



Idéer till
organisatoriska
förändringar för en
bättre äldreomsorg

*Ett underlag för diskussion
kring organisatoriska lösningar
på problem inom äldreomsorgen*

ÅSA SOHLMAN

IDÉER TILL ORGANISATORISKA FÖRÄNDRINGAR
FÖR EN BÄTTRE ÄLDREOMSORG
*Ett underlag för diskussion kring organisatoriska
lösningar på problem inom äldreomsorgen*

Arena idé

Stockholm 2015

© Arena idé och Åsa Sohlman

Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter



FÖRFATTARPRESENTATION

Åsa Sohlman är f.d. analyschef på Näringsdepartementet och nu fristående utredare.

INNEHÅLL

FÖRORD	5
INLEDNING	6
1. INFÖR FRAMTIDEN	8
2. UTGÅNGSPUNKTER, AVGRÄNSNINGAR	9
3. VAR SKAVER DET REDAN NU?	10
4. VAD KAN LÖSAS MED ORGANISATORISKA FÖRÄNDRINGAR?	12
4.1 Skarven kommun/landsting för de mest vård- och omsorgskrävande äldre	12
4.1.1 Förslag med utgångspunkt i kommunerna	12
4.1.2 Förslag med utgångspunkt i landstingen	15
4.1.3 Kommun eller landsting	17
4.2 Äldre med mindre omfattande vård- och omsorgsbehov	18
4.2.1 Individerna	18
4.2.2 Personalen	24
4.2.3 Utveckling och innovation	26
4.2.4 Utförare	28
4.2.5 Sammanfattning	31
4.3 Effektivitet i kommunerna	31
4.4 Små kommuner	32
5. STÖRRE REFORMER OCH DERAS KRAV PÅ OMORGANISATION	34
5.1 Rättighetslagstiftning	34
5.2 Socialförsäkring för vård och omsorg av äldre	36
5.3 Nationalisering – Statlig finansiering	37
5.4 Privatisering av äldreservice	38
6. VAD HANDLAR DET OM?	40
UNDERLAG	42

FÖRORD

Äldrereformen som genomfördes 1992 innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg av äldre. Kommunerna tog ansvar för en fråga som tidigare legat på landstingen. Sedan dess har diskussionen om ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting pågått mer eller mindre kontinuerligt. Brukare och anhöriga har oroats, politiker och tjänstemän har tvistat om ansvar och pengar.

Detta är den fjärde rapporten i projektet *Värdig äldreomsorg* inom tankesmedjan Arena Idé. Den handlar om hur vården och omsorgen av äldre ska organiseras i framtiden. Den tar upp tänkbara organisatoriska förändringar, reformer som rättighetslagstiftning, äldreomsorgsförsäkring, nationalisering av finansieringen och alternativa finansieringstillskott. Det tre tidigare rapporterna, *Strävan efter ett liv i självständighet* och *Hur finansiera vård och omsorg för äldre* av Dan Andersson, samt *Äldreomsorg vid livets slut* av Anna Hedborg. Alla finns att ladda ned på www.arenaide.se.

Projektet har finansierats av fackförbunden Kommunal och Vision. Innehåll och slutsatser står författarna för.

Stockholm i mars 2015

Boa Ruthström
Chef Arena Idé

INLEDNING

Denna rapport lyfter fram förslag om hur vården och omsorgen av äldre skulle kunna organiseras i framtiden. Huvuduppgiften har varit att identifiera problemområden och göra en genomgång av förslag till organisationsförändringar för vidare diskussion.

Mycket har skrivits om framtidens utmaningar och de problem som redan i dag finns inom äldre vården och -omsorgen. Det finns ingen anledning att repetera allt detta. För att komma till saken inleds dock rapporten med tre korta avsnitt, ett om utvecklingen på sikt, ett om utgångspunkterna för denna studie och ett om nuvarande konfliktytor inom äldre vård och omsorg illustrerat i ett stiliserat levnadsförlopp för en individ som fyllt 65 år.

Sedan följer en översikt av problem och lösningsförslag. Jag börjar med skarven mellan kommunens omsorgsansvar och landstingets sjukvårdsansvar för de *mest* vård- och omsorgskrävande äldre. Om man kan finna bra sätt att organisera den är min bedömning att resten lättare skulle falla på plats.

Därefter följer en skiss på organisationsproblem och idéer till lösningsförslag i anslutning till de äldre som är *mindre* vård- och omsorgskrävande. Det handlar om problem sett ur de äldre individernas och deras anhörigas synvinkel och ur ett personalperspektiv. Till detta kommer uppgifterna att ta till vara utvecklings- och innovationsmöjligheter och att organisera utförarna av vården och omsorgen. Effektivitetsproblem i kommunerna liksom hur frågorna kan hanteras organisatoriskt i små kommuner berörs också.

Dessa diskussioner sker inom ramen för nuvarande system för vården och äldreomsorgen. Det handlar om organisationsfrågor som kommuner och landsting kan ta tag i själva även om statliga ingrepp i form av förändringar i lagar och föreskrifter i vissa fall är en förutsättning för förändring och statligt stöd kan underlätta omställning.

Tyngdpunkten i rapporten ligger på kommunernas ansvar och endast valda delar av problemkomplexen berörs. Landstingen förutsätts vara huvudmän för merparten av hälso- och sjukvård och förslag om hur de ska organisera sig finns inte med i annat än vad som rör de äldre och samarbetet med kommunerna.

Det kan även finnas anledning att något reflektera kring organisationsfrågor i samband med andra förslag till större förändringar: rättighetslagstiftning, äldreförsäkring, nationalisering av äldreomsorgen och privatisering av delar av äldreservicen i form av utvidgade rut-system för äldre. Avgörande för om dessa åtgärder ska kunna genomföras är att staten driver igenom dem – med de organisatoriska följderna det kan få.

Rapporten avslutas med några kommentarer om vad organisationsfrågorna handlar om.

Vad som är organisationsfrågor beror på utifrån vilken nivå man betraktar dem. Det som är organisering på nationell nivå blir strukturförhållanden som sedan kommunerna och andra aktörer har att anpassa sina organisationer till. I den här rapporten rör organisationsfrågorna sig på

olika nivåer, allt från individnivå till arbetsplats-, kommunal och nationell nivå.

Projektet har genomförts under kort tid. Tänkbara organisatoriska förändringar presenteras men diskussionen kring dem, om för- och nackdelar med olika alternativ, snarare antyds än fullbordas. Rapporten landar inte heller i några rekommendationer. Mina löpande kommentarer till de olika organisationsförslagen sammanfattar vad som enligt min bedömning kommit fram i den allmänna debatten. I det avslutande avsnittet ger jag min syn på vad som verkar mest angeläget att åtgärda i dagsläget.

Det säger sig självt att facken naturligtvis har som en viktig uppgift att analysera och följa de organisationsfrågor som här studeras. Inte minst vad gäller arbetsvillkor, löner, kollektivavtal, visstidsanställningar, deltider etc. men det är inget som särskilt behöver skrivas in i varje avsnitt.

Det har inte varit frågan om att bedriva någon forskning inom detta projekt. Texten bygger på andrahandskällor som tidigare studier, tidningsartiklar och några intervjuer såsom anges i en kortfattad underlagsförteckning. ●



Tyngdpunkten i rapporten ligger på kommunernas ansvar...

1. INFÖR FRAMTIDEN

Antalet äldre ökar. Vård- och omsorgsbehoven stiger. Fler äldre förväntas och därmed förmodligen också fler sjuka år.



*Ju äldre personer,
desto större kost-
nader för vård och
omsorg.*

Andelen över 65 beräknas öka till 25 procent av befolkningen 2060 att jämföra med 19 procent i dagsläget. Särskilt efter 2020 skulle enligt prognoserna tillväxten av antalet äldre bli påtaglig. Antalet personer över 80 år förväntas vara i stort sett detsamma fram till 2020, varefter det fördubblas fram till 2050. Ju äldre personer, desto större kostnader för vård och omsorg. De som är över 90 år är 30 gånger mer resurskrävande än de som är 19–64 år.

Antalet personer en förvärvsarbetande har att försörja, den s.k. försörjningskvoten, stiger och skillnaderna i försörjningskvot mellan land och stad tilltar. 75 av landets 290 kommuner har i dag mindre än 10 000 invånare. Siffran väntas öka till 100 kommuner år 2020 och 115 år 2030.

Landstingen bedömdes av Ansvarskommittén behöva bli väsentligt färre och mer jämnstora.

Förväntningarna på offentlig sektor och välfärdstjänsternas kvalitet kan också komma att öka i takt med att levnadsstandarden stiger. Men skillnaderna i levnadsnivåer är fortfarande stora.

Slutsats:

Trycket på vården och omsorgen kommer att öka. Men det finns tid att förbereda sig. Ju bättre utgångsläge desto lättare att ta sig an framtidens utmaningar. ●

2. UTGÅNGSPUNKTER, AVGRÄNSNINGAR

Organisering av ansvarsfördelning, uppgiftsfördelning och styrning handlar i praktiken om följande:

Individ	Kommun	Landsting	Stat
Egenansvar för hälsa, vård och boende	Hemtjänst	Sjukvård för äldre	Helhet
	Äldreboende		Lagar
	Viss sjukvård		

Var och en av dessa aktörer har sedan sin del i finansieringen av äldreomsorgen.

Utgångspunkten för denna rapport är att fördelningen av vård och omsorg ska ske efter behov.

Kvalitet i vården och omsorgen är viktig för individen. Det inkluderar att de enskilda individerna inom ramen för nationella och lokala kvalitetskrav ska ha möjligheter att bestämma vad som passar dem bäst, ska kunna vara medskapande och delaktiga i en dialog kring sina vård- och omsorgsbehov och få kontinuitet i vården och omsorgen. Denna ska vara flexibel, tillräckligt med tid ska ges för den och den ska utformas ur ett helhetsperspektiv.

Kvalitet i vården och omsorgen av de äldre förutsätter kvalitet för personalen. Det ställer i sin tur krav på arbetsvillkor och arbetsmiljö för dem som arbetar med service, omsorg och vård åt de äldre.

Den offentligt finansierade äldreomsorgen ska produceras med hög effektivitet i resursutnyttjandet.

Nationella krav och kommunalt självstyre ska samsas inom vården och omsorgen av de äldre och vägas av mot varandra.

En god vård och omsorg kräver insyn, möjligheter till uppföljning och utvärdering. ●

3. VAR SKAVER DET REDAN NU?

De flesta individer upplever många friska år efter pensionen, eventuellt interpunkterade av en del besök på en *vårdcentral*^[1] och kanske avbrutna av några planerade *sjukhusvistelser* (exempelvis för en höftledsoperation) eller vissa oplanerade besök på *akuten* (exempelvis vid benbrott).

Så småningom minskar rörligheten och man kan behöva få hjälp med städning och andra praktiska ting. *Anhöriga* hjälper till. En del köper service med hjälp av *rutavdrag*. Men man kan också kontakta kommunens *biståndshandläggare* för att få sina behov av *hemtjänst* prövade. Med tiden kan det bli fler och fler timmar hemtjänst. Om personen i fråga bor i en kommun där LOV (Lagen om valfrihetssystem) tillämpas, s.k. *vårdval*, ska hemtjänsten väljas bland ett större eller mindre antal privata och offentliga aktörer som erbjuder denna typ av service och omsorg.

Så småningom kan hemtjänsten mer och mer komma att bestå av omsorg. Service och omsorg går i varandra. Hemtjänstens uppgift är att redan från början följa den äldres utveckling, ha viss tillsyn, arbeta förebyggande och förbereda övergången till mer krävande omsorg. Ju större behoven av omsorg och vård växer sig, desto troligare är det att de äldre via kommunens hemsjukvårdsenhet skrivs in i *kommunens hemsjukvård*^[2] om de inte kan ta sig till vårdcentralen eller lyckas komma till ett (privat eller offentligt) *särskilt äldreboende*.

I kommuner med hemsjukvård kan personalen som sköter hemtjänsten och hemsjukvården komma från en och samma organisation, antingen kommunen själv eller en privat utförare. Hemsjukvård (från kommun eller landsting) kan delegeras till hemtjänsten.

Kraven för att komma i fråga för särskilt äldreboende har höjts.^[3] Förekomsten av alla former av anpassade boenden för äldre har minskat, även servicehus och liknande, vilket gör att allt fler äldre bor kvar hemma i ordinarie boenden.

När tillgången till särskilda äldreboenden och hemtjänst inte räcker till eller inte fungerar får ofta de *anhöriga* rycka in.^[4]

För *läkarvård* är de äldre beroende av landstinget som ansvarar för vårdcentralerna, akutmottagningarna, sjukhusen, den avancerade sjukvården i hemmet samt övrig läkarvård i hemmet och på äldreboenden. Landstingen har även ansvar för *läkemedel*.

I primärvården ska patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses genom att en *fast vårdkontakt* tilldelas de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan. Det vanligaste är dock att de som har en sådan fast vårdkontakt själva begärt det.

När den äldre som varit på sjukhus skrivs ut bör det göras en *vårdplan*. Den görs tillsammans av patienten och vårdpersonalen på sjukhuset, eventuellt i samarbete med andra instanser som t.ex. hemtjänsten.

De äldre som behöver både omsorg *och* vård upplever ofta att varken

1 Vårdcentral används här som begrepp för vårdcentraler, husläkarmottagningar, hälsocentraler och motsvarande primärvårdsenheter.

2 I kommuner som inte tagit över hemsjukvården från landstinget är det vårdcentralerna som ansvarar för hemsjukvården.

3 Fumarola Unsgaard 2012

4 Andersson 2014b

kommunen eller landstinget har ett helhetsansvar för dem^[5]. De äldre eller deras anhöriga kan begära att få en av huvudmännen gemensamt utformad individuell plan som anger vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för och vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen, kommunen eller landstinget. Det finns t.o.m. en skyldighet att informera de äldre och deras anhöriga om denna rättighet. I planen ska finnas kontaktuppgifter till samordnaren och en beskrivning av hur och när den individuella planen ska följas upp.

Alla som skulle behöva ha en samordnad individuell plan har inte det. Men även med en plan kan det i praktiken vara svårt att hitta rätt och få hjälp när det krisar till sig.^[6] De äldres situation kan snabbt ändra sig och det kan krävas omplanering av den typ av service, omsorg och vård som behövs. Endast en tiondel av befolkningen över 77 år motsvarar enligt Äldrecentrum något så när idealkonsumenten, dvs. har förmågan att hämta in och tolka information etc.^[7] Att kolla på internet, ha tålamod att ringa runt till olika instanser och vänta i telefonköer är krävande. Anhöriga kan få ta på sig rollen både som försvarare, samordnare och inspektör.^[8]

Antalet individer med omfattande sjukvård och omfattande äldreomsorg är relativt begränsat. De mest vård- och omsorgskrävande äldre har för närvarande uppskattats till ca 35 000. Äldre med omfattande äldreomsorg är fler, uppskattningsvis 160 000.

De äldre med omfattande äldreomsorg är inte nödvändigtvis sjuka. Det finns inget starkt samband mellan omfattande behov av omsorg och omfattande behov av sjukvård. Räknar man ihop de med omfattande äldreomsorg *eller* omfattande sjukvård så kommer man upp i ca 300 000.^[9]

Följande tabell summerar de områden i vårdkedjan som kommer att beröras i det följande.

Individ	Kommun	Landsting	Stat
Skarven individ/ kommun/landsting	Skarvar individ/kommun kommun/landsting kommun/stat	Skarven kommun/landsting	Helhet Ansvar Resurser
Val och icke-val	Personal		Avvägningar
Rut	Verksamhetschefer		Individ/kommun/stat
Anhöriga	Biståndsbedömare		Kommun/stat
	Vårdpersonal		Kommun/landsting/stat
	Omsorgspersonal		
	Servicepersonal		
	Offentliga, privata och ideella aktörer		



När tillgången till särskilda äldreboenden och hemtjänst inte räcker till eller inte fungerar får ofta de anhöriga rycka in.

5 Fumarola Unsgaard 2012

6 Fumarola Unsgaard 2012

7 Andersson 2014b

8 Kommunal 2014

9 Lagergren 2012

4. VAD KAN LÖSAS MED ORGANISATORISKA FÖRÄNDRINGAR?

Alla problem kan inte lösas med enbart organisatoriska förändringar, t.ex. problem med knappa resurser, finansiering, rekrytering av personal och arbetsvillkor. Men organiseringen av vård och omsorg kan bidra genom effektivisering, professionalisering, innovation, stimulans till förebyggande investeringar etc.

4.1 Skarven kommun/landsting för de mest vård- och omsorgskrävande äldre

Olika typer av organiserad samverkan mellan kommuner och landsting förekommer kring de mest vård- och omsorgskrävande äldre. Projekt genomförs för att testa nya former för detta samarbete. Syftet med projekten är bl.a. att få till en helhetssyn på den äldres vård och omsorg och ett bättre samarbete mellan olika professioner, vilket skulle kunna ge ökad trygghet för de äldre, färre besök på akuten och kortare tid på sjukhus. Journaler och läkemedelslistor skulle lättare kunna konsolideras och hållas uppdaterade. Allt i avsikt att ersätta den koordinering som individen själv kan ha svårt att stå för. Syftet är också att underlätta kontakterna mellan de äldre/deras närstående och vården/omsorgen.

Några typfall av diskuterade organisationsförändringar presenteras och kommenteras nedan med tonvikt på kommunerna (4.1.1) respektive landstingen (4.1.2). Sedan följer ett sammanfattande avsnitt (4.1.3).

4.1.1 Förslag med utgångspunkt i kommunerna

Äldrecentrum

En modell med ett kommunalt äldrecentrum (en vårdcentral för vårdkrävande äldre i kommunal regi) har föreslagits av Kommunal.^[10] Det skulle fungera som nav i ett system för vård och omsorg av de mest vårdkrävande äldre, bestående av: hemtjänst, äldrecentrum, hemsjukvård (för dem som inte kan ta sig till äldrecentrum) och läkarvård. Både de mest vårdkrävande äldre som bor hemma och de som bor på särskilda äldreboenden skulle ha tillgång till äldrecentrum.

Dessa äldrecentrum skulle kunna stå för ett samlat medicinskt omhändertagande av de mest vårdkrävande äldre utanför akutsjukhusen, vilket saknas i dagens primärvård. Utifrån dessa särskilda geriatriska vårdenheter skulle många olika kompetenser kunna samverka runt varje individ. De skulle också samarbeta med den öppna och slutna specialistvården.

Kommunala biståndshandläggare skulle kunna verka i dessa enheter inom den ram som delegationsbeslut från äldrenämnden/motsvarande ger. Biståndsbedömarna skulle stå för bedömning av individernas behov av inskrivning vid äldrecentrum, av hemsjukvård, av särskilt äldreboende och av hemtjänst. Dessutom skulle de kunna få ansvar för samordning och kontinuitet i vården och omsorgen av de äldre. De skulle också kunna

10 Kommunal 2014

stå för rådgivning och axla rollen som vägledare.^[11] Både de äldre och deras anhöriga skulle därmed få en kontakt som ansvarar för helheten kring individen. De äldres trygghet skulle öka och behovet av besök på sjukhusens akutavdelningar och av sjukhusvistelser minska.

I den kommunala hemsjukvården och på de särskilda äldreboendena skulle man kunna länka till resurser i form av mobila läkare från äldrecentrum. För avancerad sjukvård i hemmet och på äldreboendena skulle man som hittills lita till sjukhusen och de närsjukvårdsteam som eventuellt utvecklas där. Övergången från sjukhusvistelse till ordinarie boende skulle ske via äldrecentrum.

Några kommentarer och frågor:

För att kommunala äldrecentrum ska bli möjliga krävs regelförändringar så att kommunen får anställa läkare.^[12]

Fler eller färre äldre skulle kunna få tillgång till äldrecentrum. Allt från endast de allra mest vårdkrävande (de 35 000 enligt ovan) till alla mer eller mindre vårdkrävande äldre (de 160 000 eller 300 000 enligt ovan). De som inte har eller vill ha tillgång till äldrecentrum skulle som i dag bli hänvisade till kontakter med kommunen respektive landstinget för hemtjänst, vårdcentraler etc.

Givet tillbörliga tillstånd kan man samköra register och identifiera hur många av dessa de mest vårdkrävande äldre som finns i respektive kommun. Samkörningen kan ge underlag för en bedömning av i vilka kommuner äldrecentrum kan vara aktuella. De enskilda kommunerna skulle dessutom genom databearbetningen få en överblick över vilka vårdkrävande äldre som de har ansvar för.

Den geriatriska kompetensen i Sverige är begränsad och på vårdcentralerna lyser den oftast med sin frånvaro. Efterfrågan på kommunala äldrecentrum kan bli stor. De skulle kunna behöva byggas upp successivt.

Ska man tänka sig tvingande lagstiftning för kommunerna eller möjlighet till frivillig övergång till äldrecentrum? I den mån lagstiftning blir aktuell och den lägger på kommunerna nya arbetsuppgifter måste de som vanligt finansieras av staten. Omfördelning av uppgifter från landsting till kommuner finansieras med skatteväxling.

Biståndshandläggarna skulle fortfarande fungera som bedömare av de äldres behov. För att biståndshandläggarna ska kunna ge bättre vägledning angående utförare kan nya angreppssätt krävas (jfr nedan 4.2.1 Individerna). Dessutom kan någon behöva kontrollera utförarna, kanske främst de privata utförarna, som kan ha intresse av att lasta över arbete med de äldre på kommunen och äldrecentrum, på samma sätt som sådant förekommer i dag med överlastning på landstingets akuter och vårdcentraler.^[13]

11 Kommunal 2014

12 Ansvarskommittén (SOU 2007:10) ansåg att det på sikt skulle bli svårt att upprätthålla förbudet mot kommunala läkare. Den nöjde sig dock med att som ett första steg borde man utvärdera de avtal mellan kommunerna och landstingen som tillåter kommunerna att, om landstingen inte uppfyller sina skyldigheter, på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från landstinget.

13 Andersson 2014b

Äldrecentrum kan behöva ha tillgång till platser i korttidsboenden och i särskilda äldreboenden för att övergången mellan sjukhusvistelser och boende ska kunna ske så smidigt som möjligt.

Kommunöverläkare

Förslag om kommunöverläkare har kommit från Läkarförbundet (se t.ex. Läkartidningen 2010). Kommunöverläkaren skulle kunna ha till uppgift att se till att kommunen (och övriga aktörer) tar sitt ansvar för de äldre med tunga vårdbehov. Inte bara på pappret utan även i praktiken. En kommunöverläkare kan vara ett sätt att stärka de äldres ställning och tillföra kommunerna geriatrik kompetens.

En kommunöverläkare skulle övervaka att vårdkedjorna fungerar i kommunen, och följa upp rutiner och system för kvalitetssäkring av hemtjänst, kommunal hemsjukvård och äldreboenden. Har de äldre en namngiven ansvarig läkarkontakt på vårdcentralen? Sker överlämning mellan huvudmän på ett ansvarsfullt sätt? Fungerar systemen för läkemedelsgenomgångar? Ingår olika kompetenser i en genomarbetad vårdplanering?

Några frågor och kommentarer:

Ska det införas tvingande lagstiftning för kommunerna eller ska de ges möjlighet till frivillig övergång till kommunöverläkare? Statliga bidrag ska utgå i den mån lagstiftning för införandet av kommunöverläkare lägger på kommunerna nya arbetsuppgifter. Regelförändringar krävs för att kommunerna ska kunna anställa läkare som kommunöverläkare.

För att övervakningen ska fungera krävs att det finns något att övervaka. Att resurser finns i hemtjänsten, i den kommunala hemsjukvården, på vårdcentraler, i multiprofessionella team på vårdcentraler och på sjukhus.

Riskerar kommunöverläkaren att bli en papperstiger?^[14] Att kommunen granskar sig själv kanske inte leder så långt. Det finns redan lagar, regler och policyer för samverkan. Samordningsdokument har utarbetats. Läkare kan kontakta varandra och ordna vårdplaneringsmöten. I primärvården ska de äldre som behöver eller själva begär det tilldelas en fast vårdkontakt. Kommunens Medicinskt Ansvariga Sjuksköterska (MAS) ska ha rutiner och system för kvalitetssäkring. Vilka sanktioner kan kommunöverläkaren tillgripa?

Andra alternativ, komplement och varianter

För att underlätta övergången från sjukhus till ordinarie boende eller särskilt äldreboende kan kommunerna ha anställda kontaktpersoner som är placerade på sjukhusen. På liknande sätt kan kommunerna ha anställda som är placerade på vårdcentralerna, i sjukhusens mobila team och på sjukhusens äldremottagningar i den mån dylika team och mottagningar inrättas (se nedan).

14 Dagens sjuksköterska 2014

4.1.2 Förslag med utgångspunkt i landstingen

Äldremottagning på sjukhus

I landstingen provas olika modeller för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre (se t.ex. Läkartidningen 2012). Ett exempel är äldremottagningar på sjukhus för de mest vårdkrävande äldre. Till dem kan knytas multiprofessionella team med anställda både från kommuner och landsting (geriatriker, biståndshandläggare, sjuksköterskor, apotekare, arbetsterapeuter, dietister, kuratorer, sekreterare och tandhygienister).

För dem som är inskrivna vid mottagningen men inte kan besöka den kan ett närsjukvårdsteam göra hembesök (dygnet runt). De inskrivna kan också ha tillgång till telefonkontakt såväl dag som natt, akutbesök dagtid och direktinläggning. Mobila palliativa team kan vara kopplade till närsjukvårdsteamerna.

Närsjukvårdsteamet kan för de mest vårdkrävande äldre komplettera vårdcentralerna och deras, eventuellt mobila, läkare för hemsjukvård eller den kommunala hemsjukvården och vården i de särskilda kommunala boendena. De kan också utgöra ett alternativ till eller en förstärkning av rullande läkarbilar för hembesök. Rullande röntgen kan här också komma in som ett hjälpmedel.

Några frågor och kommentarer:

Ska tvingande lagstiftning eller frivillighet gälla för landstingen?

Vilka kriterier ska gälla för inskrivning vid äldremottagning – de allra mest vårdkrävande (de 35 000 enligt ovan) eller fler vårdkrävande äldre? De som inte har eller vill ha tillgång till äldremottagningar på sjukhus skulle som i dag bli hänvisade till kommunen respektive landstinget för hemtjänst, vårdcentraler etc.

Inskrivningen vid äldremottagningen fungerar som behovsbedömare. Det kan behövas gentemot både kommunal och privat omsorg för att inte någon felaktig avlastning av äldre på landstingets sjukvård ska ske.

Om kommunerna ska delta i teamen på äldremottagningarna kan det krävas särskilda arrangemang för samarbetet: avtal, gemensam ledningsgrupp etc.

Det krävs också rutiner för samarbete mellan äldremottagningarna och primärvården respektive kommunerna. Äldremottagningarna kan behöva disponera platser i korttidsboenden, på äldreboenden och på olika sjukhuskliniker.

Vårdcoacher

I vissa projekt har grupper av patienter med många akutbesök och kortvariga inläggningar på sjukhus erbjudits en vårdcoach.^[15]

I ett upplägg är vårdcoachen en erfaren och specialutbildad sjuksköterska som löpande håller kontakt med patienterna och hjälper dem att få rätt vård och stöd i behandlingen. Vårdcoachen erbjuder ett stöd som är



I landstingen provas olika modeller för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre.

15 SLL 2014, Fumarola Unsgaard 2014

anpassat till den enskilde patienten under en begränsad tid. Stödet är ett tillfälligt komplement till ordinarie vård och omsorg. Det handlar om:

- rådgivning med coachning via telefon
- stöd till egenvård
- koordinering av vård- och omsorgskontakter.

De medicinskt ansvariga väljer ut patienterna efter noggrann analys. Det handlar om att identifiera patienter som riskerar att försämras och där försämringen går att förebygga om rätt insatser sätts in i rätt tid.

Några kommentarer:

Skulle detta vara en idé som bär för permanent organisering? Har landstingen tillräckligt patientunderlag för det? Eller handlar det bara om de tre största landstingen?

Förslaget tar endast hand om en begränsad del av problemen i samverkan mellan landstingens och kommunernas vårdkedjor.

Specialiserade äldrevårdcentraler

I vissa landsting/regioner (exempelvis Skåne och Göteborg) satsar man på vårdcentraler som specialiserar sig på äldre.^[16] Tidigare fanns också dylika särskilda vårdcentraler för äldre i Stockholm.

Allt fler av de äldres hälsoproblem kan behandlas i öppenvård men det kräver gedigen kunskap hos läkare och annan personal om åldrandets sjukdomar. Dessutom är kontinuitet i vården en nödvändighet för att behandlingsresultaten ska kunna följas upp och utvärderas.

Vid äldrevårdcentraler (ev. certifierade sådana) skulle man kunna erbjuda en verksamhet anpassad till äldres behov. Det förebyggande hälsoarbetet skulle kunna prioriteras och vårdbehoven för den enskilde därmed minskas. Fler skulle få en högre livskvalitet högt upp i åren. Äldrevårdcentralerna skulle också kunna stå för fler planerade hembesök, aktivt efterfråga patientens och närståendes åsikter, göra läkemedelsgenomgångar, ta sig an äldres psykiska hälsa och uppmärksamma risker och missbruk.

Kommentarer

Problemen med kopplingen mellan landstingens vårdcentraler och kommunens hemtjänst, hemsjukvård etc. skulle återstå att lösa även för äldrevårdcentralerna. Det är möjligt att förutsättningarna för samarbete skulle bli bättre på de specialiserade äldrevårdcentralerna då dessa frågor skulle stå mer i centrum på äldrevårdcentralerna än på vanliga vårdcentraler och behovet av samarbete vara mer uppenbart.

Kanske kan man utveckla system för de patientansvariga läkarna på äldrevårdcentralerna att t.ex. ha veckoträffar med hemtjänsten. Ett problem i sammanhanget är dock vårdvalet då det kan bli aktuellt att hålla kontakt med väldigt många olika hemtjänstföretag.^[17]

16 Se t.ex. Sveriges Radio 2014a.

17 Fumarola Unsgaard 2014

För att äldreomsorgscentralerna ska kunna fungera på ett förebyggande och effektivt sätt krävs att landstingens ersättningsystem anpassas till sammanhängande vård av äldre, multisjuka och kroniker.

4.1.3 Kommun eller landsting

Huvudfrågan är om man bedömer det som mest ändamålsenligt att organisera ett vårdteam kring den äldre vårdkrävande personen utifrån kommunen eller landstinget. Med kommunmodellen ligger tyngdpunkten på kommunal läkare, hemsjukvård och hemtjänst, med stöd av landstingen för sjukhusvård och avancerad sjukvård i hemmet.

Landstingsmodellen tar antingen sin utgångspunkt i *landstingens sjukhus*, med äldremottagning, eventuella närsjukvårdsteam och stöd av landstingens vårdcentraler och kommunens biståndsbedömare, hemsjukvård och hemtjänst, eller i *landstingsdrivna äldreomsorgscentraler* med stöd av landstingens sjukhus med eventuella närsjukvårdsteam och kommunens biståndsbedömare, hemsjukvård och hemtjänst.

Kommunmodellen innebär en förändring i huvudmannaskap även om det handlar om ett avgränsat område. Dyliga förändringar innebär alltid en särskild övergångsproblematik.^[18]

En annan fråga i sammanhanget är den om privata utförare. Eftersom privatisering av sjukhusen inte är aktuellt i Sverige för närvarande handlar det om kommunmodellen eller landstingsmodellen med äldreomsorgscentraler. Skulle upphandlade kommunala äldrecentrum eller äldrecentrum som del i ett valfrihetssystem vara en bra idé? Det kanske är en teoretisk fråga som först kan ställas sedan man utrett och i praktiken prövat kommunala äldrecentrum i kommunernas egen regi.

Äldreomsorgscentraler i landstingens regi faller i dagsläget under reglerna för valfrihetssystem. Det är viktigt att landstingen utvecklar lämpliga kvalifikationskrav och ersättningsregler för äldreomsorgscentralerna som är anpassade till patientgruppen äldre multisjuka och kroniskt sjuka.

Biståndshandläggarnas myndighetsutövning kan vara lättare att passa in i kommunala äldrecentrum med samma direkta uppdragsgivare än i privatiserade kommunala äldrecentrum eller äldreomsorgscentraler i landstingens regi som har andra arbetsgivare än kommunen.

Ska man bryta ut och särbehandla en grupp? Skulle i så fall fler grupper behöva särbehandlas på liknande sätt?

”Skarvproblemen” handlar dels om att de äldre på ett bättre sätt ska komma in i sjukvården om det verkligen behövs (utan undvikliga akut- och sjukhusbesök och med möjlighet till direktintag vid behov), dels om att komma ut ur sjukvården på ett smidigt sätt. Det går att arbeta förebyggande i båda riktningarna både från hemsjukvården och hemtjänsten och vårdcentralerna och sjukhusen.

Behöver man välja modell? Tillsammans kan man ordna:

- Samarbete mellan den kommunala hälso- och sjukvården, Sjukvårdsrådgivningen 1177, vårdcentraler inom primärvården, ambulansverksamheten och medicinska äldreomsorgsavdelningar. T.ex. kan

Sjukvårdsupplysningen be en kommunal sköterska bedöma om en patient behöver ambulans, eller en läkare i primärvården bedöma om en äldre behöver sjukvård och eventuellt direkt tas in på en klinik.

- Förebyggande hembesök.
Vård och omsorgsmöten i hemmet.
Sätta upp team efter sjukhusvistelse (landsting, hemtjänst, kommunens beställare).
- Samarbete vårdcentraler (privata och offentliga), hemtjänst (privat och offentlig), kommunal beställarenhet, biståndsbedömning, akut-mottagning, sjukhusavdelning (geriatrisk klinik) och avancerad sjukvård i hemmet (privat och offentlig) för att förebygga, optimera läkemedelsanvändningen, skapa trygghet, öka samverkan och få bättre resursutnyttjande.

En springande punkt är om samverkansprojekt kan bli bestående utan förankring i en mer uttalad kommun- eller landstingsmodell.

Staten bidrar till kunskapsunderlag i det utvecklingsarbete som pågår via SKL men kan också starta nationella kunskapscentrum (se nedan 4.2.3 Utveckling och innovation och 4.2.4 Utförare).

4.2 Äldre med mindre omfattande vård- och omsorgsbehov

Förutsättningen för resonemangen i detta avsnitt är att vi har att göra med individer som kan klara sig förhållandevis bra för egen hand om de får rätt förutsättningar. Individen kan åtminstone till viss del själv stå för ett helhetsperspektiv. Ju fler äldre vårdtunga som får sina behov tillgodosedda genom de modeller som diskuterats i föregående avsnitt, desto färre äldre berörs av diskussionen i detta avsnitt. Men det kommer ju alltid att uppstå övergångsproblem och gränsdragningsproblem mellan åtgärderna för respektive grupp. Och en del organisationsförslag enligt ovan återkommer nedan.

4.2.1 Individerna

Enligt Socialstyrelsens enkäter är de flesta äldre som har äldreomsorg nöjda med den. Till exempel uppgav 2012 hela 88 procent av de äldre med hemtjänst och 80 procent av de äldre med särskilt boende att de sammantaget var ganska eller mycket nöjda.^[19]

Sett över en längre tidsperiod har dock ribban för att få äldreomsorg höjts. Framför allt har det blivit svårare att få plats på de särskilda äldreboendena, men även tillgången till hemtjänst har stramats upp.^[20] Kvaliteten i äldreomsorgen varierar också mellan och inom kommuner.^[21]

En annan problematisk aspekt sett ur ett individuellt perspektiv är att de äldre ibland känner att de kommer i underläge gentemot kommunerna och deras representanter, bl.a. biståndsbedömarna. De kan uppleva biståndsbedömningen som ”paternalistisk” och ”kränkande”.^[22] Men få

19 Häggroth & Andersson 2014

20 Fumarola Unsgaard 2014

21 Häggroth & Andersson 2014

22 Fumarola Unsgaard 2014, Häggroth & Andersson 2014

överklagar biståndsbesluten, endast fem procent vid beslut om hemtjänsten och tio procent vid beslut om särskilt äldreboende, även om överklagandena godkänns till över 99 procent för hemtjänsten och 97 procent för särskilt boende.^[23]

Alla beviljade hemtjänsttimmar blir inte alltid utförda. Av ökningen i hemtjänsttimmar 2007–2012 beräknas ca 18 procent inte ha blivit realiserad. Det kan bero på att personal saknas eller inte hinner med, t.ex. då indirekt tid inte budgeterats.

I den hemtjänst som genomförs blir det ibland också dåligt med kontinuitet och flexibilitet.^[24] På liknande sätt kan det bli svårt för de äldre att få kontinuerlig kontakt med läkare på vårdcentralerna.^[25]

I vissa fall finns valmöjligheter för de äldre. Utan biståndsbedömning handlar det t.ex. om rut-tjänster och val av vårdcentraler. Inom biståndsbedömningen gäller det främst utförare inom hemtjänsten även om en utveckling mot ökade valmöjligheter mellan biståndsbedömda tjänster pågår (se vidare nedan). Till problemen med dessa val hör dock att informationen kring alternativen ofta är dålig och att de äldre snarare kan ha att välja mellan leverantörer än mellan kvaliteter, specialisering och innehåll i vården.^[26]

Valmöjligheter saknas i många kommuner när det gäller mellanformer för boende, såsom servicehus, kategoriboende etc. Äldre bör och kan själva vilja ta ett individuellt ansvar för att planera för sitt åldrande. När det gäller att anpassa boendet alltefter förändrade behov är dock ofta möjligheterna små i dagsläget.^[27]

Kommentarer utifrån ett organisationsperspektiv

Självbestämmande

Vissa äldre individer utnyttjar rut för att få tillgång till statligt subventionerade servicetjänster. En förutsättning för att få subventionerna är att man har inkomstskatt som avdrag kan göras från. Inom ramen för gällande regler bestämmer de äldre själva vilka tjänster de ska köpa, hur mycket och med vilket innehåll. I någon mån avlastar också dessa tjänster trycket på biståndsbedömd hemtjänst.^[28]

För att självbestämmandet ska bli meningsfullt krävs dock att de äldre får det stöd och den rådgivning som krävs (jfr nedan och 4.2.4 Utförare).

Till detta kommer i fråga om rutavdrag avvägningen mellan jämlikhet och behovsstyrning. Rut-subventionerna utgår inte efter behov. Det är främst de med större inkomster som kan efterfråga rut-tjänster, inte de som har störst behov av dem. Äldreomsorgen har en viktig omfördelade roll till förmån främst för kvinnor med låga pensioner. Redan i dagsläget diskuteras begränsningar i avdragsmöjligheterna i rut-systemet. Frågan om ojämlikheten i rutavdragen skulle bli än mer aktuell om systemet skulle byggas ut. Det gäller även om det organiseras så att staten, för dem som inte har tillräckliga inkomster för skatteavdrag, träder emellan och

23 Andersson 2014b, Socialstyrelsen 2013

24 Andersson 2014b

25 Fumarola Unsgaard 2014

26 Sandberg 2014

27 Hedborg 2014

28 Fumarola Unsgaard 2014

betalar utfyllnad och, för dem som inte har några marginaler alls, finansierar en (behovsprövad) statlig schablon. (Se vidare 5.4 Privatisering av äldreservice)

Kommuner kan styra intresset för rut-tjänster genom höga priser på kommunal hemtjänst. Det innebär att kommunerna dels till viss del lastar över på staten att subventionera tjänster som borde ha producerats av kommunen, dels frångår tilldelning efter behov. (Se vidare 5.1 Rättighetslagstiftning)

Boende

Kommunerna skulle behöva utveckla mellanformer för boenden och i byggplaneringen lägga in olika slags boenden för äldre. Allmännytta kan vara ett verktyg för att få till stånd dylikt byggande.

Platsgaranti för individer över viss ålder i särskilda boenden är också ett aktuellt förslag som skulle stärka de äldres möjligheter att välja.^[29]

Här handlar det dock mest om hur bostadspolitiken ska organiseras. I detta sammanhang räcker det kanske med att påpeka att staten och



De äldre känner inte alltid till sina rättigheter.

kommunerna kan vidta olika åtgärder för att prioritera och stödja kommunala, privata och andra initiativ för att få till stånd ett varierat bostadsutbud som även är anpassat till de äldre. Även intresseföreningar och folkrörelseorganisationer kan ta initiativ till intressanta gruppboenden. Ett exempel är stiftelsen Höstsol som förfogar över en fastighet med ett antal pensionärlägenheter, samlingslokaler och bibliotek. Teaterförbundets medlemmar som gått i pension kan söka sig till stiftelsen som hyresgäster.^[30]

Biståndsbedömda behov

Biståndsbedömningen kan organiseras på olika sätt med olika effekter på de äldres valmöjligheter, självbestämmande och välbefinnande samt biståndshandläggarnas och omsorgspersonalens arbete.

Ett exempel är att bryta ut viss service ur den individuella biståndsbedömningen i enlighet med befogenhetslagen, dvs. servicetjänster som förebygger skador, olycksfall och ohälsa men som inte utgör personlig omvårdnad. Vissa kommuner tillämpar således schabloner t.ex. för hur mycket gratis ”fixartjänster” äldre över en viss ålder kan få. Inom de givna ramarna bestämmer då individerna själva om och på vilket sätt de vill utnyttja dessa tjänster. I viss mån avlastar detta också biståndsbedömningen.^[31]

All biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen görs dock individuellt och i en handläggningsprocess som består av ansökan, utredning och beslut. Utredningarna ska emellertid inte vara mer omfattande än vad som är motiverat av omständigheterna och typen av ärende. Om en enskild endast ansöker om begränsade hemtjänstinsatser av servicekaraktär behövs i regel inte några omfattande kartläggningar. Ett samtal med den hjälpsökande kan i många fall vara tillräckligt och hembesök är inte alltid nödvändiga.^[32]

29 Kommunal 2014

30 Hedborg, 2014

31 Socialstyrelsen 2013, Fumarola Unsgaard 2014

32 Socialstyrelsen 2013

Kommunerna kan ha riktlinjer för vad som kommer att kallas en ”förenklad” biståndsbedömning. Huvudsaken är att riktlinjerna inte utformas så att enskilda riskerar att nekas en insats som de har rätt till.^[33]

I Norrköping pågår ett försök som innebär att de serviceinsatser som en person fått beviljade i hemtjänst skapar en tidsram, ”Mina timmar”. Individerna förfogar över dessa och kan välja serviceinsatser från en meny. På menyn finns exempelvis hjälp med inköp, ärenden, promenader, städning och tvätt. I Göteborg har man infört individuell ramtid vid biståndsbeslut (i stället för som tidigare beslut om olika specifika insatser) och brukaren får i samråd med sin personliga kontaktperson i hemtjänsten planera hur tiden ska användas. Målet med den här typen av förändringar är att de ska ge mer makt till de äldre och attraktivare jobb för personalen.^[34]

I de fall de äldre tillsammans med en utförare förfogar över en begränsad (tids)budget blir bedömningen av nivån på budgeten, målen och uppföljningen avgörande för behovsstyrningen. I fråga om privata företag går det dock att toppa upp med rutavdrag, vilket leder till ojämlikhet och efterfrågestyrning snarare än behovsstyrning, men bortsett från detta borde det gå att inom dylika system kombinera behovsstyrning och valfrihet.^[35]

Biståndsbesluten kan bli mindre detaljerade i en organisation som bygger på professionalitet och medbestämmande. Personalen kan modifiera och komplettera insatserna allteftersom. Inom en sådan organisation kan också de hjälpbehövande, inom behovsbedömningens resursramar, själva välja innehåll, vad som är viktigast för dem, t.ex. att handla en extra gång eller att få sällskap på en promenad. Det handlar då om ”riktiga” val och det kan vara viktigare än att välja hemtjänstfirma.^[36]

De äldre känner inte alltid till sina rättigheter. Biståndsbedömaren ska informera om rätten att överklaga biståndsbesluten till förvaltningsrätten. Avslag kan överklagas men om man fått beviljat det man ansökt om har man naturligtvis inget att överklaga. Om man senare ändå känner sig otillfredsställd eller missförstådd får man ta itu med att komma in med en ny ansökan. Som vi såg ovan överklagar dock få äldre biståndsbesluten även om det i högsta grad lönar sig att överklaga.

Vårdcentraler och läkare

Patienterna har rätt till ett bra bemötande och ska ha inflytande över undersökningar och behandlingar. Vid livshotande eller allvarlig sjukdom har man rätt till en s.k. second opinion. Remisser krävs inte till vårdcentraler och akutmottagningar. I övrigt bestämmer landsting och regioner vad som ska vara remissfritt, vilket gör att det varierar över landet. I många landsting kan man beställa tid direkt hos specialiserade läkare. Ibland kan det då krävas en s.k. egenmälan. Man kan dock inte remittera sig själv till högspecialiserad vård och röntgen.

De äldre har således vissa möjligheter att styra sin sjukvård. Man kan dock i regel inte tvinga till sig patenträttigheterna genom att överklaga till domstol. Men man kan klaga. (Jfr nedan.)

33 Socialstyrelsen 2013

34 Stockholmsstidningen 2015

35 Andersson 2014b

36 Sandberg 2014, se vidare 4.2.2 Personal och 4.3 Effektivitet i kommunerna.

Information, rådgivning, kontakter

Biståndsbedömare ska vara neutrala i sin *information* om utförare av hemtjänst etc. Stockholms kommun, med LOV-system, bistår exempelvis inte de äldre med råd om val av utförare av hemtjänst. De som inte kan eller vill välja hamnar i ”icke kundval”. För dem finns företag som accepterat att ta emot icke-väljande hemtjänstberättigade. Månadsvis är det ett av dessa företag som får ta sig an dessa icke-väljande brukare.

I många kommuner finns en äldreombudsman som de äldre kan vända sig till för upplysningar. I Stockholm handlar det om att ringa till Äldre direkt eftersom äldreombudsmannen för närvarande fysiskt inte finns på plats. Äldre direkt kan t.ex. hjälpa de äldre att orientera sig bland de 219 hemtjänstföretagen och komma med förslag på hemtjänstföretag utifrån individens önskemål och den information Äldre direkt har och som också ligger ute på nätet.

För *klagomål* på hemtjänsten ska man i första hand vända sig till verksamhetschefen på företaget. Om det inte hjälper kan man kontakta biståndshandläggarna. En sista utväg är att byta företag. Få äldre utnyttjar dock denna möjlighet – endast ca tre procent.^[37] För den kommunala hemsjukvården kan man kontakta MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Rådgivningsproblematiken är naturligtvis störst i kommuner med många utförare. Det borde gå att organisera ett uppföljningssystem i kommunerna som också är anpassat till rådgivning om hemtjänst. Men det kräver att den aspekten finns med redan i upphandlingsunderlagen och kvalifikationskraven i LOV-system. En benchmarking skulle sedan kunna konstrueras med en kvalitetsinstitution, t.ex. Röda Korset eller hemtjänst i kommunens regi, som jämförelsealternativ. Men det går inte att sticka under stol med att det kan vara svårt att genomföra en benchmarking i flera dimensioner med många utförare. En kommun som vill ta allvarligt på rådgivningen måste kanske satsa på att få ner antalet utförare till en rimlig nivå. Givet att man i kommunen får fram en benchmarking skulle dock biståndshandläggarna kunna tillhandahålla denna. Biståndshandläggaren skulle därmed få ett bredare register för sina kontakter med de äldre och kunna bli den naturliga *kontaktpunkten* för dem och deras anhöriga. I en sådan situation skulle ”ickevalen” kunna minska men de äldre som ändå inte kan eller vill välja borde tilldelas en kvalitetssäkrad utförare. (Se även nedan avsnitt 4.2.4 Utförare.)

För att underlätta övergången till ordinarie boende efter en vistelse på sjukhus har vissa kommuner organiserat sig så att de har en kommunalt anställd person placerad på sjukhuset som hjälper till med kontakterna. Ett annat alternativ är att den fasta läkarkontakten på vårdcentralen med länkar till biståndshandläggaren och kommunens hemsjukvård etc. hanterar den frågan.

Nationell tillsynsmyndighet för vård och omsorg är Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Dit kan man vända sig om man tycker att det finns brister i socialtjänstverksamheten eller om man har synpunkter och klagomål på vården.

För information i vårdfrågor kan man alltid vända sig till Sjukvårds-

37 Andersson 2014b

rådgivningen 1177, för vårdgarantin och väntetider till Vårdgarantikansliet.

Precis som gentemot kommunen och biståndsbedömningen kan de äldre känna sig i underläge gentemot läkarna på vårdcentralerna. De vet inte vad de har rätt att begära. Man kan för synpunkter och klagomål *kontakta* vårdpersonalen, läkare och verksamhetschefer på mottagningsarna. Många landsting har dessutom patientombudsmän/patientombud/patientvägledare som man kan vända sig till. Vidare ska patientnämnder finnas i alla landsting. Den tar emot klagomål och synpunkter, inklusive på den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner och den allmänna omvårdnad som man enligt socialtjänstlagen får i samband med hälso- och sjukvård. Man kan naturligtvis också rösta med fötterna och byta vårdcentral och mottagning om man inte är nöjd med vården även om det inte är så vanligt bland äldre.

När det gäller privata rut-tjänster gäller de traditionella vägarna för information och klagomål: kommunal konsumentupplysning, Allmänna reklamationsnämnden (ARN), konsumentombudsmannen och marknadsdomstolen. Att på förhand eller i efterhand ta sig fram på dessa vägar klarar antagligen få äldre ut på egen hand. Ju mer rut-tjänster de äldre har tillgång till, desto större problem kan detta bli. I den mån det finns anhöriga är det kanske de som i första hand riskerar att drabbas.

Anhöriga

Det är kommunerna som enligt socialtjänstlagen är skyldiga att erbjuda olika former av stöd till anhöriga. Vilken typ av stöd man kan få varierar dock mellan kommunerna. Till akutella stöd hör: avlösning, växelvård, hjälp en del av dygnet (från t.ex. hemtjänsten), dagverksamhet, samtal och stödgrupper samt ekonomisk ersättning.

Information om anhörigstöd kan man t.ex. få från kommunens äldreombudsman och landstingets patientombudsman. En del kommuner erbjuder anhörigstöd via nätet (www.gapet.se).

De anhöriga ska vända sig till biståndshandläggaren som utreder och bedömer behoven av anhörigstöd.

Det arbete de anhöriga i dagsläget får ta på sig består dels av samordning, administration, kontakter, kontroller och överklaganden å den närståendes vägnar, dels av service, omsorg och vård av den närstående.

Samordningen underlättas med organiserade fasta kontaktpunkter.

Som försvarare har de anhöriga att ”tampas med myndigheten – överheten”. De måste klaga och ”ligga på” för att de äldre ska få sin berättigade äldrevård.^[38]

Som inspektörer har de att kontrollera att det bistånd som beviljats verkligen blir utfört och med den förväntade kvaliteten avseende personalkontinuitet, omsorgens innehåll och tid för att utveckla relationen mellan omsorgstagaren och omsorgsgivaren.

Att minska ofrivillig anhörigvård är snarast en resursfråga.

Det finns många bra regler om bemötande och planering rörande de äldre.

Det praktiska utfallet av dessa regler beror dock på personalen och

kommunerna. Vilka förutsättningar har personalen att leva upp till idealen? (Se vidare avsnitt 4.2.2 Personal.) Vilka politiska prioriteringar gör kommunerna av äldreomsorgen? (Se avsnitten 4.3 och 4.4 om kommunerna).

Kommunernas och landstingens prioriteringar varierar. Ett exempel är hemsjukvården där a) vissa kommuner tagit över den från landstingen, andra inte; b) det sätt de gjort det på ser mycket olika ut. I kapitel 5 återkommer vi till olika reformer som bl.a. syftar till att styra upp villkoren och förutsättningarna i kommunerna för en mer jämlik äldrevård.

4.2.2 Personal

Många kategorier personal ingår i äldreomsorgen: biståndsbedömare, vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, allmänläkare, specialistläkare och verksamhetschefer för äldreomsorgens olika enheter i kommunerna och inom sjukvården.

All personal är viktig för kvalitet i mötet med de äldre. Alla anställda har behov av utbildning, utveckling och karriärmöjligheter. Knappa resurser och dålig organisation leder dock till olika problem för olika personalgrupper.

Delar av service- och vårddyrkena har låg status. Det är verksamheter med många visstidsanställningar, deltider, timanställda, pressade tidscheman och scheman med delade turer. Arbetsvillkoren är dåliga och lönerna låga. Ofta saknas kollektivavtal. Exempelvis har endast 50 procent av LOV-företagen i Stockholm kollektivavtal. Den stressiga arbetsmiljön leder till hög sjukfrånvaro, stor personalrörlighet och tidiga pensionsavgångar.^[39]

Begränsade resurser och personalansvar gör att verksamhetscheferna står i korsdrag. Å ena sidan kommer förväntningar uppifrån om kvalitet i verksamheten men att budgeten ändå ska hållas. Å andra sidan möts de av krav från omsorgsarbetarna och de äldre på att klara ut spänningarna mellan målen och budgetramarna. I genomsnitt har varje chef direkt personalansvar för cirka 50 personer.^[40]

Även biståndshandläggarna pressas mellan budgetkrav och behov och förväntningar hos de äldre och deras anhöriga. Deras arbetsituation är mycket ansträngd i många kommuner. En undersökning visade att 85 procent av handläggarna tyckte att de hade en hög eller mycket hög arbetsbelastning.^[41]

I Socialstyrelsens Öppna jämförelser om äldreomsorgen redovisas antalet brukare per handläggare. Det har visserligen minskat något det senaste året men ligger i genomsnitt fortfarande på 143 brukare per handläggare. Av de 235 kommuner som svarat på undersökningen har handläggarna fått färre brukare i 174 kommuner och fler i 58 kommuner. I Linköping, som toppar listan, har handläggarna 290 brukare var. Fagersta är en av de kommuner som har flest brukare per handläggare, men lyckades under förra året minska antalet från 311 till 202.^[42]

39 Fumarola Unsgaard 2014

40 Thelin & Wolmesjö 2014

41 Vision 2015

42 Vision 2015

Kommentarer om organisatoriska lösningar

En professionaliserad äldreomsorg skulle kunna ha sjukvården som föredöme med dess kvalifikationskrav och professionella självständighet.^[43]

Alla omsorgsarbetare borde ha omvårdnadsutbildning, och dessutom få kompetensutveckling. Också i hemtjänsten kunde man arbeta med specialiserade team, certifierade specialteam.

Det finns exempel på att man lyckats organisera hemtjänsten på ett effektivt sätt med goda kvalitativa och ekonomiska resultat.^[44] Med områdesansvar kan tiden som inte används tillsammans med brukarna (t.ex. för resor) minska. Med team och fasta personalgrupper (inklusive fasta vikarier) ökar förutsättningarna för god omsorg.

Karriärmöjligheter kan ligga i att redan servicen inom hemtjänsten ses som en del i omvårdnaden. Då blir det naturligt att personalen kan utvecklas till att ta hand om allt mer krävande omsorgsuppgifter, och kan gå vidare till att bli teamledare, utbildare och handledare. Kompetensutveckling bör ges så att t.ex. även vårdbiträden och undersköterskor kan genomföra sådant som ”kraftgivande samtal” med omsorgstagarna.

Brukarnas trygghet kan öka och stressen för de anställda minska om man fokuserar på kontinuitet – personkontinuitet, omsorgskontinuitet och tidskontinuitet – tillsammans med lättbegriplig information redan från första början. Personalteamet (vårdbiträden, undersköterskor, biståndshandläggare, distriktssköterska och områdeschef) kan självt ansvara för helheten, hyra in vikarier och planera så att variationerna i kundernas behov kan mötas från dag till dag.

Verksamhetscheferna måste ha rimliga verksamhetsområden med hanterbar geografisk spridning och rimligt antal enheter och underställda för att man ska få en bra organisation och ett bra ledarskap. Cheferna har också behov av professionell handledning, kompetensutveckling och administrativt stöd.^[45]

Biståndshandläggarnas situation är svår, klämda som de är mellan olika krav och önskemål. En nationell satsning, motsvarande den som gjorts för första linjens chefer inom äldreomsorgen i form av en politiskt finansierad utbildning, skulle vara motiverad även för biståndshandläggarna och kunna verka utjämnande, stärka professionen och utveckla kompetensen hos dem.^[46]

Hur ledarskapet i omsorgen, biståndsbedömningen och hemtjänsten ska organiseras är främst en kommunal fråga. Kommunfullmäktige måste stå för den strategiska planeringen och kommunstyrelse för genomförande, uppföljning och tillsyn i förhållande till mål i lagstiftning och planering. Hur verksamheten ska styras är av central betydelse. Ska det ske via marknader och konkurrens eller i offentlig regi. I det senare fallet finns många varianter av styrning: ett traditionellt hierarkiskt mer eller mindre detaljstyrt system, ett managementsystem med resultatstyrning eller en styrning som bygger på professionalitet, tillit, kompetensutveckling, medbestämmande och brukarinflytande. Den avgörande frågan är att få en

43 Andersson 2014b

44 Se t.ex. Sundsvall, Skönsmon, Sandberg 2014.

45 Fumarola Unsgaard 2014, Thelin & Wolmesjö 2014

46 Thelin & Wolmesjö 2014

smartare äldreomsorg, inte en mer anorektisk. (Jfr nedan 4.2.4 Utförare och 4.3 Effektivitet i kommunerna.)

Det kan vara tveksamt om det går att få till stånd angelägna organisationsförändringar med många små enheter i konkurrens i hemtjänsten. Så länge kommunen har viss verksamhet i egen regi kanske det kan vara möjligt. Kommunen kan genomföra pilotprojekt inom den egna verksamheten. Utifrån dem kan man få kunskap om vad man kan kräva av privata aktörer och till vilka kostnader. Sedan gäller det att ställa de rätta kraven vid upphandlingar och på utförare som vill kvalificera sig i valfrihetssystem.

Vissa uppgifter i personalsammanhang ligger på staten:

- Att se till att lagstiftningen, t.ex. LOU (lag om offentlig upphandling) och LOV, ger de rätta förutsättningarna för att säkra en god äldreomsorg (se nedan 4.2.4 Utförare)
- Att verka för att det utbildas tillräckligt med läkare (allmänläkare, geriatriker etc.), sjuksköterskor etc.

4.2.3 Utveckling och innovation

Man har på sina håll förväntat sig att upphandling och valfrihetssystem skulle leda till nytänkande, innovationer och utveckling av nya arbetsätt, ny teknik och nya metoder. Så verkar inte ha blivit fallet i hemtjänsten och vad gäller vårdcentralerna.^[47] Förklaringarna kan vara flera. Upphandlingarna och ersättningarna i valfrihetssystemen kan mest ha gått ut på att pressa priserna. Man har inte upphandlat och betalat för resultat och innovation. Styrande krav, tillsyn och kontroller har också minskat utrymmet för nytänkande.

Mycket forskning och utveckling pågår dock inom området IT, elektronik och big data även om tillämpningarna i praktiken ibland stöter på patroll. Viss ny teknik har uppfattats som kränkande för personalen eller de äldre. Ett exempel är Paragå, ett system där hemtjänstpersonalen loggar in och ut när de besöker äldre och kryssar för utförda arbetsmoment. Varje moment har försetts med ett visst antal minuter enligt en schablon. Det här systemet är obligatoriskt för alla hemtjänstföretag i Stockholm. Å ena sidan kan personalen känna sig övervakad. Å andra sidan skulle systemet kunna användas för att få till stånd en realistisk och t.o.m. kvalitetssäkrad tidsram för arbetet.

Ett annat exempel är digitala sensorgolv som på äldreboendet i Hälleborg. Dessa golv känner t.ex. av när en person faller, stiger upp på natten eller går på toaletten, och hur länge den äldre stannar där.^[48] Det måste finnas en samsyn mellan de boende, deras anhöriga och personalen om hur tekniken ska användas och om den över huvud taget ska utnyttjas. Den kan ge ökad trygghet samtidigt som den äldre kan känna sig onödigt kontrollerad. Och frågan är vad som händer med personalen. Blir det mindre bemanning?

Mycket av forskningen och utvecklingen ser dock lovande ut om den

⁴⁷ Sandberg 2014, Riksrevisionen 2014

⁴⁸ Sveriges Radio 2014b

används på rätt sätt. Inom omsorgen kan man exempelvis använda IT för att hålla kontakt och samtala med de äldre via skärmar. Nattkameror kan utnyttjas för övervakning utan att störa de äldre.

Hjälpmiddel kan utvecklas för att trösta och aktivera äldre, inte minst äldre dementa, som robotkatter, digitala cykelmonitorer (BikeAround) och surfplattor. De senare kan användas för spel och kontakt med omvärlden och med dem kan man också fotografera och dokumentera aktiviteter att visa upp för besökare.

Inom vården utvecklas telemedicin, läkarsamtal på distans, distansstöd till mindre erfarna kirurger etc.

Primärvård och kommun kan få beslutsstöd för förebyggande insatser via big data och data mining. Man kan utveckla nya metoder för att arbeta med specifika patientgrupper.^[49]

Behovsdriven forskning utförs inom vården för att utveckla den innovationskraft som finns hos dem som jobbar i vården. Det kan dock vara värt att påpeka att all utveckling inte handlar om teknisk hårdvara. Försök pågår t.ex. med att använda verkliga djur, t.ex. vårdhundar, för att lugna och trösta äldre och dementa. Besök på museer med utställningar om gamla tider kan också väcka minnen och vara stimulerande för äldre och dementa. (Jfr Nordiska museets utställning med en rekonstruerad HSB-lägenhet.)

Som ett exempel på en sammanhållen satsning på modern välfärdsteknik kan nämnas det arbete som dragit i gång i Göteborg. Nya tekniska hjälpmedel ska underlätta och göra livet tryggare för de äldre: exempelvis bildtelefon, ljusslingor i golvet från sängen till toaletten nattetid, kameraövervakning, så att de som har regelbunden tillsyn inte behöver bli väckta på natten, GPS för dementa, trygghetskameror för ytterdörren och larm som aktiveras om en brukare inte varit i köket på ett tag. Rörliga visningar av konstutställningar eller andra evenemang ska också kunna berika livet för den som sitter ensam i sin lägenhet. Dagens nyckelknipor kommer att ersättas med fungerande kodlås hos de äldre. Bärbara rapportredskap ska göra att personalen slipper åka tillbaka till ”kontoret” och slåss om datorerna. Man räknar med att de höga sjukskrivningsnivåerna ska motverkas genom modern teknik och arbetsmiljö-satsningar.

En undersökning visar också att nästan samtliga socialchefer anser att innovationer kan bidra till bättre kvalitet, effektivitet och användbarhet i verksamheten – för medarbetare, för medborgare och för välfärden. Stora kommuner ligger i topp på innovationsarbete medan mindre kommuner inte har det i lika hög grad. Över hälften av socialcheferna i enkäten svarade att kommunen har strukturer som stödjer innovationsarbete. De framhåller också att till de specifika utmaningarna för att bedriva innovationsarbete i en politiskt styrd verksamhet, såsom socialtjänsten, hör behovet av långsiktighet.^[50]



Man har på sina håll förväntat sig att upphandling och valfrihetssystem skulle leda till nytänkande, innovationer och utveckling av nya arbetsätt, ny teknik och nya metoder.

49 Institutet för framtidsstudier 2014

50 Vision 2014

Kommentarer om organisatoriska lösningar

Man kan tänka sig två spår. Å ena sidan kan det vara viktigt att fortsätta att utveckla upphandling och ersättningskriterierna i valfrihetssystem så att de stimulerar innovationer. Det gäller att försöka få varje enskild vård- och omsorgsgivare att ta ansvar för hela omsorgskedjan, jobba förebyggande och satsa på kvalitet. Det kan ske genom ersättning för resultat eller per patient, långa kontrakt, incitament för vård- och omsorgsgivarna att jobba tillsammans och att införa LOV för områden som saknas för att vård- och omsorgskedjorna ska bli fullständiga. Problemet med att betala för innovationsresultat är att det är svårt för beställaren att kontrollera att man får valuta för pengarna, att det inte bara blir vinst av det man betalar utöver kortsiktigt kostnadsminimum (om man nu känner till var det ligger). Att välja företag blir i det sammanhanget viktigt.^[51] (Se nedan 4.2.4 Utförare.)

Å andra sidan kan det vara klokt att utveckla en systematisk organisation för FoU, innovation och metodutveckling. Landsting kan driva projekt med vårdcentraler som spjutspets och kommuner med hemtjänst som spjutspets. Viktigt i dessa fall är att värna ett öppet klimat. Innovationer kan vara stökiga. Och komma från oväntade håll.

Både den upphandlingsinriktade och den projektinriktade utvecklingsstrategin kräver långsiktighet från kommuner och landsting, en viktig fråga som återkommer i avsnitt 4.3 om effektivitet i kommunerna.

Staten kan komplettera med nationella program för nya läkemedel, nya behandlingsmetoder, nya vård- och omsorgsprocesser samt IT för vård och egenvård.

Det behövs även nationella kunskapscentrum för att sprida kunskaper och erfarenheter av innovationer och stödja lokala utvecklingsprojekt.^[52] En viktig aspekt i detta är att arbeta med övergången från FoU till praktiken så att tekniken blir till verklig nytta i äldreomsorgen och inte utarmar den. Men det gäller även för kommunerna att lära av varandra. Hur mycket behöver bra hemtjänst och bra äldreboenden kosta? Enligt en ESO-studie^[53] är variationerna mellan kommunerna i kostnaderna för äldreomsorgen mycket stora och utan relation till kvalitet. (Se vidare 4.2.4 Utförare)

4.2.4 Utförare

I avsnitten om individer och innovation har vi sett att ett stort antal utförare, upphandlade och i valfrihetssystem, kan skapa problem. Detsamma gäller kommunernas beställarrelationer i förhållande till utförarna.

LOU och LOV kan leda till en fragmentisering av äldreomsorgen med utförare av hemtjänst, vårdcentraler och äldreboenden i egen regi, på upphandlad entreprenad (med aktörer som är privata, ideella eller i egen regi) och etablerade i valfrihetssystem (med aktörer som är privata, ideella eller i egen regi). Fragmentiseringen riskerar att leda till ineffektivitet då inget områdesansvar utövas, inga skalfördelar uppnås och kostnaderna för kontroll och verifiering växer.

51 Sandberg 2014

52 Häggroth & Andersson 2014, Fumarola Unsgaard 2014

53 Arnek 2014

Kommunen behöver utveckla en strategi för information och uppföljning som kan passa olika ändamål: redovisning till fullmäktige, resultatstyrning för ett medborgarperspektiv och benchmarking, som kan användas som underlag för biståndsbedömare i deras kontakter med de äldre och deras närstående.^[54]

De strategier som behövs för information och uppföljning ser olika ut för LOV (valfrihetssystem), LOU (upphandling) och egen regi. För *upphandling* måste kommunerna kunna utveckla kriterier och regler. I upphandlingsunderlagen bör finnas kvalitetskrav, krav på bemanning, kontinuitet, utbildningsnivå, arbetsvillkor, meddelarfrihet, rätt till kollektivavtal, rätt till heltid, rätt till kompetensutveckling, rimliga scheman, bra löneutveckling eller motsvarande, regler om uppsägning av avtal om inte kvalitetskrav och andra villkor uppfylls och full insyn i hur skattemedel används.^[55] Kommunen behöver också precisera hur uppföljningen ska gå till och vilken rapportering som krävs av utförarna.

Upphandlingsutredningen och andra utredare^[56] har konstaterat att med EU:s nya direktiv, men redan med tidigare lagstiftning, finns möjligheter att upphandla på ett socialt ansvarsfullt sätt och t.ex. kräva kollektivavtal/kollektivavtalsliknande former/standarder i branschen. Dessa möjligheter har dock ofta fått stå tillbaka för upphandlingar som utgått ifrån lägsta pris. En anledning är osäkerhet. Många kommunjurister, inte minst i små kommuner, har inte kompetens nog att våga genomföra anorlunda upphandlingar. Regeringen har föreslagit att en ny myndighet ska få ansvar för upphandlingsstödet (jfr nedan).

Med LOV-system är etableringsvillkoren för utförare och ersättningsystemen viktiga styrinstrument. Genom strikta kvalifikationskrav och ersättningsvillkor har kommunerna möjligheter att se till att man får utförare som man har förtroende för. Ersättningsvillkoren kan sättas så att de styr rätt, går att följa upp och vid behov justeras. Kommunerna bör också kunna begära information t.ex. från hemtjänstutförarna om när på dygnet omsorg ges, andelen personal med vårdutbildning, språkkunskaper och var maten lagas, och från de särskilda boendena om lägenheternas storlek, bemanning olika delar av dygnet, möjligheter till egen matlagning, personalens språkkunskaper, självbestämmande, aktiviteter och läkemedelsgenomgångar.

Med utförare i *egen regi* kan kommunen direktstyra verksamheten. Vill man verka i den traditionella hierarkiska modellen, en modell med managementstyrning à la NPM (New Public Management) eller en modell med styrning som bygger på professionalitet, tillit, kompetensutveckling, medbestämmande och brukarinflytande? Problemet med de två första metoderna är att de mer eller mindre automatiskt verkar leda till detaljstyrning. Det finns i samhället för närvarande en trend mot styrning med mindre detaljregler och mer utförandeansvar för yrkesutbildad personal.^[57]

54 Häggroth & Andersson 2014

55 Häggroth & Andersson 2014

56 SOU 2013:12, Sandberg 2014

57 Sandberg 2014

Kommentarer

Kommunerna behöver ha ett hanterbart antal utförare för att kunna bevaka kostnader och kvalitet och för att kunna bygga rimliga jämförelse- och rådgivningssystem. En jämlik behovsbaserad äldreomsorg är knappast förenlig med hundratals leverantörer.



En effektiv kommunal organisation spar resurser som kan användas i verksamheten.

Kommunerna behöver utförarsystem där personalen och de äldre kommer till sin rätt. Frågan om i vilken utsträckning det går att få in dessa aspekter i LOU- och LOV-system återstår att besvara.

För att kunna bevaka kostnaderna i äldreomsorgen kan kommunerna förlita sig på jämförelser, dels med utförare i egen regi, dels med utförare i andra kommuner. Som noteras ovan i anslutning till en ESO-studie verkar det senare vara en viktig outnyttjad källa när det gäller att undersöka relationerna mellan kostnader och kvalitet.

Kommunerna måste besluta om styrning och utförar-mix. Hur mycket marknad ska man ha? Hur mycket kommunalt ansvar plus professionalism? Vilka idéburna företag? Vad ger de bästa förutsättningarna för en god äldreomsorg?

Regeringen har aviserat att den vill se över lagstiftningen kring välfärdsföretagen. Det handlar bl.a. om vinster i välfärden men också om andra aspekter: hur man ska kunna kombinera valfrihet och kvalitet, att finna juridiska former för samarbete mellan offentlig och ideell sektor, t.ex. genom samverkansavtal med ideella aktörer och reserverade kontrakt. Kanske behövs tillståndsprövning för alla företag, privata såväl som offentliga. I olika avseenden kan villkoren för små, kooperativa och ideella utförare behöva ses över så att de blir likvärdiga med dem som råder för privata och offentliga företag. Andra exempel på frågor som kan komma att ingå i en utredning om välfärdsföretagen är att ge kommuner rätt att stoppa bolag som undvikit skatt så att förutsättningarna för en rättvis konkurrens kan upprätthållas, och att införa meddelarfrihet i privata företag.^[58]

Det finns också en diskussion om:

- Möjligheter att erbjuda tilläggstjänster inom hemtjänst även för offentliga utförare och inte bara privata.^[59]
- Om det behövs regler som hindrar kommuner att prissätta sig ur marknaden i äldreomsorgen.
- Hur specifik lagstiftningen ska vara. Får man bäst kvalitet genom en flexibel lagstiftning med utrymme för lokala lösningar, utan statlig detaljstyrning (med krav på personaltätheten, bemanningen, personalens utbildning etc.)? Det finns en trend mot en framtida styrning med mindre detaljregler och mer ansvar för utförande på personalen, yrkesutbildad personal i hemtjänst, på särskilda boenden, vårdcentraler och sjukhus.^[60]

58 Sandberg 2014, Dagens Arena 2014, Svenska Dagbladet 2014

59 Hedborg 2014, Häggroth & Andersson 2014

60 Häggroth & Andersson 2014

Regeringen har i budgetpropositionen för 2015 föreslagit att upphandlingsstödet flyttas till en ny myndighet. En utredare har utsetts för att förbereda bildandet av myndigheten till september 2015. Den nya myndigheten ska få i uppgift att ge stöd, information och vägledning till alla offentliga aktörer som sysslar med upphandling.^[61]

4.2.5 Sammanfattning

Det finns många problem som skulle kunna attackeras med organisatoriska lösningar. Utmaningen är att få en fungerande helhet, en helhet som kan accepteras av flertalet som en rimlig grad av generell välfärd. I vilken utsträckning och på vilka områden kan efterfrågan få styra och på vilka ska behovet styra?

Kommunen är en huvudaktör i äldreomsorgen. Kommunerna har många angelägna utvecklingsfrågor att ta ställning till och kan ha mycket att lära av varandra. Samarbete mellan kommunerna kan hjälpa till att lösa problemen. Men statligt stöd behövs också. I vissa fall även nya statliga regler.

Genom att kommunen är en så viktig aktör talar mycket för att problemen som diskuteras under rubrikerna Individerna, Personalen, Utveckling och innovation och Utförare lättare skulle kunna lösas i vad som i avsnitt 4.1 betecknades som en kommunmodell snarare än i en landstingsmodell.

4.3 Effektivitet i kommunerna

Kommunerna har, som vi var inne på tidigare, en avgörande roll att spela i äldreomsorgen. En effektiv kommunal organisation spar resurser som kan användas i verksamheten. Planeringen i kommunerna bör vara långsiktig bl.a. för att kunna beakta de kommande demografiska förändringarna och klara av utveckling och innovation inom äldrevården. Ett önskemål är att kommunerna genomför en planering med 15–20-åriga framskrivningar och prognoser.^[62]

Kommunfullmäktige måste ta på sig de strategiska uppgifterna. Kommunstyrelsen har sedan att stå för genomförandet, uppföljning och tillsyn i förhållande till de strategiska målen.

Målen i den strategiska planeringen bör vara relativt få och inte alltför allmänt hållna. De måste vara kända av organisationen och spela roll exempelvis för förfrågningsunderlagen vid upphandling.

Inom äldreomsorgen handlar det om myndighetsutövande, biståndsbedömning, kostnadsbevakning och produktion av välfärdstjänster av olika offentliga och andra utförare. Kommunen har att välja vilken typ och vilken mix av utförare man vill ha och besluta vilka styrmodeller som ska tillämpas: hierarkiska, målstyrda enligt NPM eller professionella styrmodeller inom den egna verksamheten, upphandling och/eller LOV-system visavi privata och ideella organisationer.

Statens uppgift i detta sammanhang kan vara att undersöka om det behövs en ny kommunallag för att exempelvis få till stånd en tydligare

61 Direktiv 2014

62 Häggroth & Andersson 2014

ansvarsfördelning inom kommunerna och en bättre revision.^[63]

En annan fråga är om förutsättningarna för kommunerna att arbeta långsiktigt behöver förbättras. I det mer kortsiktiga perspektivet handlar det om att regeringen kan behöva ingripa om kommuner går back flera år i rad. Både det långsiktiga arbetet med att få bärkraftiga kommuner och det kortsiktiga rekonstruktionsarbetet kan omfatta förslagen nedan i avsnitt 4.4 Små kommuner.

Staten kan också i detta, liksom i tidigare sammanhang, bidra med kunskapsunderlag.

Särskilt i en kommunmodell i enlighet med avsnitt 4.1.1 är det viktigt att arbeta med effektivitetsproblemen.

4.4 Små kommuner

Små kommuner har svårt att finansiera och organisera en äldreomsorg med hög kvalitet. För att råda bot på detta finns ett antal möjligheter:

- Samverkan mellan kommuner
- Kommunsammanslagningar
- Kommunala samverkansområden
- Kommunalförbund
- Lyft av ansvar från kommunerna
- Nationell finansiering.

Försök med ”*samverkan*” har ofta gett magra resultat. Man måste kunna ta steget från samverkan till samarbete. Samarbete kring långsiktiga projekt som man har gemensamt intresse av kan ha större chans att lyckas. Kommunala äldrecentrum som flera kommuner samarbetar kring kan vara ett exempel.

Kommunsammanslagningar, där små kommuner med låg skattekraft slås samman med näraliggande kommuner med större skattekraft, kan vara en möjlighet. Staten kan stödja och uppmuntra en dylik utveckling. Om exempelvis en kommun som ska gå in i en kommunsammanslagning har skulder skulle staten kunna skriva av dem. Det är också bra om skatteutjämningsystemet förändras så att det inte motverkar kommunsammanslagningar.^[64]

Ett annat statligt initiativ skulle kunna vara att dela in landet i kommunala *samverkansområden*. Staten kan fördela statsbidrag till samverkansområden. Ett strukturerat samarbete i sakfrågor kan vara bättre än samverkan mellan kommuner i olika frågor i kommunalförbund. Ansvarskommittén (2007) varnar för den oklarhet i samhällsorganisationen som kan uppstå och som försvårar ansvarsutkrävande vid alltför många och geografiskt varierande kommunalförbund.

Staten kan *lyfta av ansvar från kommunerna* för vissa frågor. Den socialförsäkring för äldreomsorg som diskuteras nedan i avsnitt 5.2 är ett exempel. Samarbetet mellan kommunerna och landstingen i äldreomsorgen skulle säkerligen underlättas om det fick ske med hjälp av extern finansiering. Små kommuner med dåligt med resurser återfinns ofta i landsting

63 Häggroth & Andersson 2014

64 Häggroth & Andersson 2014, Ansvarskommittén 2007

som också har dåligt med resurser. Enligt Häggroth och Andersson (2014) bedöms endast tre landsting ha den kritiska storleken för utveckling av det egna sjukvårdssystemet.

Nationell finansiering genom justeringar i skatteutjämningsystemet för att upprätthålla kvaliteten i äldreomsorgen och ökade statsbidrag till äldreomsorgen är exempel på vad staten i övrigt kan göra för att underlätta för de små kommunerna. Nationell finansiering kan utjämna skillnaderna mellan kommunerna inom äldreomsorgen. Väsentligen ökade statsbidrag lär dock inte komma till utan tydliga krav om motprestationer i fråga om kvalitet och effektivitet.^[65]

Äldrevården i kommunerna varierar inte bara p.g.a. att olika kommuner har olika resurser utan även p.g.a. att de styrs med olika politiska majoriteter. De reformer som diskuteras i avsnitt 5 skulle kunna leda till mindre skillnader mellan kommunerna även i det senare fallet. ●

65 Unsgaard 2014, se vidare avsnitt 5.3.

5. STÖRRE REFORMER OCH DERAS KRAV PÅ OMORGANISATION

De reformer som diskuteras i detta avsnitt, rättighetslagstiftning, socialförsäkring, nationalisering och privatisering av äldreservice är mycket olika till sin karaktär men skulle var och en på sitt sätt kunna stärka de äldres ställning. I viss utsträckning skulle de tre första dessutom kunna utjämna skillnaderna mellan kommunerna vilket i så fall skulle ske på bekostnad av det kommunala självbestämmandet. Men på vilken genomsnittlig nivå man skulle landa vad gäller genomsnittlig behovstäckning beror till syvende och sist på den politiska viljan bakom reformerna.

5.1 Rättighetslagstiftning

Enligt nuvarande formulering i socialtjänstlagen ska äldreomsorgen garantera de äldre ett värdigt liv, inte bara som tidigare leverera en skälig levnadsnivå. Trots detta finns åsikter om att det behövs en ny sociallagstiftning med starkare rättigheter för äldre.^[66]

Äldreomsorgen i Sverige är en social rättighet men ingen rättighet som lekmannen kanske tänker sig den. Innebörden i rättigheten är beroende av det ekonomiska läget och de politiska premisserna i kommunerna. Förutsättningarna för en nationellt rättvis äldreomsorg skulle kunna förbättras om vi fick en rättighetslagstiftning liknande den man har i LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.^[67]

En tydlig rättighetslagstiftning skulle enligt somliga kunna råda bot på den oro som beroendet av biståndshandläggare skapar hos de äldre. Om det offentliga åtagandet var definierat som en skattefinansierad rättighet kan möjligheterna öka att man får den vård som man anser sig ha rätt till.

Ju mer explicit lagstiftningen blir, desto mer utjämnande skulle den kunna bli, t.ex. genom att definiera vad som ska ingå i anhörigstöd, kommunal hemsjukvård etc.

Kommentarer

Uppföljningen av LSS-lagstiftningen visar på framgångar men också på problem som kan vara intressanta att inledningsvis kort notera. Reformen blev mycket dyrare än beräknat. Staten/Försäkringskassan har tagit över kostnaderna för personlig assistans utöver de grundläggande behoven om 20 timmar. Beslut om stöd fattas av politiker nationellt och i kommunerna med riktlinjer som resultat för handläggare på Försäkringskassan och i kommunerna. Behovsbedömningar görs dels av handläggarna, dels av domstolar. Rationaliteten bakom dessa olika slags beslut är inte nödvändigtvis densamma. Politisk rationalitet och budget är en sak, vårdrationalitet en annan och normrationalitet ytterligare en. Budgetbegränsningar har smugit sig in bakvägen genom detaljstyrning av stödbesluten. Betydande skillnader mellan kommuner kvarstår. Professionen har inte alltid fått det handlingsutrymme i sin verksamhet som ansetts yrkesmässigt

66 Andersson 2014a och b, Fumarola Unsgaard 2014

67 Andersson 2014b

motiverat. Dessutom har handledning och kompetensutveckling i långa stycken uteblivit.^[68]

En förstärkt lagstiftning för äldreomsorgen utan tillförsel av extra resurser riskerar att bli tandlös. Men å andra sidan skulle en rättighetslagstiftning knappast kunna införas när det gäller äldreomsorgen utan att den åtföljs av pengar: ökade statliga resurser antingen till kommunerna för det ytterligare ansvar lagstiftningen skulle lägga på dem eller till någon statlig myndighet för utbetalande av statsbidrag till kommunerna eller för direkthantering av vissa tillkommande delar i äldreomsorgen.

Det normala i Sverige har varit att medborgarna fått hävda sina intressen via politiken, inte via förhandlingar i domstol med rättigheter som ska tolkas av jurister. En rättighetslagstiftning blir lätt kostnadsdrivande då en del av beslutsfattandet flyttas till domstolar som inte har något budgetansvar. Vi har i det tidigare sett att det nuvarande äldrevårdssystemet i stor utsträckning bygger på behovsbedömande funktioner, s.k. ”grindvakter”, för att det inte ska bli för dyrt.^[69] Till dessa instanser hör verksamhetschefer, biståndsbedömare, inskrivningen vid vård- och omsorgsinrättningar, läkare som skriver remisser och slussar till jourläkare och ambulanstjänst. En fördyring av äldreomsorgen till följd av en rättighetslagstiftning kan leda till att en statlig myndighet måste inrättas med uppgift att bevaka/bromsa kostnadsutvecklingen.

Det är osäkert om äldrevården med en rättighetslagstiftning skulle komma att fördelas mer jämlikt efter behov och över landet. En allmän iakttagelse är att starka individer har störst möjligheter att hävda sig i formella sammanhang. Hur det skulle gå i detta fall beror på hur pass tydlig lagstiftningen skulle bli, hur väl informationen om den når ut till de äldre och deras företrädare och hur pass snabbt rättspraxis utvecklas och sprids.

Sammanfattningsvis garanterar inte en rättighetslagstiftning ett professionellt handlingsutrymme för handläggare och verksamhetsansvariga. Ytterst blir det en fråga om politisk vilja och resurser.

Skulle en rättighetslagstiftning ställa några krav på *organisationsförändringar* i kommunerna?

Lagstiftningen skulle kanske främst påverka volymen tjänster som kommunen ska prestera. Men kommunerna behöver i många fall hur som helst bygga upp en organisation som klarar av att expandera. Expansion kräver knappast i sig en omorganisering men understryker naturligtvis behovet av en effektiv organisation.

Kommunerna skulle ha kvar sitt tillhandahållandeansvar och fortfarande utforma det inom ramen för det kommunala självstyret givet lagstiftningen. Undantag skulle det bli för det första om staten skulle ta över delar av finansieringen och därmed kunna ställa krav på kommunerna, för det andra om lagstiftningen går in på detaljer kring hur verksamheten ska skötas på olika områden.

Kommunerna skulle få lägga mer tid på domstolsförhandlingar och följa utvecklingen av rättspraxis och anpassa sig till den, men det är ingen ny typ av verksamhet för kommunerna.

68 Arena Idé 2014

69 Andersson 2014a och b

5.2 Socialförsäkring för vård och omsorg av äldre

En socialförsäkring för vård och omsorg av äldre kan ges olika omfattning och utformning.^[70] För- och nackdelar med olika alternativ skulle behöva utredas noggrant om det blir aktuellt med en dylik försäkring, inte minst försäkringens omfattning och finansiering. Med en obligatorisk statlig försäkring skulle det ske en skatteväxling från kommunala skatter till försäkringsavgifter.

Förespråkare menar att

- Förutsättningar för en nationell rättvis äldreomsorg skulle förbättras om vi får en statlig äldrevårdsförsäkring. En försäkring skulle, liksom en rättighetslagstiftning, kunna innebära ett förtydligande av det offentliga åtagandet.
- En försäkring skulle kunna underlätta finansieringen av äldreomsorgen. En försäkringsavgift torde vara mer acceptabel för medborgarna att betala jämfört med allmänna skatter och nog lättare kunna höjas om så skulle anses nödvändigt.
- En obligatorisk försäkring kan minska pressen på små kommuner och premiera en god äldreomsorg. Med dagens finansiering representerar en inflyttad vårdtagare enbart en kostnad för kommunen, med en försäkring en intäkt till kommunen.
- Med en ”extern” finansiering skulle man också få mindre konflikter mellan kommun och landsting om kostnaderna för vård av äldre. Det skulle bli lättare för dem att samarbeta kring en effektiv vård när de får betalt från försäkringen. Även biståndsbedömarna skulle utsättas för en minskad press p.g.a. den ”externa” finansieringen och tydligare kunna bli medborgarens företrädare.^[71]

Mot detta står en rad nackdelar med en äldreförsäkring.

- Varför skulle man bryta ut just denna del ur den skattefinansierade välfärden?
- Acceptansen för den vanliga kommunalskatten skulle kunna påverkas negativt.^[72]
- En äldreförsäkring innebär en stor förändring i huvudmannskapet vilket alltid är riskabelt.^[73]
- I grund och botten skulle försäkringsavgiften vara en förtäckt skatt.
- Hur skulle relationen mellan inbetald försäkringsavgift och uttag av försäkringen se ut? En försäkringslösning skulle kunna skapa stora klyftor mellan rika och fattiga vilket en skattefinansierad och behovsprövad välfärd inte gör på samma sätt.
- Försäkringen riskerar att bli kostnadsdrivande, vilket är andra sidan av myntet att kommuner, landsting och biståndsbedömare arbetar friare med ”extern” finansiering.

70 Hedborg 2014, Andersson 2014a, Fumarola Unsgaard 2014

71 Hedborg 2014, Andersson 2014a

72 Häggroth & Andersson 2014

73 Häggroth & Andersson 2014

En försäkring skulle kunna *organiseras* på olika sätt med större eller mindre konsekvenser för kommunerna. Det finns inga färdiga, genomarbetade skisser på organisation i förhållande till olika försäkringsalternativ.

En variant skulle vara att organisatoriskt försöka lägga sig så nära det nuvarande systemet som möjligt. Kommunerna tillhandahåller hemtjänst och äldreboenden och har avtal med landstingen om sjukvård. Biståndshandläggare bedömer de äldres behov. Kommunerna får ersättning från centralt insamlade försäkringsavgifter och engagerar utförare antingen i egen regi, upphandlade eller i ett valfrihetsssystem. Den springande frågan blir då hur de centrala prislapparna sätts på de tjänster som kommunen enligt biståndsbedömningen har att prestera.

En annan mer centraliserad variant är att en nationell myndighet ansvarar för upphandling av vård och omsorg även om biståndsbedömningen kanske hanteras av kommunerna. Upphandlingen kunde riktas till kommunerna som i sin tur har andra aktörer som underleverantörer.

Man skulle få ha ett budgetansvar på central nivå för att bevaka kostnader och kvalitet. Sedan återstår det för den centrala nivån att kontrollera att man fått den kvantitet och kvalitet levererad som man beställt. Det kan bli en grannlaga uppgift då den centrala myndigheten inte har några egna produktionsenheter att jämföra med.

En fördel med en försäkring har ansetts vara att den skulle kunna göras portabel, d.v.s. även kunna finansiera vård och omsorg utomlands.^[74] Detta uppdrag skulle antagligen behöva organiseras separat. I ”kommunmodellen” passar det knappast in.

Kommunerna och landstingen skulle med en äldreförsäkring få en helt annan roll än i dagsläget. Att ordna upp verksamheten med utförare och personal skulle bli det centrala. Kommunerna skulle bli verksamhetsproducenter och beroende av de nationella schablonerna och/eller upphandlingskraven. I vilken mån dessa krav skulle stimulera eller motverka nytänkande och innovationer inom äldreomsorgen skulle återstå att se.

Det kommunala självstyret skulle med försäkringen få en helt annan och mer inskränkt definition än i dag. I utbyte mot ”extern” finansiering av delar av äldreomsorgen skulle kommunerna i stora delar få avstå från att utforma innehållet i politiken på dessa områden.

5.3 Nationalisering – Statlig finansiering

En enklare och mer rättfram variant av äldreförsäkringen, om den ändå bara skulle vara att betrakta som skattefinansierad verksamhet, är att bekosta äldreomsorgen med statliga medel. Ett alternativ är att göra det inom skatteutjämningsystemet, ett annat genom statsbidrag till kommunerna. En kombination av finansiering via skatteutjämningsystemet och statsbidrag är naturligtvis också tänkbar. Förmodligen kan man inte tänka sig att finansiera alltför stora delar av äldreomsorgen genom skatteutjäm-



En försäkringslösning skulle kunna skapa stora klyftor mellan rika och fattiga vilket en skattefinansierad och behovsprövad välfärd inte gör på samma sätt.

ningssystemet eller med statsbidrag. Och när det gäller statsbidrag kanske inte heller utan starka krav på motprestationer från kommunerna i form av kvalitet och effektivitet. Med statlig finansiering skulle variationerna mellan kommunerna kunna bli mindre.

Kommentarer

I skatteutjämningsystemet skulle demografiska kriterier kunna ges tyngre vikt. Det är dock inte tillräckligt att enbart se till antalet eller andelen äldre i befolkningen. Försörjningskvoten är viktig liksom dess utveckling och prognoserna för framtiden.

Hur skulle statsbidragen delas ut och kraven på motprestationer formuleras? För tilldelningen av statsbidragen får man väl tänka sig någon slags schablonvariant. Med schabloner skulle systemet mycket likna det ovan skissade för försäkring och utbetalningar från försäkringen till kommunerna av standardiserade belopp.

Ett statsbidragssystem kanske inte skulle bli lika stabilt som en försäkringslösning utan beroende av politiska majoriteter.

Organiseringen i kommunerna skulle påverkas på samma sätt som socialförsäkringen med ”kommunmodell” ovan. Den kommunala självständigheten skulle minska. Försöken med alternativa uppläggningar av äldreomsorgen inom kommunerna skulle kunna bli färre. Nackdelen med mindre variation skulle i så fall vara baksidan av att äldreomsorgen skulle bli mer likartad över landet.

5.4 Privatisering av äldre-service

Ett utvidgat rutavdrag skulle kunna användas till att lyfta ut viss service ur äldreomsorgen. Det skulle kunna ersätta en del biståndsbedömd hemtjänst så länge individerna klarar sig själva med enbart enklare serviceinsatser.^[75]

Avdraget för rut-tjänster liksom det maximala avdraget skulle kunna öka med åldern. För dem som inte har tillräckliga inkomster för skatteavdrag kan staten träda emellan och betala utfyllnad. De som inte har några marginaler alls skulle kunna hänvisas till kommunalt behovsprövat stöd inom ramen för socialbidragssystemet,^[76] alternativt kunna tilldelas en (behovsprövad) statlig schablon eller biståndsbedömd hemtjänst.

Ett utvidgat rut-system skulle göra individerna mer självständiga och mer oberoende av biståndsbedömning. Kommunen skulle avlastas medan staten och individerna fick ta ett större ansvar.

Kommentarer

Frågan är hur pass mycket enklare service utan koppling till omsorg det egentligen finns inom äldrevården som passar för rut-företagen. Eller ska man tänka sig att företagen inom hemtjänsten går in och mot ”rut-ersättning” erbjuder både enklare service, service kopplad till omvårdnad och regelrätt omvårdnad?

Ju större systemet med rutavdrag blir, desto större avsteg från den generella välfärdsmodellen skulle det innebära. Efterfrågan skulle få ett allt

75 Hedborg 2014

76 Hedborg 2014

mer avgörande inflytande jämfört med behovsbedömning. Man skulle få en uppdelning i två kategorier: vissa äldre som klarar sin service och delar av omsorgen själva med hjälp av rutavdragen, och andra som måste lita till biståndsbedömd äldreomsorg. Idén med schablonbidrag för äldre utan marginaler skulle möjligen passa i dagsläget men knappast med större procentuella avdrag och högre maximibelopp.

Systemet riskerar att bli kostnadsdrivande eftersom det inte finns någon kostnadsbevakning mellan å ena sidan brukare och utförare och å andra sidan den statliga finansären.

Äldres problem med att fatta beslut och få rådgivning skulle naturligtvis också bli ännu mer omfattande i ett utvidgat rut-system. Det skulle finnas en risk i att företagen lurar på dem tjänster som de i själva verket kanske inte vill ha eller behöver.

Vad gäller *organisering* av äldreomsorgen kan förslaget om utvidgade rutavdrag för äldre ses i ljuset av en allmän önskan att minska den offentliga sektorn genom att flytta över beslutanderätt från kommun och biståndsbedömare till de äldre. Frågan är hur stora effekterna av det kan bli i den mån det endast gäller den enklare servicen i äldreomsorgen. Om de tyngre delarna, d.v.s. servicen kopplad till omsorgen, omsorgen i sig och all vård, skulle återstå för biståndsbedömning skulle förändringarna antagligen inte bli särskilt stora. I så fall skulle inte heller kommunens organisering påverkas av ett utvidgat rut-system för enklare service.

På statlig nivå skulle man däremot kanske behöva nya myndigheter som följer utvecklingen, bevakar kostnadsutvecklingen och anpassar reglerna efter utfall.

Kommunens ansvar för äldreomsorgen skulle minska och individernas öka. ●

6. VAD HANDLAR DET OM

Sammanfattningsvis finns organisatoriska lösningar som helt eller delvis kan avhjälpa olika problem:

- Skarven mellan kommunens omvårdnad och landstingens sjukvård
- Möjligheterna för de äldre till medbestämmande
- Individernas behov av fasta kontakter och rådgivning
- Rimliga arbetsvillkor för service-, omsorgs- och vårdpersonal samt biståndsbedömare och verksamhetschefer
- Krav på organisationsutveckling och innovationer
- Styrningen av utförarna
- Effektiviteten i kommunerna
- De små kommunernas möjligheter att ge god äldrevård.

Kommunerna är centrala i omsorgen om de äldre. De kommunala besluten avgör vilken äldrevård vi får. Kommunfullmäktige och kommunstyrelsen måste ta sitt ansvar och vara tydliga med målen för verksamheten och resurserna.



En smart organisation är en effektiv organisation men resurserna sätter gränser för vad som kan uppnås.

Om skarven för de äldre mellan kommunens omvårdnad och landstingens sjukvård kunde mjukas upp skulle mycket vara vunnet. På det området finns en uppsjö samarbets- och utvecklingsförslag att diskutera.

Kommunerna behöver förbättra styrningen av äldreomsorgen. Mycket talar för att det är smarta organisationer, som bygger på professionalitet, tillit, kompetensutveckling, medbestämmande och brukarinflytande, som har framtiden för sig, snarare än de traditionella hierarkiska modellerna eller modellerna med managementstyrning à la NPM.

En smart organisation är en effektiv organisation men resurserna sätter gränser för vad som kan uppnås.

Verksamhetschefer, biståndshandläggare och omsorgsarbetare måste få utbildning och kompetensutveckling så att de kan arbeta professionellt, givet de resurser som ställs till deras förfogande genom politiska beslut.

Mycket händer inom kommunerna och det finns mycket kommunerna kan lära av varandra. Det gäller utvecklingen av äldreomsorgen i egen regi, kostnads- och kvalitetsjämförelser mellan kommuner och teknikutveckling. Bland annat gäller det att styra de tekniska förändringarna i riktning mot kvalitet och inte bara mot personalbesparingar. Det är en uppgift för kommunerna tillsammans snarare än för enskilda kommuner.

Parallellt med organisations- och teknikutveckling är det viktigt att diskutera hur man på längre sikt ska få bärkraftiga kommuner. Vi behöver kommuner med tillräckligt med resurser för en likvärdig äldrevård. Om det inte visar sig möjligt kanske det blir nödvändigt med större statliga ingrepp. Det kan handla om ett breddat skatteutjämningsystem, statsbidrag med krav på motprestationer, eventuellt kompletterat med en rättighetslagstiftning eller på sikt en äldrevårdsförsäkring.

Privatisering av ”enklare äldreservice” genom utvidgade system med rutavdrag för äldre kan vara en del av lösningen på resursproblemen i

kommunerna även om det är mer kontroversiellt, dels därför att det går emot jämlikhetssträvandena inom äldreården, dels därför att det är oklart hur stort utrymmet egentligen är för den ”enklare servicen” som går att särskilja från omvårdnad, som i så fall skulle ligga kvar i den biståndsbedömda äldreomsorgen.

Till de politiska avvägningsfrågorna för organiseringen av äldreomsorgen hör:

- Hur mycket ska styras av behov och hur mycket av efterfrågan?
- Hur ska man kunna jämka ihop kommunalt självstyre med en likvärdig äldreårdd oberoende av i vilken kommun de äldre bor?
- Hur balansera riskerna med styrande krav i lagar och för statsbidrag mot behov av handlingsutrymme för experimenterande för förnyelse inom äldreården? ●

UNDERLAG

Litteratur

- Andersson, Dan, 2014a, Hur finansiera vård och omsorg om äldre. Arena Idé.
- Andersson, Dan, 2014b, Strävan efter ett liv i självständighet. Arena Idé.
- Arena Idé, 2014, Seminarium om LSS – Målet som försvann. 2014-11-27, Arena Play.
- Arnek, Magnus, 2014, Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetens utveckling i offentlig sektor. ESO 2014:7.
- Dagens Arena, 2014, Alternativ till upphandling ska främja ideell sektor. 2014-12-04.
- Dagens sjuksköterska, 2014, Oense om kommunöverläkare. 2014-11-17.
- Direktiv, 2014. Inrättande av Upphandlingsmyndigheten. Dir. 2014:161.
- Forssell, Eva, 2012, En gammal och demenssjuk Mamma. Mina minnesanteckningar om upplevelsen att tampas med myndigheten – överheten. Demensförbundet.
- Fumarola Unsgaard, Olav, 2012, Nationalisera äldreomsorgen? Rapport inom projektet Valfärdens framtida finansiering. Arena Idé.
- Hedborg, Anna, 2014, Äldreomsorg vid livets slut. Arena Idé.
- Häggroth, Sören och Andersson, Lars, 2014, Kan välfärden räddas? Förändra eller förtvina. Arena Idé och Premiss förlag. (Under publicering)
- Institutet för framtidsstudier, 2014, Nyhetsbrev 14 november, Jämlig hälsa kräver ojämlig vård.
- Kommunal, 2014, Lapptäcke utan sömmar.
- Lagergren, Märten, 2012, De mest sjuka äldre. Äldrecentrum.
- Läkartidningen, 2010, Tillsätt kommunöverläkare! Läkartidningen Nr 43.
- Läkartidningen, 2012, Helhetsgrepp för bästa livskvalitet. Läkartidningen Nr 13.
- Riksrevisionen, 2014, Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? RiR 2014:12.
- Sandberg, Åke, 2014, Värden i välfärden – om styrning och organisering efter new public management. Arena Idé.
- SLL, 2014, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher inom SLL – sammanfattande resultat av 1-årig uppföljning.
- Socialstyrelsen, 2013, Meddelandeblad 2013:4.
- SOU 2007:10, Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.
- SOU 2013:12, Goda affärer - en strategi för hållbar offentlig upphandling.
- Stockholmsstidningen, 2015, Valfrihet = inflytande. 2015-01-09.

Svenska Dagbladet, 2014, Vårdvinstutredning oroar privatvården. 2014-11-29.
Sveriges Radio, 2014a, Lunchekot. Äldrevårdcentraler ska spara vårdkostnader. 2014-03-03.
Sveriges Radio, 2014b, Vetenskapsradion. Smarta golv. 2014-12-05.
Thelin, Angelika och Wolmesjö, Maria, 2014, Tid att leda. En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgen. Vision.
Vision, 2014, Socialchefsrapport 2014 – Om villkor och välfärdsuppdrag.
Vision, 2015, Färre brukare för biståndshandläggarna. 2015-01-23

Medier

Dagens Arena
Dagens Nyheter
Dagens Samhälle
Svenska Dagbladet
Sveriges Radio

Intervjuer

Folkesson, Kristina, Vision
Lagergren, Märten, Äldrecentrum
Mårtensson, Kristina, Kommunal

Internet

Borås kommun
Göteborg (Ramtid)
Lidköpings kommun
Ljungby kommun
Norrköping (Mina timmar)
Stockholms kommun
Sundsvall (Skönsmon)
Umeå kommun
Västra Götalandsregionen
Östergötland
Stockholms läns landsting
Sveriges kommuner och landsting
Blomsterfonden
Danvikshem
Gapet.se
Hälleborg äldreboende
Höstsol

arenaidé

