitet och värdegrunden för äldre och att kommunen i sina riktlinjer närmare ska precisera villkoren för de insatser som kommunen erbjuder. Den nya bestämmelsen möjliggör även för kommuner att tona ner ett resurskrävande inledande utredningsarbete till förmån för att utveckla upp-

följning av kvalitet, nöjdhet och effektivitet. Förslaget förstärker också inslagen av förebyggande insatser genom att generella hemtjänstinsatser tillgängliggörs i ett tidigare skede, vilket kan minska eller skjuta upp behovet av mer omfattande äldreomsorg. Ett erbjudande om hemtjänst utan föregående behovsprövning förutsätter att den äldre personen har informerats om i vilken utsträckning och på vilket sätt han eller hon kan påverka utförandet av insatserna, på vilket sätt kommunen följer upp insatserna och att rätten att kunna ansöka om bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen kvarstår.

Socialstyrelsen får i uppdrag att ge förslag på hur statistikuppgifter om de insatser som beviljas utifrån den nya bestämmelsen ska redovisas. Socialstyrelsen får även i uppdrag att utvärdera tillämpningen av den nya bestämmelsen med fokus på en jämlik och jämställd äldreomsorg och på hur den nya bestämmelsen påverkar äldre kvinnor och män med nedsatt kognitiv förmåga.

Den nya bestämmelsen bedöms kunna leda till ett minskat tryck på insatser från anhöriga vilket har störst betydelse för kvinnor eftersom de oftare än män påverkas negativt av att utföra anhöriginnsatser. Förslaget ger möjlighet för kommunerna att erbjuda både äldre kvinnor och män insatser på ett enklare sätt vilket har positiva effekter för båda könen. Förslaget bedöms sammantaget få positiva effekter på jämställdhet mellan kvinnor och män.

Riksdagen biföll propositionens förslag och lagändringen träder i kraft den 1 juli 2018 (SFS 2018:669).

5.8 Jämställd och jämlik vård och omsorg

5.8.1 Nytt mål för äldrepolitiken

Regeringen avser att föreslå att det nationella målet för äldrepolitiken kompletteras med ett femte mål, om att äldre kvinnor och män ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

De nationella målen för äldrepolitiken bygger på den deklaration med principer för äldre personer, som fanns i en resolution som antogs av FN:s generalförsamling 1991 (nr 46/91). Principerna översattes till svenska och anpassades efter svenska förhållanden. De nationella målen för äldrepolitiken syftar till att tjäna som utgångspunkt för t.ex. kommunerna att utarbeta lokala äldrepolitiska handlingsprogram, för myndigheter att utforma äldreprogram inom deras ansvarsområde osv.

De nuvarande nationella målen för äldrepolitiken fastställdes av riksdagen 1998, utifrån de förslag som presenterades i Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Tanken var att målen skulle göra det lättare att gå åt samma håll och mobilisera gemensamma resurser. De nationella målen spänner över sektor- och laggränser och ska göra det gemensamma åtagandet tydligare.

De nationella målen för äldrepolitiken är idag att äldre kvinnor och män ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,

- bemötas med respekt,
- ha tillgång till god vård och omsorg.

I betänkandet SOU 2017:21 redovisas skillnader i omsorgen mellan olika grupper av äldre. Till exempel förskrivs äldre kvinnor oftare än män olämpliga läkemedel och de drabbas oftare av höftledsfrakturer. Utredningen lyfter även fram skillnader mellan olika socioekonomiska grupper, att kvinnor och män med funktionsnedsättning drabbas av negativa skillnader, vilket även gäller äldre kvinnor och män som tillhör de nationella minoriteterna och äldre kvinnor och män som är födda utomlands.

Regeringen anser det angeläget att jämställdheten och jämlikheten inom äldreomsorgen ökar, och därmed bör de nationella målen för äldrepolitiken kompletteras med ett femte mål, om att äldre kvinnor och män ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

5.8.2 Översyn av socialtjänstlagen

Socialtjänsten verkar i ett samhälle som kontinuerligt förändras och socialtjänstens verksamhet måste anpassas efter förändringar i omvärlden. Den samhällsekonomiska utvecklingen, valfrihets- och konkurrensreformer, demografin och folkhälsan samt läget på arbetsmarknaden är några av de samhällsförändringar som berör socialtjänsten och civilsamhället mer eller mindre direkt. Socialtjänstens verksamheter regleras bl.a. av socialtjänstlagen, som ger kommunerna stor frihet att utveckla socialtjänsten efter lokala behov och förutsättningar. Många samhällsförändringar har inneburit att socialtjänsten har fått ansvar för nya grupper, uppgifter och utmaningar. Det ställer stora krav på kommunernas socialtjänst och dess personal.

Regeringen har därför tillsatt en särskild utredare för att göra en översyn av socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter (dir. 2017:39).

I uppdraget ingår att föreslå åtgärder som kan bidra till en förutsägbar, likvärdig, jämlik, jämställd och rättssäker tillgång till socialtjänsten och dess insatser. Utredaren ska vidare se över och lämna förslag beträffande socialtjänstlagens struktur och konstruktion, t.ex. indelning i olika målgrupper. Förslagen ska också stärka tillgången till en jämlik, jämställd och likvärdig socialtjänst. Förslagen ska ge en hållbar socialtjänst som främjar långsiktigt strukturellt förebyggande arbete och bidrar till hållbarhet samt minskar behovet av individuella insatser. De förändringar som föreslås ska kunna genomföras inom befintliga ekonomiska ramar. Socialtjänstens uppdrag ska övervägas.

Översynen ska resultera i en lagstiftning som främjar effektiva och kunskapsbaserade insatser av god kvalitet inom befintliga ramar. Lagstiftningen ska ge utrymme att ta tillvara medarbetarnas kompetens för att utveckla verksamheten och att fokusera på kärnverksamheten. De förslag som utredaren lämnar ska bidra till ökad kvalitet utan att leda till ökade kostnader för stat eller kommun. Syftet med uppdraget är att utforma en socialtjänst som bidrar till social hållbarhet med individen i fokus och som med ett förebyggande perspektiv ger människor lika

möjligheter och rättigheter. Vidare ska socialtjänsten erbjuda behovs-
anpassade insatser med ett förebyggande och evidensbaserat perspektiv.

Utredningen lämnade i april 2018 delbetänkandet Ju förr desto bättre,
vägar till en förebyggande socialtjänst (SOU 2018:32). Betänkandet
lyfter fram bl.a. de svårigheter som kommunerna har i det förebyggande
arbetet.

Uppdraget ska slutredovisas till regeringen senast den 1 december
2018.

5.8.3 Jämställdhet

Jämställdhetsmyndigheten

Den 1 januari 2018 inrättades Jämställdhetsmyndigheten. Myndigheten
ska främja ett systematiskt, sammanhållet och effektivt genomförande av
jämställdhetspolitiken genom arbete med uppföljning, analys, sam-
ordning, kunskap och stöd i syfte att nå de jämställdhetspolitiska målen.
Här ingår stöd till statliga myndigheter i deras arbete med jämställdhets-
integrering och i deras övriga arbete för att nå de jämställdhetspolitiska
målen. Jämställdhetsmyndigheten kan alltså stödja andra myndigheter
som exempelvis utformar stöd till kommunerna avseende äldreomsorg
men varje myndighet är enligt principen om jämställdhetsintegrering
ansvarig för jämställdhet inom sina egna verksamhetsområden och att de
stödd som publiceras bidrar till ökad jämställdhet.

Ett av de sex jämställdhetspolitiska delmålen är Jämställd hälsa.
Flickor och pojkar, kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en
god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. Delmålet om
jämställd hälsa harmoniserar väl med det övergripande målet för folk-
hälsopolitiken om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa
på lika villkor för hela befolkningen, liksom med mål för hälso- och
sjukvårdspolitik, äldrepolitiken och funktionshinderspolitiken.

Jämställdhetsintegrering i myndigheter (JiM)

Under 2015–2018 pågår utvecklingsprogrammet Jämställdhetsinte-
grering i myndigheter (JiM) där 58 myndigheter och en organisation in-
går. I uppdraget ingår att myndigheterna ska presentera en plan med mål
och aktiviteter för hur myndigheten avser arbeta för att verksamheten ska
bidra till att nå de jämställdhetspolitiska målen. Socialstyrelsen och IVO
är två av JiM-myndigheterna. Socialstyrelsen har i sitt arbete bland annat
tagit fram kunskapsstöd för att bidra till ökad kompetens inom områden
som rör jämställd hälsa. IVO har ökat kunskapen kring jämställt bemöt-
ande i tillsynen bland sina medarbetare och utvecklat möjligheterna att ta
fram och analysera könsuppdelad statistik.

5.9 Insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet av särskild betydelse för äldre och äldreomsorgen

Skr. 2017/18:280

5.9.1 En god och nära vård

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Regeringen har därför tillsatt en utredning som har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) för att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter (dir. 2017:24).

Utredningen lämnade ett första delbetänkande God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) i maj 2017. Den 1 juni 2018 lämnade utredningen betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Utredningen ska lämna sin slutredovisning 31 mars 2019.

I januari 2018 lämnades propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) över till riksdagen. I propositionen gör regeringen bedömningen att förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Regeringen föreslår en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Regeringen föreslår även att vårdgarantin i primärvården ska stärkas genom att den enskilde inom en viss tid garanteras medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården. Riksdagen antog propositionen och lagändringen träder ikraft den 1 januari 2019 (SFS 2018:553). Regeringen har ingått en överenskommelse med SKL om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården (dnr S2017/07321/FS), den s.k. patientmiljarden, som bl.a. syftar till att stimulera en förstärkt vårdgaranti i primärvården.

5.9.2 Fri öppenvård för personer som är 85 år och äldre

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 att öppenvård inom högkostnadsskyddet ska bli avgiftsfri för personer som är 85 år och äldre (prop. 2015/16:1). Kostnaderna för upprepade besök i vården kan bli kännbara för äldre personer som har ett omfattande behov av hälso- och sjukvård, trots högkostnadsskyddet. Det huvudsakliga syftet är att förbättra hälsan hos dessa personer. Avgiftsfriheten trädde i kraft den 1 januari 2017.

5.9.3 Läkemedel m.m.

Användning av många läkemedel innebär en ökad risk för biverkningar, läkemedelsinteraktioner och bristande följsamhet till ordination. Samtidig användning av tio eller fler preparat av en person bör betraktas som en signal om att det kan finnas läkemedel som används utan eller med oklar indikation och att det finns risker med läkemedelsbehandlingen. I befolkningen som är 75 år och äldre har nästan 14 procent 10 eller fler läkemedel och detta är något vanligare bland kvinnor än män. I ordinarie boende har 25 procent av kvinnorna fler än tio läkemedel och av männen är det 24 procent som har fler än tio läkemedel. I särskilt boende ökar andelen äldre som använder fler än tio läkemedel. Där har 32 procent av både kvinnorna och männen fler än tio läkemedel. Det finns stora skillnader mellan kommunerna, enligt resultat som redovisas i Öppna jämförelser 2017.

Tillgänglighet till läkemedel

För regeringen är det viktigt att säkerställa en god tillgänglighet till läkemedel i alla delar av landet och en god patientsäkerhet i apoteksledet. I mars 2018 presenterade regeringen propositionen Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (prop. 2017/18:157). Propositionen bygger på Nya Apoteksmarknadsutredningens betänkande Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden SOU 2017:15, där flera förslag för en förbättrad apoteksmarknad presenteras. I betänkandet föreslås bland annat en förändring av den så kallade 24-timmarsregeln och en lagreglerad returrätt för apoteken i syfte att öka tillgängligheten till läkemedel. Propositionen utgår till stor del från betänkandets förslag som syftar till att höja kvaliteten på apoteken. Arbetet med tillgänglighet till läkemedel fortsätter också inom ramen för den nationella läkemedelsstrategin. Här handlar det främst om en förbättrad hantering av restnoteringar, dvs. situationer då ett läkemedel med kort varsel inte kan levereras av innehavaren av ett godkännande för försäljning av läkemedlet. Riksdagen antog regeringens förslag och de lagändringar som föreslogs kommer att succesivt träda ikraft till den 1 juli 2020 (SFS 2018:1105–1108).

Nationell läkemedelslista

Regeringen lämnade i april 2018 propositionen Nationell läkemedelslista till riksdagen (prop. 2017/18:223). Det övergripande målet med propositionen är att skapa en samlad bild av en patients läkemedelsbehandling oavsett var i landet patienten har ordinerats eller hämtat ut sina läkemedel. Det föreslås ett nytt register, som är ett led i arbetet med att öka patientsäkerheten och effektivisera arbetet med ordination och förskrivning av läkemedel.

Konkret innebär aktiviteten att utpekade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, expedierande personal på öppenvårdsapotek och patienter ska få åtkomst till samma information om patientens läkemedelsanvändning. I dag finns uppgifter om patientens läkemedelsbehandling uppdelade i flera olika källor och förutsättningarna för åtkomst till dessa källor varierar för patienter och för dem som arbetar i hälso- och sjukvården eller på apotek.

En tydligare koppling mellan dokumenterade uppgifter om läkemedel i patientjournaler och underlag för expediering i det nya registret förväntas minska förekomsten av recept som inte speglar den senaste ordinationen, vilket kan medföra ytterligare patientsäkerhetsfördelar.

Avsikten är också att hälso- och sjukvården får bättre möjligheter att makulera icke aktuella recept samt ordinera och förskriva läkemedel till dospatienter genom en integrerad teknisk lösning.

En nationell läkemedelslista förbättrar även förutsättningarna för att följa upp läkemedelsanvändningen, inte minst bland äldre. Riksdagen har antagit propositionen och lagen om nationell läkemedelslista kommer att träda i kraft den 1 juli 2020 (prop. 2017/18:223, bet. 2017/18:SoU31, rskr. 2017/18:369).

Nationell läkemedelsstrategi

År 2015 enades regeringen och SKL tillsammans med ett flertal andra aktörer på läkemedelsområdet om en nationell läkemedelsstrategi för 2016–2018. Visionen för den nationella läkemedelsstrategin är Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. Bland de uppdrag som under 2018 ingår i strategin finns bl.a. en aktivitet som Socialstyrelsen ansvarar för under rubriken ”Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning för äldre”. En diagnostisk checklista skulle kunna uppmärksamma symtom som är särskilt viktiga att utreda hos äldre samt stödja det differentialdiagnostiska arbetet genom att visa vilka diagnoser eller andra företeelser som oftast är orsaken till ett givet symtom hos äldre. Målet är att äldre ska få en läkemedelsbehandling som är mindre omfattande och i större utsträckning baserad på korrekta indikationer.

5.9.4 Kronikersatsningen

Det är av stor strategisk betydelse att vården för personer med kroniska sjukdomar förbättras. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom. Förekomsten är högre bland kvinnor (49 procent) än bland män (39 procent) och ökar med ålder. 85 procent av personer som är över 65 år har minst en kronisk sjukdom och 66 procent har två eller flera kroniska sjukdomar. Cirka 80–85 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader och en majoritet av socialförsäkringskostnaderna kan knytas till vården av dessa patientgrupper. Många bedömare i Sverige såväl som internationellt menar att utvecklingen av hälso- och sjukvården för personer med kroniska sjukdomar är en central fråga för att skapa ett socialt och ekonomiskt hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Under åren 2014–2017 har regeringen genomfört en satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Inom ramen för satsningen har en nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram i samarbete med företrädare för patient- och professionsorganisationer, SKL och berörda myndigheter. I strategin lyfts tre viktiga utvecklingsområden fram. Dessa är patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård och prevention och tidig uppmärksamhet. Totalt har 450 000 000 kronor avsatts för att genomföra insatser som bidrar till denna utveckling. Regeringen har bl.a. ingått överenskom-

melser med SKL med syfte att stimulera utvecklingen av en samordnad kunskapsstyrning i landstingen och kliniska behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar. I överenskommelserna har det även ingått att stimulera utvecklingen av patientcentrerad vård och resultatuppföljning i primärvården. Dessutom har Socialstyrelsen fått flera uppdrag att ta fram nya kunskapsstöd för olika kroniska sjukdomar och för att stödja genomförandet av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i hälso- och sjukvården.

5.9.5 Patientkontrakt

Uppföljningar från bl.a. Myndigheten för vård och omsorgsanalys visar att det finns många patienter med omfattande och komplexa behov som har svårt att få sina vårdinsatser samordnade. I International Health Policy Survey 2017 uppger endast 51 procent av respondenterna i Sverige att de får hjälp att koordinera vården av sin ordinarie läkare. Detta ska jämföras med Schweiz där andelen är 85 procent och Nya Zeeland där hela 91 procent av respondenterna uppger att de får hjälp att koordinera vården av sin ordinarie läkare. Patienter i den här situationen kan sakna överblick över inplanerade vårdinsatser och detta skapar en otrygghet hos patienterna.

Patientkontrakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser. Kontraktet ska bidra till trygghet för patienten i att veta vilka vårdinsatser som är inplanerade och att de kommer att genomföras inom rimlig tid. Hälso- och sjukvården ska bistå patienten med att samordna samtliga vårdkontakter inom primärvård och specialiserad vård och ska säkerställa att den sammanlagda tiden för vård och behandling blir så kort som möjligt samt att patienten blir delaktig i sin vård och kan vara med att utföra planeringen. Genom samverkan mellan vårdgivare och mellan landsting och kommun ska vårdens övergångar samordnas och säkras.

Regeringen har ingått en överenskommelse med SKL om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården (dnr S2017/07321/FS), den så kallade patientmiljarden, som bl.a. syftar till att stimulera införandet av patientkontrakt.

5.9.6 Tandhälsa och det allmänna tandvårdsbidraget

Den 1 juli 2017 sänktes åldersgränsen för det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) från 74 till 65 år. Därmed fick gruppen 65–74-åringar samma nivå på det ATB som de som är 74 år och äldre. Då gruppen äldre generellt ofta har ett stort tandvårdsbehov är det motiverat med ett högre stöd för regelbunden kontakt med tandvården.

I budgetpropositionen för 2018 aviserade regeringen att alla vuxna ska få ett fördubblat ATB. För kvinnor och män 65 år eller äldre innebär detta att bidraget höjs från 300 kronor per år till 600 kronor per år. Reformen trädde i kraft den 15 april 2018.

Äldre har generellt en förhöjd risk för vissa kroniska sjukdomar som påverkar möjligheterna att bibehålla en god munhälsa. De tar i högre utsträckning ett stort antal läkemedel som kan medföra muntorrhet och den fysiska funktionsförmågan blir ofta successivt sämre. För att stötta

individer med vissa sjukdomar, funktionsnedsättningar eller stora behov av vård och omsorg finns ett antal särskilda tandvårdsstöd. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har visat att en relativt liten andel av äldre i målgruppen tar del av stöden och att det finns skillnader i hur stöd erbjuds mellan olika landsting. Med bl.a. detta som bakgrund gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338). Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 31 december 2018.

5.10 En nationell strategi för demenssjukdom

Mellan 130 000 och 150 000 kvinnor och män i Sverige lever i dag med någon form av demenssjukdom. De flesta är kvinnor vilket beror på att kvinnor dels lever längre än män, dels drabbas oftare av Alzheimers sjukdom än män. Demenssjukdomar beror på specifika sjukdomar i hjärnan och är en form av kognitiv svikt, som kan förekomma vid ett antal olika tillstånd och sjukdomar och kan ta sig uttryck i exempelvis minnesproblem. Några av de vanligare demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och fronto-temporal demenssjukdom.

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Demenssjukdom går i dag inte att bota, utan syftet med hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder är att underlätta vardagen och bidra till en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden. Åtgärderna kan handla om att lindra symtom och att med olika stödinsatser kompensera för de funktionsnedsättningar som personer med demenssjukdom drabbas av.

Demenssjukdom är en folksjukdom som inte bara berör de kvinnor och män som insjuknar, utan även deras anhöriga och närstående. Regeringen vill att kvinnor och män med demenssjukdom ska kunna åldras i trygghet, så långt som det är möjligt med ett bibehållet oberoende. De ska trots sjukdomen kunna leva ett aktivt liv, ha inflytande i samhället och över sin vardag och vidare bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg som både är jämställd och jämlik.

För att förbättra kvaliteten i omsorgen om och öka tryggheten för kvinnor och män med demenssjukdom och deras anhöriga har regeringen tagit fram en nationell strategi för demenssjukdom. I Sveriges första demensstrategi pekas sju strategiska områden ut där regeringen vill verka för förbättringar:

- samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- personal
- kunskap och kompetens
- uppföljning och utvärdering
- anhöriga och närstående
- samhälle
- digitalisering och välfärdsteknik

De insatser som den nationella strategin för demenssjukdom innehåller syftar ytterst till att på olika sätt förbättra förhållandena inom äldreomsorgen för dem som drabbas av demenssjukdom och deras anhöriga.

Standardiserat insatsförlopp

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom. Syftet med uppdraget är att underlätta för kommunerna och landstingen att organisera vården och omsorgen om kvinnor och män med demenssjukdom på ett sätt som säkerställer god kvalitet i alla led. Modellen kan bidra till kontinuitet i vården och omsorgen och innebära att en person med en demenssjukdom sammanhållet erbjuds rätt stöd och rätt insatser vid rätt tidpunkt under hela sjukdomsförloppet. Modellen kan även leda till ökad trygghet både för personen med en demenssjukdom och dennes anhöriga och närstående.

6 Prioriterade insatser för framtidens äldreomsorg

Äldre kvinnor och män ska ha möjlighet att ha inflytande i samhället, att förmedla sina kunskaper och erfarenheter till yngre generationer och själva få möjlighet att lära sig nytt.

Den nationella kvalitetsplanen för äldreomsorgen utgår från de nationella målen för äldrepolitiken och det nationella målet för jämställdhet.

De kommande åren kommer det arbete som påbörjats under mandatperioden att behöva fortsätta. Det innebär dels en fortsättning av de insatser som regeringen arbetat med, dels förstärkta eller nya initiativ.

Prioriterade insatser är följande:

6.1 Översyn av socialtjänstlagen

Regeringen vill i det fortsatta arbetet ytterligare stärka jämställdheten. Den översyn av socialtjänstlagen som pågår nu, se avsnitt 5.8.2, kommer att ge ökad förutsättning för att utveckla en socialtjänst vars äldreomsorg är mer jämställd och jämlik än i dag. Genom att tydliggöra socialtjänstens uppdrag ges kommunerna bättre förutsättning att samla sina resurser och utveckla kärnverksamheten. Kommunerna ska ges bättre förutsättningar att ta tillvara medarbetarnas kompetens.

Utredningen ska lämna förslag som ryms inom befintlig ram och som leder till ökad likvärdighet i landet. Socialtjänsten utgör en central del i den svenska välfärdspolitiken, och alla kommuner ska ha förutsättning att ge sina invånare stöd som är likvärdigt det stöd övriga kommuner ger.

6.2 Insatser för ett större utbud av boenden för äldre

Skr. 2017/18:280

Regeringen har lämnat en proposition till riksdagen om biståndsbedömt trygghetsboende, se avsnitt 5.6.2, (prop. 2017/18:273). Syftet med ändringen i socialtjänstlagen är att tydliggöra för kommuner möjligheten att inrätta särskilda boendeformer som är anpassade och utformade för äldre kvinnor och män som har ett omvårdnadsbehov som understiger heldygnsvård, men där kvarboende i det egna hemmet inte längre upplevs som tryggt.

Tillsammans med det investeringsstöd för bostäder för äldre som regeringen beslutade om 2016 så ökar förutsättningarna för äldre kvinnor och män att få ett boende som passar deras behov.

6.3 Förebyggande och rehabiliterande insatser

Kommunerna är folkhälsoarbetets nyckelaktörer då de ansvarar för flera verksamheter som är viktiga ur folkhälsosynpunkt. Äldreomsorgen behöver arbeta med mer förebyggande insatser, dels för de äldres skull så att de i större utsträckning kan leva självständigt, dels för att möjliggöra en mer effektiv vård och omsorg. Genom förstärkta förebyggande och rehabiliterande insatser ges fler äldre kvinnor och män möjlighet att leva ett aktivt liv och uppleva god hälsa.

En del i detta är reformer för ökad tillgänglighet. Genom att omsorgen blir mer tillgänglig sjunker tröskeln för äldre att ta emot förebyggande och rehabiliterande insatser. Regeringen har därför lämnat en proposition till riksdagen om förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre, se avsnitt 5.7. Syftet är att ge kommuner möjlighet att bevilja äldre kvinnor och män insatser på ett enklare sätt genom att tona ner utredningsarbetet. På så vis ökar utrymmet för den äldre att själv bestämma på vilket sätt hon eller han ska ta emot hjälp, och därmed känna sig mer delaktig i insatsens utförande.

Regeringen har också beslutat att utveckla det fallpreventiva arbetet. Kvinnor eller män ska inte drabbas av fallolyckor på grund av påverkbara faktorer så som bristande kunskap om risker kring läkemedel och matens betydelse m.m. Många fallpreventiva insatser har också goda bieffekter genom att bidra till bättre hälsa och ökat välmående i stort, t.ex. fysisk träning och god och näringsriktig mat.

Med syfte att ge kvinnor och män med demenssjukdom bra stöd, har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida en modell för ett standardiserat insatsförlopp efter diagnostisering av demenssjukdom. Med ett standardiserat insatsförlopp ges kommuner och landsting stöd i omsorgen kring den enskilde, för att säkerställa att inte brister i samverkan uppstår. Genom att sätta in tidiga insatser ges även den enskilde större möjlighet till inflytande över sin vård och omsorg även under de senare stadierna av sjukdomsförloppet.

6.4 Ett bättre samspel mellan vård och omsorg

Genom att arbeta för högre kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgen säkras tillgången till god vård och omsorg på lång sikt.

Den ökande andelen personer med multisjuklighet som tar emot insatser från både äldreomsorg och den kommunala hälso- och sjukvården upplever i många fall att det är svårt att hålla reda på all personal som besöker deras hem. Man upplever ”mycket spring”, och det kan leda till en känsla av otrygghet och att man känner sig ensam trots många besök. Regeringen anser därför att det är mycket angeläget att fortsätta arbeta med att bättre samordna vård och omsorg om äldre kvinnor och män och att verka för att ge personalen bättre arbetsmiljö och förutsättningar att planera sina sin tid för att kunna ge omsorg av god kvalitet.

Regeringen har sett behovet av att höja kvaliteten avseende bland annat samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Därför har regeringen beslutat att med anledning av lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård stödja kommunerna att utveckla bättre samverkansformer och nya arbetssätt, och har avsatt sammanlagt 22 miljoner för det ändamålet.

Vidare anser regeringen att det är angeläget att det finns ändamålsenlig uppföljning av äldreomsorg och av hur äldre kvinnor och män har det inom vård och omsorg. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen fortsatt uppdrag att stödja införandet av Individens behov i samhället (IBIC) för att stödja ett mer behovsriktat och systematiskt arbetssätt som även möjliggör för kommunerna att följa upp den egna verksamheten och för att på regional och nationell nivå ge möjlighet att följa upp verksamhet inom äldreomsorgen på aggregerad nivå.

Regeringen har även fortsatt att stödja utvecklingen av kvalitetsregister som är relevanta för området för att möjliggöra kunskapsutveckling på området.

Regeringen avser även att styra delar av de medel som avsatts för äldreforskning till områden som har stor betydelse för personer med demenssjukdom för att ytterligare höja kvaliteten inom omsorgen för en särskilt skör grupp. Regeringen bedömer att det behövs mer kunskap på ett samhällsområde som står inför stora utmaningar.

Samhällets resurser är ändliga och regeringen vill framhålla att medlen ska användas till rätt saker. Samhällets resurser ska komma äldre kvinnor och män till godo genom insatser av god kvalitet. För att åstadkomma det behöver samhället arbeta systematiskt och långsiktigt med kunskapsbaserade metoder.

Regeringen har gett ett tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S2017:01) om att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut (dir. 2017:97).

6.5 Mer attraktiva arbetsplatser med starkare yrkesprofession

Skr. 2017/18:280

För att de äldre kvinnor och män som behöver samhällets stöd ska kunna åldras i trygghet krävs tillräckligt med personal som har god kompetens och som ges goda förutsättningar att utföra sitt arbete i en bra arbetsmiljö. Genom den historiska satsningen på välfärden med en permanent höjning av det generella statsbidraget till kommuner och landsting med 10 miljarder kronor, och genom bemanningssatsningen och professionsmiljarden har kommuner och landsting fått ökade förutsättningar att arbeta med både kompetensförsörjning och verksamhetsutveckling.

Regeringen fortsätter arbetet att se över undersköterskans yrkesroll, och att utveckla en mer tillitsbaserad styrning.

Regeringen anser att äldreomsorg ska ge äldre kvinnor och män möjlighet att leva ett aktivt liv, och att kunna ha inflytande över sin vardag.

6.6 Komplettering av de nationella målen för äldrepolitiken

Målen för den nationella äldrepolitiken ska kompletteras med ett femte mål: äldre kvinnor och män ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

Det finns skillnader mellan kvinnor och män inom flera delar av äldreomsorgen: kvinnor förskrivs oftare olämpliga läkemedel, kvinnor drabbas oftare av höftledsfrakturer m.m. Det finns även skillnader mellan andra grupper och befolkningen i stort när man blir äldre. De nationella målen syftar till att bl.a. tjäna som utgångspunkt för utformningen av lokala inriktningsdokument eller myndigheters policydokument. Regeringen vill synliggöra de här bristerna och lyfta fram jämställdhet och jämlikhet som viktiga faktorer för att äldre kvinnor och män och de personer som identifierar sig på andra sätt ska åldras i trygghet.

6.7 Ökad användning av välfärdsteknik och e-hälsa

Regeringen gör bedömningen att ökad användning av välfärdsteknik är nödvändigt för att bibehålla god kvalitet i vård och omsorg. Användandet av välfärdsteknik bidrar till måluppfyllelsen genom att äldre kvinnor och män ges ökade möjlighet att vara delaktiga och ha inflytande i samhällslivet. Ökad användning av välfärdsteknik kan också skapa mervärde för äldre kvinnor och män, så att de med välfärdsteknik och e-hälsa så långt som möjligt kan leva oberoende och självständigt.

Regeringen fortsätter även att vara en aktiv part i överenskommelsen om Vision e-hälsa 2025.

6.8 Jämställd och jämlik vård och omsorg

Regeringen har under mandatperioden på flera sätt verkat för ökad jämställdhet. Genom programmet jämställdhetsintegrering i myndigheter (JiM) har angelägen kunskap om skillnader mellan kvinnor och män lyfts upp. För att ytterligare stärka arbetet för ökad jämställdhet inrättades Jämställdhetsmyndigheten.

Regeringen vill i det fortsatta arbetet ytterligare stärka jämställdheten inom äldreomsorgen. Den översyn av socialtjänstlagen som pågår nu, kommer att ge ökad förutsättning för att utveckla en socialtjänst vars äldreomsorg är mer jämställd och jämlik än i dag. Vidare kommer regeringen fortsatt att verka för att tydliggöra skillnader genom exempelvis könsuppdelad statistik för att kunna följa vilken vård och omsorg som äldre kvinnor respektive män tar del av.

En jämställd och jämlik äldreomsorg är avgörande för att alla äldre kvinnor och män, och personer som identifierar sig på andra sätt, ska känna sig respekterade och bemötta som individer. Alla ska känna sig trygga i äldreomsorgen.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 20 juni 2018

Närvarande: statsrådet Y Johansson, ordförande, och statsråden M Johansson, Bucht, Hultqvist, Andersson, Hellmark Knutsson, Bolund, Bah Kuhnke, Strandhäll, Fridolin, Linde, Skog, Ekström, Eneroth

Föredragande: statsrådet Annika Strandhäll

Regeringen beslutar skrivelse Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan