

Vilja välja vård och omsorg

En hållbar kompetensförsörjning inom
vård och omsorg om äldre



BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN NATIONELL
SAMORDNARE FÖR
KOMPETENSFÖRSÖRJNING INOM
VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:52

Vilja välja vård och omsorg

En hållbar kompetensförsörjning
inom vård och omsorg om äldre

*Betänkande av utredningen
Nationell samordnare för kompetensförsörjning
inom vård och omsorg om äldre*

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:52

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslagsfoto: Anneli Nygårds

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0138-2 (tryck)

ISBN 978-91-525-0139-9 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Vid sitt sammanträde den 7 november 2019 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, för att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.¹ Till särskild utredare, tillika nationell samordnare, utsågs Göran Johnsson.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 10 december 2019 departementssekreteraren Johanna Hedström, departementssekreteraren Malin Nylén Bolinder och kanslirådet Jan Schierbeck.

Som experter i utredningen förordnades den 10 december 2019 byråchefen Petter Odmark, regionchefen Peter Burman, lektorn Magdalena Elmersjö, strategen Yvonne Ahlström, näringspolitiska experten Anna Bergendal, handläggaren Eva Sahlén, utredaren Erik Wessman, strategen Jonas Karlsson, utredaren Peter Nilsson, utredaren Maria Ahlsten och vice ordföranden Ann Johansson. Den 20 april 2020 entledigades Malin Nylén Bolinder som sakkunnig och ersattes av departementssekreteraren Martina Bergström.

Till utredningen har knutits en referensgrupp. I denna har ingått Jan Andersson, Pensionärernas Riksorganisation, Gustaf Bucht, SPF Seniorerna, Liza di Paolo-Sandberg, SKPF-Pensionärerna, Kaisa Lamu, Sverigefinska Pensionärerna, Jenny Malmgren, Alzheimer Sverige, Ritva Gough, Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (Nka), Gunilla Nordberg, Svenskt Demenscentrum, Maude Kardell, Famna, Zenita Cider, Föreningen Vård- och omsorgscollege samt Marja Hillerström, Anhörigas Riksförbund. Den 8 maj 2020 lämnade Marja Hillerström sitt uppdrag i referensgruppen och ersattes som företrädare för Anhörigas Riksförbund av Anita Oxburgh.

¹ Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

Annika Remaeus har varit anställd som huvudsekreterare i utredningen från den 15 december 2019. Ann Jönsson har varit anställd som utredningssekreterare från den 2 december 2019. Kerstin Westergren har bistått med statistisk expertis och Sayran Khayati med juridisk expertis.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre, överlämnar härmed sitt betänkande: Vilja välja vård och omsorg – En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. Uppdraget är med detta slutfört.

Stockholm i juni 2021

Göran Johnsson

Innehåll

Sammanfattning	13
Summary	27
1 Utredningens uppdrag och arbete	41
1.1 Uppdraget.....	41
1.2 Arbetet med betänkandet	43
1.2.1 Coronapandemins påverkan på utredningens arbete	43
1.2.2 Kunskapsinhämtning.....	44
1.3 Så är betänkandet upplagt.....	47
1.3.1 Särskild utredare och nationell samordnare	48
1.3.2 Bedömningar och rekommendationer	49
1.4 Definitioner	49
1.5 Tidigare och pågående utredningar som har betydelse för denna utrednings uppdrag	54
2 Historisk tillbakablick	61
2.1 Från fattigstuga till eget hem	61
2.1.1 En förändrad syn på boende för äldre	61
2.1.2 Eget hyreskontrakt – en viktig markering	62
2.1.3 Kvarboendepincipen och hemtjänsten.....	62
2.2 Äldreomsorgen – en del av den generella välfärdspolitiken.....	63
2.2.1 Ädel-reformen och kommunernas samlade ansvar.....	64

2.2.2	Mål för äldrepolitiken	65
2.2.3	Den demografiska utvecklingen ställer krav på långsiktig planering	65
3	Dagens vård och omsorg om äldre	67
3.1	Så många får vård- och omsorgsinsatser	67
3.1.1	Alltmer avancerad vård sker i hemmen.....	67
3.1.2	Insatser enligt socialtjänstlagen.....	68
3.1.3	Insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.....	70
3.1.4	Både kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser	70
3.1.5	Mycket vård och stöd ges av anhöriga.....	71
3.2	Många utförare av vård och omsorg	72
3.2.1	Privata utförare inom vård och omsorg.....	73
3.2.2	Utökad tillståndsplikt för att bedriva verksamhet.....	74
3.2.3	Ersättningsmodeller som styrmedel	75
3.3	Kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen	77
4	Personalen inom vården och omsorgen om äldre	79
4.1.1	Biståndsbedömningen – porten in i verksamheten.....	79
4.1.2	Undersköterskor och vårdbiträden.....	80
4.1.3	Legitimerad personal.....	81
4.1.4	Övriga personalkategorier	84
4.1.5	Kvinnorna dominerar stort.....	84
4.2	Olika utbildningsvägar	84
4.2.1	Validering.....	85
4.3	Olika anställningsformer	86
4.3.1	Tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda	86
4.3.2	Heltidsanställda och deltidsanställda	87
4.3.3	Personalens rörlighet	88
4.3.4	Höga sjuktal	89
4.3.5	Avgångsålder	89

4.4	Prognos – hur många och vilken personal kommer att behövas?.....	90
5	Lagstiftning och annan reglering som styr vården och omsorgen.....	91
5.1	Övergripande bestämmelser i socialtjänstlagen	91
5.1.1	Kravet på god kvalitet.....	92
5.1.2	Om kravet på lämplig utbildning och erfarenhet	93
5.1.3	Den äldres rätt till självbestämmande, delaktighet och inflytande.....	94
5.1.4	Skyldighet att dokumentera.....	94
5.2	Socialtjänstens insatser för äldre	95
5.2.1	Rätten till bistånd	95
5.2.2	Hemtjänstinsatser.....	96
5.2.3	Särskilt boende för äldre – SÄBO	97
5.2.4	Övriga insatser.....	99
5.3	Nationella minoriteter och minoritetsspråk	100
5.4	Övergripande bestämmelser om den kommunala hälso- och sjukvården	101
5.4.1	Skyldigheten att erbjuda en god hälso- och sjukvård	101
5.4.2	Ledning och styrning	103
5.5	Samverkan och kontinuitet	106
5.5.1	Samordnad individuell plan (SIP).....	106
5.5.2	Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	107
5.5.3	Aktuell utveckling av samordningen.....	107
5.5.4	Kvalitetsutveckling.....	108
6	Fler behöver välja vård och omsorg	111
6.1	Vad innebär kompetensförsörjning?	111
6.2	Synen på arbete inom vård och omsorg spelar roll	112
6.3	Vägar att trygga kompetensförsörjningen.....	115
6.3.1	Stora behov av personal.....	116

6.3.2	Få fler att välja vård och omsorg.....	118
6.3.3	Få fler att vilja stanna.....	120
6.3.4	Få fler att arbeta mer.....	120
6.3.5	Breddad rekrytering.....	122
7	Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs	125
7.1	Utredningens temaområden och behovet av att teckna en målbild.....	125
7.2	Att följa upp – går vi mot målet?.....	127
7.2.1	Förbättrad statistik	128
7.2.2	Indikatorer som mått – möjligheter och risker... ..	128
7.2.3	Källor för att följa kompetensförsörjningen	129
7.3	En nationell samordnare – motor i det fortsatta arbetet....	131
7.4	Utredningens bedömningar och rekommendationer.....	132
7.4.1	Arbeta systematiskt och följ upp inom fyra temaområden	132
7.4.2	Kommunala planer och inventeringar – en del i ett långsiktigt arbete	136
7.4.3	Nationellt stöd – på kort och lång sikt.....	138
8	Förnya, behålla och utveckla kompetens	141
8.1	Kompetenskrav och satsning på utbildning.....	141
8.1.1	Förtydligade kompetenskrav och skyddad yrkestitel	142
8.1.2	Statliga satsningar.....	147
8.1.3	Övriga aktörer till stöd i kompetensutvecklingen	149
8.2	Mot en ökad professionalisering	153
8.2.1	En personcentrerad vård och omsorg.....	154
8.2.2	Differentiering av arbetsuppgifter, kompetensutveckling och möjlighet att göra karriär.....	161
8.3	Utredningens bedömningar och rekommendationer.....	166
8.3.1	Ta ansvar för att all personal har lämplig utbildning	167

8.3.2	Samverkan mellan olika kompetenser – en väg att professionalisera verksamheten.....	170
8.3.3	Gör yrkesrollerna tydliga, erbjud kompetensutveckling och möjlighet till karriär...	174
8.3.4	Indikatorer för uppföljning	179
9	Stärk ledarskapet	181
9.1	Förutsättningar och ansvar.....	181
9.1.1	Ledarskap i en komplex organisation.....	183
9.1.2	Modeller för styrning och ledning.....	185
9.1.3	Stora arbetsgrupper försvårar ledarskapet	188
9.1.4	Chefens behov av kompetensutveckling.....	190
9.1.5	Ny kunskap om ledarskapet i vården och omsorgen.....	192
9.2	Kunskapsbaserade metoder	193
9.2.1	Stöd i arbetet mot en kunskapsbaserad verksamhet	194
9.2.2	Implementering – att införa nya arbetssätt.....	196
9.3	Utredningens bedömningar och rekommendationer	197
9.3.1	Begränsa arbetsgruppernas storlek och säkra tillgången till stödresurser.....	197
9.3.2	Lämplig utbildning och kompetenskrav för den verksamhetsnära chefen	200
9.3.3	Stärk det kunskapsbaserade arbetet.....	206
9.3.4	Teambaserat arbetssätt – en evidensbaserad metod.....	208
9.3.5	Indikator för uppföljning.....	213
10	Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö	215
10.1	Många har otrygga anställningsförhållanden.....	215
10.2	En riskfylld arbetsmiljö	217
10.2.1	Lagstiftning på arbetsmiljöområdet	218
10.2.2	Tid som arbetsmiljöfråga	218
10.2.3	Könsperspektiv på arbetsmiljön	220

10.2.4	Kunskap och systematiskt arbete – viktigt för att skapa god arbetsmiljö	222
10.2.5	Sjuktalet och arbetsmiljön	223
10.2.6	Personalkontinuitet och möjligheten att påverka	224
10.3	Utredningens bedömningar och rekommendationer	225
10.3.1	Tillsvidareanställning och heltid som norm	226
10.3.2	Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt	229
10.3.3	Schemat – en viktig arbetsmiljöfråga	232
10.3.4	Indikatorer för uppföljning	236
11	Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst	239
11.1	E-hälsa och välfärdsteknik	239
11.1.1	Vision e-hälsa 2025	239
11.1.2	Definition av välfärdsteknik	240
11.2	Långsam och ojämn utveckling i kommunerna	241
11.2.1	Teknik som används	241
11.2.2	Hinder och framgångsfaktorer	243
11.2.3	Fördelar och risker	245
11.2.4	Systematiskt arbete med välfärdsteknik saknas ..	247
11.2.5	Nationella initiativ för att stimulera utvecklingen	249
11.2.6	Nordiskt samarbete om välfärdsteknik	250
11.3	Utredningens bedömningar och rekommendationer	251
11.3.1	Planera strategiskt för arbetet med ny teknik	251
11.3.2	Utbildning och stödresurser	255
11.3.3	Möjlighet till fortbildning om ny teknik	256
11.3.4	Långsiktigt nationellt stöd behövs	257
11.3.5	Indikatorer för uppföljning	259
12	Lärande exempel från kommuner	261
12.1	Förnya, behålla och utveckla kompetens	261
12.1.1	Fyrbodals strategier och strukturer för kompetensutveckling	262
12.2	Stärk ledarskapet	266

12.2.1	Den visa organisationen, Norra Hisingen i Göteborgs stad	266
12.3	Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö	269
12.3.1	Systematiskt arbetsmiljöarbete i Varberg	269
12.3.2	Inga delade turer i hemtjänsten i Karlstad	271
12.3.3	Långsiktigt arbete i Kalmar för att ta bort de delade turerna.....	272
12.4	Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst	274
12.4.1	Digitalisering – en del av verksamhetsutvecklingen i Lunds kommun	274
13	Utredningens utåtriktade arbete	277
13.1	Information, kommunikation och debatt	277
13.1.1	Mediebevakning.....	277
13.1.2	Utredningens webbplats	278
13.1.3	Deltagande i samhällsdebatten.....	279
13.1.4	Medverkan vid externa evenemang.....	279
	Särskilda yttranden	281
	Källförteckning	295
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2019:77	311
Bilaga 2	Indikatorer för uppföljning.....	321

Sammanfattning

Vid sitt sammanträde den 7 november 2019 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, för att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.¹ Denna utredning kan sägas ha ett tvådelat uppdrag. Dels är det ett traditionellt utredningsuppdrag, som innebär att presentera analyser, bedömningar och rekommendationer. Dels innebär uppdraget att bidra till att sätta igång förändringsprocesser i kommunerna. I uppdraget ingår inte att lämna författningsförslag. Betänkandet innehåller därför ett antal rekommendationer som grundar sig på de bedömningar av dagens situation som utredaren har gjort.

Utredningen har tolkat uppdraget som att det – kort uttryckt – gäller att försöka besvara två frågor:

- Vad krävs för att fler kvinnor och män ska vilja börja arbeta inom vården och omsorgen om äldre?
- Vad krävs för att fler ska vilja fortsätta arbeta i verksamheterna?

Uppdraget handlar om kompetensförsörjningen, inte övergripande om innehållet i verksamheten. Det är personalen, deras kompetenser och förutsättningar att ge en vård och omsorg av hög kvalitet som är i fokus. Men innehåll, kvalitet, personalens kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete hänger nära samman.

Coronapandemins utbrott våren 2020 kom att starkt påverka utredningens arbete. Eftersom covid-19 hårdast drabbade äldre personer riktades stor uppmärksamhet mot äldreomsorgen, främst mot dess brister. Pandemin ändrade också radikalt de praktiska förut-

¹ Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

sättningarna för utredningens arbete. Direktivet anger att arbetsättet ska vara utåtriktat. Därför planerades från början 21 heldagsseminarier för att möta kommuner, organisationer, privata arbetsgivare och utbildningsanordnare. Dessa arrangemang fick ersättas med 21 digitala dialogseminarier. Utredningens iakttagelser bygger till stora delar på vad som framkommit vid dialogseminarierna och övriga kontakter med relevanta aktörer. Andra utredningars betänkanden, myndighetsrapporter samt forskning utgör också underlag för denna utredning.

Utvecklingsarbetet kan börja nu

För att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning behöver fler vilja välja vård och omsorg. Fler måste vilja börja arbeta i verksamheterna, och vilja stanna. Hur man lyckas rekrytera till vården och omsorgen påverkas av synen på dessa arbeten, hur attraktiva de är.

Utredningen presenterar ett antal rekommendationer (se **vidare kapitel 7–11**) i syfte att komma till rätta med problem som i många fall sedan länge varit kända. En övergripande slutsats är att en ambitionshöjning är nödvändig – och att arbetet kan börja redan nu. Äldreomsorgslyftet ger förutsättningar att påbörja ett sådant långsiktigt arbete då ny och befintlig baspersonal får möjlighet att utbilda sig på betald arbetstid. Hur vården och omsorgen om äldre prioriteras speglar ytterst samhällets sätt att värdera äldre människor.

Flera kommuner bedriver redan i dag ett ambitiöst utvecklingsarbete. Olika aktörer är verksamma på området och kan bidra med värdefull kunskap. Verktyg och stödmaterial har tagits fram. Lärande exempel från olika delar av landet finns att ta del av.

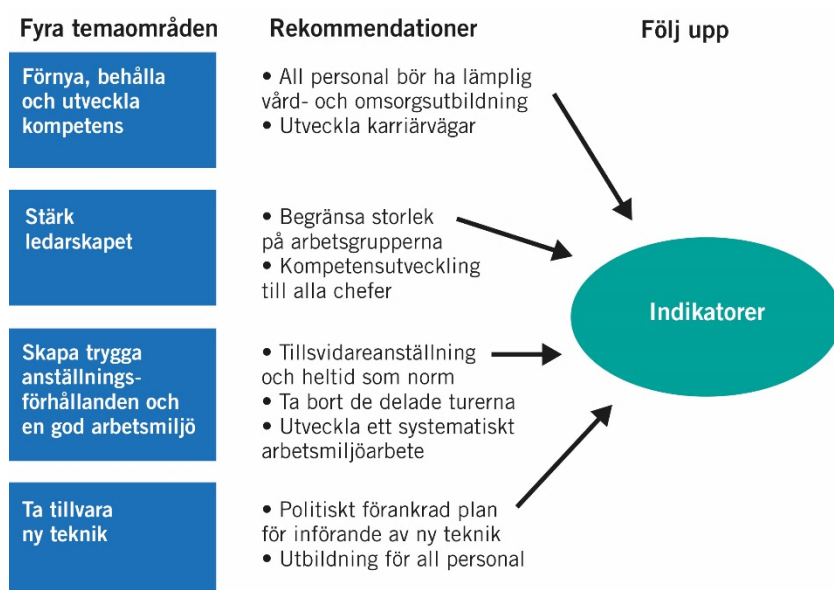
Det är kommunen – i egenskap av huvudman – som skapar förutsättningarna för en hållbar kompetensförsörjning. Flertalet av utredningens rekommendationer riktar sig därför till kommunerna. Rekommendationer som riktas till arbetsgivare gäller oavsett utförare. Slutligen finns rekommendationer till regeringen, eftersom utvecklingen av kompetensförsörjningen även kräver ett nationellt stöd.

Utredningens fyra temaområden

Fyra områden framstår som avgörande för att människor ska vilja börja arbeta i branschen – och önska fortsätta. Utredningen presenterar rekommendationer inom nedanstående områden.

- Förnya, behålla och utveckla kompetens.
- Stärk ledarskapet.
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.
- Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Figur 1 Utveckla en hållbar kompetensförsörjning



Arbeta systematiskt och följ upp

En känd modell i ett utvecklingsarbete är att teckna en målbild, beskriva sitt nuläge, vidta åtgärder för att nå målet, följa upp hur det har gått, revidera, vidta nya åtgärder, sätta nya mål.

Indikatorer för uppföljning

Kommunen har som huvudman för vården och omsorgen om äldre ett ansvar för verksamheten och för att följa upp att den bedrivs enligt lagar, föreskrifter och kommunens egna mål. Det gäller oavsett utförare. Uppföljning kan ske lokalt, regionalt och nationellt.

På nationell nivå finns ett flertal källor för att kunna följa utvecklingen inom området kompetensförsörjning. Socialstyrelsens Enhetsundersökning, som publiceras varje år, är ett verktyg som kommunerna kan använda. Kommunerna har även sina egna system för uppföljning.

I varje temakapitel rekommenderar vi indikatorer för uppföljning. Vi har valt befintliga indikatorer, information som redan i dag samlas in.

De rekommendationer som utredningen presenterar utgör tillsammans med indikatorer för uppföljning ett systematiskt arbetssätt för att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning.

Utredningens rekommendationer:

- Kommunerna bör arbeta systematiskt och långsiktigt samt kontinuerligt följa upp sitt arbete. Utredningens indikatorer kan användas i uppföljningen.
- Kommunala planer och inventeringar är en del i det systematiska arbetet. Utredningens rekommendationer kan användas. Arbetet med den långsiktiga kompetensförsörjningen bör omfatta samtliga personalkategorier.

Förnya, behålla och utveckla kompetens

Det första av utredningens fyra temaområden handlar om att förnya, behålla och utveckla kompetens. Många av de äldre som får insatser från vården och omsorgen har flera sjukdomar och omfattande behov. Arbetet är ofta komplext och fordrar att personalen har lämplig utbildning och rätt kompetens. För att arbeten inom vården och omsorgen om äldre ska bli mer attraktiva fordras en ökad professionalisering. Att undersköterska blir en skyddad yrkestitel är ett viktigt steg.

Kunskapskrav och utbildning

Utbildningsnivån inom vården och omsorgen om äldre behöver höjas. Arbetsgivarna bör ta ett större ansvar. Vård- och omsorgscollege har potential att stödja kommunerna i att utveckla en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Brisande kunskaper i svenska språket är på många håll ett problem.

Utredningens rekommendationer:

- Socialstyrelsens allmänna råd (2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre beslutades år 2011 och behöver bli föremål för en översyn för att säkerställa att de är ändamålsenliga. Regeringen bör ge Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.
- Arbetsgivaren bör ta ansvar för att all nyanställd personal inom vård och omsorg får introduktionsutbildning. Socialstyrelsen har tagit fram en sådan.
- Arbetsgivaren bör genomföra språkutbildningsinsatser för vård- och omsorgspersonal som saknar tillfredsställande kunskaper i svenska språket. Vård- och omsorgscollege har en modell för detta.

Samverkan mellan olika kompetenser – en väg att professionalisera verksamheten

På många håll är vården och omsorgen om äldre fragmenterad. För att säkerställa att olika perspektiv tillgodoses behövs specialistkompetens från läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera yrkesgrupper. Även anhöriga behöver involveras.

Utredningens rekommendationer:

- Kommunerna, som har det övergripande ansvaret, bör se till att olika kompetenser och perspektiv kontinuerligt finns tillgängliga och samverkar i vården och omsorgen om äldre.

- Kommunerna bör ge förutsättningar för att utveckla ett team-baserat arbetssätt, vilket har stöd i forskningen.

Tydliga yrkesroller, kompetensutveckling och möjlighet att göra karriär

Yrkesrollerna är otydliga inom vården och omsorgen om äldre och ofta saknas karriärvägar. Detta påverkar verksamheternas attraktivitet på ett negativt sätt.

Utredningens rekommendationer:

- Yrkesrollerna behöver förtydligas. Inventeringar och planer kan vara verktyg i detta arbete. Utbildade vårdbiträden, undersköterskor samt undersköterskor med specialistkompetens utgör baspersonalen.
- Personal som arbetar med utförande av delegerade arbetsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL bör ha utbildning som undersköterska, det vill säga examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande. En individuell bedömning av reell kompetens för uppgiften måste dock alltid göras.
- Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att initiera en studie om effekterna av att differentiera arbetsuppgifterna inom vården och omsorgen och hur den kan organiseras på ett hållbart sätt.
- Arbetsgivarna bör erbjuda medarbetarna kontinuerlig kompetensutveckling.
- Arbetsgivarna bör utveckla karriärvägar och stimulera medarbetarnas karriärutveckling.

Stärkt ledarskapet

Stärkt ledarskap är det andra av utredningens fyra temaområden. Coronapandemin har visat på betydelsen av ett nära och tydligt ledarskap. Ledarskapet – både på den politiska nivån och på tjänste-

mannanivån – är grundläggande för en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre.

Ledarskapet handlar både om övergripande styrning och utveckling samt att stödja den enskilde medarbetaren. Det ställer krav på kompetens. Det fordras också att förutsättningar ges för att kunna leda. Utredningens fokus har i första hand varit de verksamhetsnära cheferna med personalansvar och deras villkor.

Begränsa antalet medarbetare per chef och säkra tillgången till stödresurser

Ett rimligt antal medarbetare att ansvara för samt tillgång till stödresurser (exempelvis ekonomifunktion, administrativt stöd, IT-support, HR-funktion, metodstöd) är viktiga förutsättningar för att den verksamhetsnära chefen ska kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap. I dag saknas ofta dessa förutsättningar.

Utredningens rekommendationer:

- Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör sätta ett tak för antalet medarbetare som den verksamhetsnära chefen med personalansvar ska ansvara för. 20–30 personer är lämpligt. Här bör både tillsvidareanställda och visstidsanställda räknas in.
- Arbetsgivarna bör säkerställa att den verksamhetsnära chefen har tillgång till stödresurser.

Lämplig utbildning och kompetenskrav för den verksamhetsnära chefen

Det råder otydlighet om vilka krav på utbildning som kan ställas på den verksamhetsnära chefen. En nationellt fastställd utbildningsnivå för chefer är önskvärd.

Utredningens rekommendation:

- Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett underlag med bedömningar av för- och nackdelar med att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för verksamhetsnära chefer inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.

Kontinuerlig kompetensutveckling för chefer

Kontinuerlig kompetensutveckling för chefer behöver säkerställas.

Utredningens rekommendationer:

- Arbetsgivarna bör ta ansvar för att tillräcklig tid och resurser avsätts till kontinuerlig kompetensutveckling för chefer i vården och omsorgen om äldre.
- Arbetsgivarna bör skapa förutsättningar för enhetschefer att ta del av den ledarskapsutbildning som erbjuds målgruppen.

Medicinsk kompetens i ledningen för verksamheten

Den medicinska kompetensen behöver stärkas i vården och omsorgen om äldre, samtidigt som det sociala perspektivet är närvarande.

- Kommunerna bör säkra att medicinsk kompetens finns i den övergripande ledningen i verksamheter för vård och omsorg om äldre.

Stärk det kunskapsbaserade arbetet

Arbetet enligt kunskapsbaserade metoder behöver stärkas.

Utredningens rekommendationer:

- Kommunerna bör, som en del i utvecklingen av ett kunskapsbaserat arbetssätt, stödja arbete i team inom vården och omsorgen om äldre oavsett huvudman.
- Kommunerna bör stödja de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som är en viktig arena för att stärka kunskapsstyrningen på området.
- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att, med utgångspunkt från kunskapsmaterialet om arbete i demensteam, ta fram ett material som behandlar teambaserat arbetssätt i arbete med äldre personer som har sammansatta behov.

Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö

Det tredje av utredningens fyra temaområden gäller anställningsvillkor och arbetsmiljö. Dessa är nära sammankopplade. Trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö är avgörande för att människor ska vilja arbeta inom vården och omsorgen om äldre.

Tillsvidareanställning och heltidsanställning bör vara norm

Heltidsanställning är en viktig jämställdhetsfråga i en bransch som är starkt kvinnodominerad.

Utredningens rekommendation:

- Arbetsgivarna bör se till att heltids- och tillsvidareanställning är norm. Arbetsgivare inom vården och omsorgen om äldre bör ta del av den kunskap som finns i satsningen Heltidsresan.

Ett systematiskt arbetsmiljöarbete

Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister på många håll. Såväl tjänstemannanivån som den politiska ledningen i kommunen har ansvar för det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Utredningens rekommendationer:

- Den politiska ledningen i kommunen behöver ta sitt lagstadgade ansvar för att ett systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs inom vården och omsorgen om äldre, oavsett utförare.
- Arbetsgivarna bör använda de stödmaterial som finns för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Både parterna och Arbetsmiljöverket har tagit fram sådana material.

Schemat – en viktig arbetsmiljöfråga

Schemat är en betydelsefull arbetsmiljöfråga. Det bör vara möjligt att uppnå balans mellan arbete och fritid. Tid behöver också finnas för återhämtning. Arbetsscheman med delade turer är ofta ett hinder för detta.

Utredningens rekommendationer:

- Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör se till att scheman med delade turer tas bort och ersätts med sammanhållen arbetstid.
- Arbetsgivarna bör se till att det i arbetsschemat ingår tid för kompetensutveckling, handledning, dialog och reflektion.

Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst

Det fjärde av utredningens fyra temaområden handlar om att införa och använda ny teknik. Utveckling av nya arbetssätt är en faktor för att göra arbeten inom branschen mer attraktiva. Den digitala tekniken kan bidra till att öka tryggheten och självständigheten för den äldre, samtidigt som arbetet blir effektivare och resurserna används bättre. Personalens arbetsmiljö kan också förbättras och mer tid ges till mänskliga möten.

För att den nya tekniken ska få en positiv inverkan på medarbetarnas arbetsmiljö behöver medarbetarna göras delaktiga och ha

inflytande under processen: kartläggning av behov, testning, utvärdering, införande och användning.

En politiskt förankrad plan i alla kommuner

För att kunna ta till vara den fulla potentialen med ny teknik fordras att kommunerna arbetar systematiskt med aktiviteter som driver fram ett förändringsarbete i verksamheterna, oavsett utförare.

Utredningens rekommendationer:

- Alla kommuner bör ha en politiskt förankrad plan för införande och användning av ny teknik i vården och omsorgen om äldre.
- En sådan plan bör föregås av en inventering av befintlig teknik, behovet av ny teknik samt av utbildningsinsatser hos användare och personal. Ett stöd i arbetet kan vara den kunskap som tas fram inom ramen för regeringens och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) Överenskommelse äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.

Utbildning och stödresurser

Kunskapen om välfärdsteknik är ojämn hos personalen inom vården och omsorgen om äldre. Det är arbetsgivarnas ansvar att personalen får kunskap om nya arbetssätt som inkluderar användning av ny teknik.

Utredningens rekommendationer:

- Arbetsgivarna bör erbjuda all personal möjlighet till fortbildning om digitalisering och välfärdsteknik.
- Arbetsgivarna bör i samband med införande av ny teknik ta fram utbildningsplaner och IT-stöd för personalen.

Långsiktigt nationellt stöd behövs om ny teknik

Kommunernas förutsättningar skiljer sig mycket åt när det gäller att införa och hålla sig uppdaterade om ny teknik.

Utredningens rekommendation:

- Regeringen bör säkra ett långsiktigt stöd i kommunernas arbete med att införa och använda ny teknik.

**Nationellt stöd behövs för fortsatt utvecklingsarbete
– på kort och lång sikt**

Det är kommunerna – i egenskap av huvudmän – som skapar förutsättningarna för kompetensförsörjningen. Men det är också en nationell angelägenhet att vården och omsorgen om äldre kan förnya, behålla och utveckla sin kompetens. Det är en av våra viktiga framtidsfrågor. Därför behövs ett nationellt stöd – på både kort och lång sikt – för att stimulera det utvecklingsarbete som varit denna utrednings uppdrag att initiera.

Utredningens rekommendationer:

- Regeringen bör överväga att tillsätta en funktion för att samordna och följa upp det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Utredningens rekommendationer kan användas i arbetet.
- En uppgift för en sådan funktion kan därutöver vara att skapa förutsättningar för fortsatt erfarenhetsutbyte och samarbete efter att den nationella samordnarens uppdrag är slutfört.
- Regeringen bör även överväga att inrätta ett kompetenscentrum för utveckling av äldreomsorgen. Ett sådant kan placeras vid lämplig myndighet, exempelvis Socialstyrelsen.

Lärande exempel från kommuner

I utredningens uppdrag har ingått att förmedla lärande exempel på arbetssätt som gynnar kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Från hela landet finns exempel på hur kommuner långsiktigt och systematiskt arbetar för att fler ska vilja välja vård- och omsorgsarbete. I kapitel 12 presenteras några sådana, utifrån utredningens fyra temaområden. Exemplen handlar bland annat om att fastställa kompetenskrav och inventera medarbetarnas utbildningsbehov, utveckla ledarskapet, stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet samt att använda digitala lösningar i utvecklingsarbetet.

Summary

At its meeting on 7 November 2019, the Government decided to appoint an inquiry chair, who is to act as national coordinator, to support the municipalities in their work on laying the foundations for sustainable municipally financed care and healthcare for the elderly. The remit of this inquiry can be said to be twofold: partly a traditional investigative remit, which entails presenting analyses, assessments and recommendations, and partly a remit to help initiate change processes in the municipalities. The remit does not include submitting legislative proposals. The report therefore contains a number of recommendations based on the assessments of the current situation made by the inquiry chair.

In the inquiry's interpretation, the remit – in short – should attempt to answer two questions:

- What is required for more women and men to want to start working in care and healthcare for the elderly?
- What is required for more people to want to continue working in these professions?

The remit concerns skills supply, not the content of such activities overall. The staff, their skills and their ability to provide high-quality care and healthcare are in focus. But content, quality, staff expertise and their ability to carry out their work are closely linked.

The outbreak of the coronavirus pandemic in spring 2020 came to strongly influence the work of the inquiry. As COVID-19 hit the elderly hardest, a great deal of attention was directed towards elderly care, mainly towards its deficiencies. The pandemic also radically changed the practical conditions for the work of the inquiry. The terms of reference state that the approach should be outward-looking. Thus, 21 full-day seminars were planned, the aim being to

meet municipalities, organisations, private employers and education providers. These events had to be replaced by 21 online dialogue seminars. The observations of the inquiry are largely based on what has emerged at the dialogue seminars and other contacts with relevant actors. The reports of other inquiries and government agencies, along with research, also form the basis of this inquiry.

Work on development can now start

To ensure a sustainable skills supply, more people need to choose care and healthcare. More people need to want to start working in these professions, and want to stay in them. The level of success in recruitment for care and healthcare is affected by how these professions are viewed – how attractive they are.

The inquiry presents a number of recommendations (see **chapters 7–11 for more details**) that aim to address the problems that in many cases have been obvious for a long time. One overall conclusion is that it is necessary to raise the level of ambition – and that this work can start right now. Äldreomsorgslyftet (a government scheme to raise skills levels among staff working in care and healthcare for the elderly) provides the conditions for initiating such long-term work, as new and existing basic-level staff are given the opportunity to undergo training during paid working hours. How care and healthcare for the elderly are prioritised ultimately reflects the way in which society values older people.

Several municipalities are already pursuing ambitious development activities today. Various actors operate in this area and can contribute valuable knowledge. Tools and supporting materials have been produced. Information is available on lessons learned from various parts of Sweden.

It is the municipality – as principal – that lays the foundations for sustainable skills supply. The majority of the inquiry's recommendations are thus aimed at the municipalities. Recommendations aimed at employers apply regardless of provider. Finally, there are recommendations to the Government, because developing skills supply also requires support at the national level.

The four thematic areas of the inquiry

Four areas appear crucial to people wanting to start working in the sector – and wishing to continue. The inquiry presents recommendations in the areas set out below.

- Refresh, maintain and develop skills.
- Strengthen leadership.
- Create secure employment conditions and a good work environment.
- New technology in the service of care and healthcare.

Work systematically and follow up

A well-known model in development work is determining what you want to achieve, describing the current situation, taking action to achieve your goal, following up on how things have gone, making adjustments, taking new action, setting new goals.

Indicators for follow-up

As principal for care and healthcare for the elderly, the municipality is responsible for these operations and for following up on compliance with laws, regulations and the municipality's own goals. This is the case regardless of provider. Follow-up can take place locally, regionally and nationally.

At the national level, there are a number of sources that allow you to follow developments in the area of skills supply. The National Board of Health and Welfare's Enhetsundersökning (a survey to gather data on the country's assisted living services and accommodation for the elderly based on 27 quality parameters), published every year, is a tool that municipalities can use. The municipalities also have their own systems for follow-up.

We recommend follow-up indicators in each thematic chapter. We have selected existing indicators, information that is currently already gathered.

Along with the indicators, the recommendations presented by the inquiry constitute a systematic approach to achieving sustainable skills supply.

The recommendations of the inquiry:

- The municipalities should work systematically, taking a long-term approach and continuously following up on their work. The indicators of the inquiry can be used in the follow-up.
- Municipal plans and inventories form part of this systematic work. The recommendations of the inquiry can be used. The work on long-term skills supply should encompass all staff categories.

Refresh, maintain and develop skills

The first of the inquiry's four thematic areas is about refreshing, maintaining and developing skills. Many of the elderly people receiving care and healthcare have multiple illnesses and extensive needs. The work is often complex and requires staff to have undergone the appropriate training and have the right skills. If work in care and healthcare for the elderly is to become more attractive, a greater level of professionalisation is required. Making "assistant nurse" a protected professional title is a crucial step.

Knowledge requirements and education

The level of education in care and healthcare for the elderly needs to be raised. Employers should take greater responsibility. Vård- och omsorgscollege (a platform for collaboration between employers, trade unions and educators in the care and healthcare sector) has the potential to support the municipalities in developing sustainable skills supply within care and healthcare for the elderly. A lack of knowledge of Swedish is a problem in many places.

The recommendations of the inquiry:

- The National Board of Health and Welfare’s general advice (2011:12) on basic knowledge among staff working in elderly care provided by social services was determined in 2011 and needs to be reviewed to ensure it is fit for purpose. The Government should task the National Board of Health and Welfare with this.
- Employers should take responsibility for all staff newly employed in care and healthcare receiving induction training. The National Board of Health and Welfare has produced such a training programme.
- The employer should carry out language training initiatives for care and healthcare staff who lack sufficient skills in Swedish. Vård- och omsorgscollege has a model for this.

Cooperation between different skills – a means of professionalising activities

In many areas, care and healthcare for the elderly is fragmented. To ensure that different perspectives are taken into account, specialist skills are required from doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists and other occupational groups. Relatives also need to be involved.

The recommendations of the inquiry:

- The municipalities, which bear overall responsibility, should ensure that various skills and perspectives are continuously available and work together in care and healthcare for the elderly.
- The municipalities should lay the foundations for developing a team-based approach, which is supported by research.

Clear professional roles, skills development and career opportunities

Professional roles in care and healthcare for the elderly are unclear, and career paths are often lacking. This negatively impacts the attractiveness of these professions.

The recommendations of the inquiry:

- Professional roles need clarifying. Inventories and plans can serve as tools in this work. Trained care assistants, assistant nurses and assistant nurses with specialist skills form the basic staff.
- Staff carrying out tasks delegated under the Health and Medical Services Act should be trained assistant nurses, that is, they should have graduated from the Health and Social Care Programme at upper-secondary level or equivalent. However, an individual assessment of actual competence for the task must always be made.
- The Government should task the appropriate agency with initiating a study on the effects of differentiating tasks within care and healthcare, and how the sector can be organised sustainably.
- Employers should offer employees continuous skills development.
- Employers should develop career paths and stimulate employees' career development.

Strengthen leadership

Strengthened leadership is the second of the inquiry's four thematic areas. The coronavirus pandemic has demonstrated the importance of clear leadership that is close to operations. Leadership – both at a political level and at public servant level – is fundamental to sustainable skills supply in care and healthcare for the elderly.

It concerns overall management and development, as well as supporting the individual employee. It requires skills. It is also a requirement that the conditions for being able to lead are provided. The focus of the inquiry has primarily been managers with HR responsibilities working close to operations and their conditions.

Limit the number of employees per manager and secure access to support resources

A reasonable number of employees to be responsible for, along with access to support resources (for example, the finance function, administrative support, IT support, HR function, methodological support) are key requirements for managers working close to operations being able to practice active and present leadership. These conditions are often lacking at present.

The recommendations of the inquiry:

- Employers in care and healthcare for the elderly should establish a ceiling for the number of employees that managers working close to operations are to be responsible for. A suitable range is 20–30 people. This should include both permanent and temporary employees.
- Employers should ensure that managers working close to operations have access to support resources.

Suitable education and skills requirements for managers working close to operations

There is a lack of clarity regarding the educational requirements that can be made of managers working close to operations. Setting a national educational level for managers is desirable.

The inquiry's recommendation:

- The Government should task an appropriate government agency with producing documentation with assessments of advantages and disadvantages of regulating or otherwise clarifying educational requirements for managers working close to operations in municipally financed care and healthcare for the elderly.

Continuous skills development for managers

Continuous skills development for managers needs to be guaranteed.

The recommendations of the inquiry:

- Employers should take responsibility for sufficient time and resources being allocated to continuous skills development for managers in care and healthcare for the elderly.
- Employers should enable heads of department to attend the leadership training offered to the target group.

Medical expertise among management of the operations

- Medical expertise needs to be strengthened in care and healthcare for the elderly while maintaining the social perspective.
- The municipalities should ensure that there is medical expertise among the overarching management in operations providing care and healthcare for the elderly.

Strengthen knowledge-based work

Work using knowledge-based methods needs to be strengthened.

The recommendations of the inquiry:

- The municipalities should, as part of the development of a knowledge-based approach, support work in teams within care and healthcare for the elderly.
- The municipalities should support the Regional Cooperation and Support Structures, which are a key forum for strengthening knowledge management in the area.
- The Government should task the National Board of Health and Welfare with producing material that describes the team-based

approach in work with elderly people with complex needs, based on knowledge materials regarding work in dementia teams.

Create secure employment conditions and a good work environment

The third of the inquiry's four thematic areas concerns employment terms and work environment. These are closely connected. Secure employment conditions and a good work environment are crucial if people are to want to work in care and healthcare for the elderly.

Permanent and full-time employment should be the norm

Full-time employment is a key gender equality issue in a strongly female-dominated sector.

The inquiry's recommendation:

- Employers should ensure that full-time and permanent employment is the norm. Employers in care and healthcare for the elderly should apprise themselves of the knowledge available on this subject in the Heltidsresan development project run by the Swedish Association of Local Authorities and Regions and the trade union Kommunal.

Systematic work environment efforts

Systematic work environment efforts are lacking in many areas. Both the public servant level and the political leadership of the municipality are responsible for these efforts.

The recommendations of the inquiry:

- The political leadership of the municipality needs to take its statutory responsibility for systematic work environment efforts

being conducted in care and healthcare for the elderly, regardless of provider.

- Employers should use the supporting materials available for such efforts. Both the parties and the Swedish Work Environment Authority have produced such materials.

The schedule – a key work environment issue

The schedule is a significant work environment issue. It should be possible to achieve a work-life balance. Recovery time is also required. Work schedules with split shifts often present an obstacle to this.

The recommendations of the inquiry:

- Employers in care and healthcare for the elderly should ensure that schedules with split shifts are removed and replaced by consecutive working hours.
- They should ensure that the work schedule includes time for skills development, supervision, dialogue and reflection.

New technology in the service of care and healthcare

The fourth of the four thematic areas of the inquiry relates to introducing and using new technology. A factor for making work in the sector more attractive is the development of new working methods. Digital technology can help increase independence and a sense of security in older people while increasing efficiency and making better use of resources. The work environment for staff can also be improved and more time devoted to human interaction.

In order for the new technology to have a positive impact on the employees' work environment, the employees need to be involved and have an influence during the process: mapping needs, testing, evaluation, implementation and use.

A plan politically embedded in all municipalities

To be able to make use of the full potential of new technology, municipalities are required to work systematically with activities that drive work for change in the operations, regardless of provider.

The inquiry's recommendation:

- All municipalities should have a politically embedded plan for introducing and using new technology in care and healthcare for the elderly.
- Such a plan should be preceded by an inventory of existing technology, the need for new technology and of training initiatives among users and staff. The work can be supported by the knowledge produced within the Government's and SKR's Överenskommelse äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus (Elderly care agreement – technology, quality and efficiency with older people in focus).

Training and support resources

Knowledge of assistive technology is uneven among staff in care and healthcare for the elderly. It is the responsibility of employers to ensure that staff gain knowledge of new working methods that include the use of new technology.

The recommendations of the inquiry:

- Employers should offer all staff the opportunity for in-service training on digitalisation and assistive technology.
- When introducing new technology, employers should draft training plans and offer IT support for staff.

Long-term national-level support required for new technology

The conditions of municipalities differ widely regarding introducing and staying up to date on new technology.

The inquiry's recommendation:

- The Government should guarantee long-term support in the work of municipalities on introducing and using new technology.

National-level support needed to continue development work – in the short and long term

It is the municipalities – as principals – that lay the foundations for skills supply. But it is also a matter of national importance that those working in care and healthcare for the elderly are able to refresh, maintain and develop their skills. This is one of our key issues for the future and is why support at the national level is required – in both the short and the long term – to stimulate the development work that it has been this inquiry's task to initiate.

The recommendations of the inquiry:

- The Government should consider appointing a function for coordinating and following up on the development as it continues regarding skills supply in care and healthcare for the elderly. The recommendations of the inquiry can be used in the work.
- An additional task for such a function could be to lay the foundations for continuing to exchange experiences and cooperate after the assignment of the national coordinator has been concluded.
- The Government should also consider establishing a centre of excellence for developing elderly care. Such a centre can be located at a suitable government agency such as the National Board of Health and Welfare.

Lessons learned from municipalities

The remit of the inquiry included conveying lessons learned about approaches that benefit skills supply in care and healthcare for the elderly. There are examples from all over Sweden of how municipalities are systematically working in the long term to ensure that more people choose care and healthcare professions. Chapter 12 presents some of these, based on the four thematic areas of the inquiry. Examples include defining skills requirements and making an inventory of employees' training needs, developing leadership, strengthening systematic work environment efforts and using digital solutions in the development work.

1 Utredningens uppdrag och arbete

1.1 Uppdraget

Vid sitt sammanträde den 7 november 2019 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, för att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.¹ Samordnaren ska tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare. Utifrån sina analyser ska samordnaren stödja och initiera förändringsarbete i kommunalt finansierade verksamheter inom vård och omsorg i syfte att göra det möjligt att behålla och rekrytera personal, såväl män som kvinnor. Samordnaren ska också föreslå och förmedla goda exempel på bland annat välfärdstekniska lösningar som är ändamålsenliga och kostnadseffektiva och som bör prioriteras i syfte att avlasta personalen och effektivisera verksamheten. Utifrån sina verksamhetsnära observationer ska samordnaren lämna en slutrapport med rekommendationer och bedömningar av insatser på kommunnivå för att främja en hållbar kompetensförsörjning. Rapporten ska även innehålla samordnarens iakttagelser om vilka välfärdstekniklösningar som är mest effektiva. I uppdraget ingår inte att lämna författningsförslag.

Denna utredning kan sägas ha ett tvådelat uppdrag. Dels är det ett traditionellt utredningsuppdrag, som innebär att presentera analyser, bedömningar och rekommendationer inom ett angivet område. Dels innebär uppdraget att bidra till att sätta igång föränd-

¹ Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

ringsprocesser i kommunerna. Att föra dialog med olika aktörer är därför en central del av arbetet. Utredningen har tolkat uppdraget som att det – kort uttryckt – gäller att försöka besvara två frågor:

- Vad krävs för att få fler kvinnor och män att vilja börja arbeta inom vård och omsorg om äldre?
- Vad krävs för att fler ska vilja fortsätta arbeta i verksamheterna?

Uppdraget handlar om kompetensförsörjningen. Det är personalen, deras kompetenser och förutsättningar att utföra en vård och omsorg av hög kvalitet som står i fokus för utredningens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer. Uppdraget gäller inte generellt innehållet i vården och omsorgen, men innehåll och kvalitet och personalens kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete hänger nära samman.

Rikstermbankens definition av kompetensförsörjning är att ”på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”.² Begreppet kompetensförsörjning omfattar flera olika delar:

- analys av kompetensbehov
- utbildning
- rekrytering
- behålla medarbetare med rätt kompetens
- hur medarbetarnas tid och kompetens används.

Utredningen har enligt direktivet avgränsat uppdraget till hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Det innebär att exempelvis RUT-systemets påverkan inte utreds. Se vidare direktivet i bilaga 1.

² www.rikstermbanken.se/mainMenu.html – hämtad 2021-04-08

1.2 Arbetet med betänkandet

1.2.1 Coronapandemins påverkan på utredningens arbete

Coronapandemins utbrott våren 2020 kom att starkt påverka utredningens arbete. Eftersom covid-19 hårdast drabbade äldre personer riktades stor uppmärksamhet mot äldreomsorgen.

När pandemin bröt ut ändrades också radikalt de praktiska förutsättningarna för utredningens arbete. Direktivet anger att utredningen ska ha ett utåtriktat arbetssätt. Därför planerades från början 21 heldagsseminarier tillsammans med utredningens regionala samarbetspartners. Dessa 21 seminariedagar fick ersättas med 21 digitala dialogseminarier. (Se vidare avsnittet Dialogseminarier – utredningens viktigaste arbetsmetod). Det har inte varit möjligt att, som direktivet anger, ”göra verksamhetsnära observationer”. Utredningens iakttagelser bygger till stora delar på vad som framkommit vid de digitala dialogseminarierna och i övriga kontakter med relevanta aktörer.

De ändrade förutsättningarna fordrade således en omställning och nya arbetsmetoder. Slutsatsen är att mycket ändå har kunnat göras för att fullfölja uppdraget.

- Dialoger har genomförts och relationer etablerats.
- Kunskap har hämtats in – från myndigheter, forskare, organisationer och andra aktörer.
- Utredningen har haft mediabevakning på området kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
- Utredningen har haft en egen webbplats. Den har varit en viktig informationskanal, ännu mer betydelsefull när fysiska möten inte har kunnat genomföras.
- Utredningen har deltagit i samhällsdebatten genom medverkan i olika medier.
- Utredningen har följt näraliggande utredningar, uppdrag och nationella satsningar – exempelvis överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om att stödja ut-

vecklingen av äldreomsorgen genom digitalisering³ samt SKR:s projekt Strategi för äldreomsorg.⁴

1.2.2 Kunskapsinhämtning

Det har varit viktigt för utredningen att få en överblick över det arbete som pågår inom området kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Därför har vi tagit del av rapporter från näraliggande utredningar, myndigheter, organisationer etcetera. Vi har även haft en kontinuerlig dialog med olika aktörer om deras pågående arbete. Ett stort antal möten har hållits, främst digitalt på grund av coronapandemin.

Dialogseminarier – utredningens viktigaste arbetsmetod

Tidigt i arbetet bestämdes att dialoger med kommuner och organisationer som berörs skulle bli utredningens huvudstrategi för kunskapsinhämtning och för att stödja ett förändringsarbete. Analysen av de hinder och möjligheter som finns ska bygga på så aktuell kunskap som möjligt.

Planen var från början att utredningen under våren och hösten 2020 i varje län/region skulle arrangera dialogseminarier om kompetensförsörjningen i vård och omsorg om äldre. Det planerades för heldagsarrangemang. Målgruppen för förmiddagsdialogerna skulle vara ansvariga politiker, chefer samt medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i länets/regionens kommuner.

Eftermiddagsdialogerna skulle ske med pensionärs- och anhörigorganisationer, fackliga företrädare, privata arbetsgivare och utbildningsanordnare. Till vår hjälp fanns SKR:s nätverk av personer som ingår i den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS). Vi hade kontaktpersoner i nästan varje län/region och många seminarieprogram var färdiga när coronapandemin bröt ut våren 2020 och inga fysiska besök längre var möjliga. Utredningen fick tänka om när det

³ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa343a5/1615453676664/Overenskommelse_aldreomsorg_teknik_kvalitet_effektivitet_2021.pdf – hämtad 2021-04-19

⁴ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/strategiforaldreomsorg.34144.html> – hämtad 2021-04-28

gällde arbetsformer och beslutade att genomföra seminarierna digitalt. Avgörande var att kunna få till stånd en dialog med aktörerna.

Sammanlagt 21 digitala dialogseminarier arrangerades, under totalt elva dagar. I enlighet med den ursprungliga planen så innehöll förmiddagsprogrammen dialog med kommunerna, medan eftermiddagspassen vände sig till organisationer, privata arbetsgivare och utbildningsanordnare. I stället för att bjuda in deltagare länsvis riktades nu inbjudan till hela landet. Tio alternativa datum erbjöds. Man fick välja det datum som passade. Ett särskilt seminarietillfälle genomfördes dock med kommunerna i Region Stockholm.

De digitala dialogerna genomfördes den 8 juni, 15 juni, 1 september, 2 september, 8 september, 14 september, 15 september, 16 september, 22 september, 25 september. Dialogen med kommunerna i Region Stockholm genomfördes den 22 oktober.

Upplägget, med 2,5 timmar avsatta för varje dialog, har varit detsamma vid samtliga tillfällen. Programmet har också varit detsamma. Vid förmiddagens seminarier har fyra teman behandlats: rekrytering/kompetens, ledarskap, arbetsmiljö samt välfärdsteknik. Två teman har varit i fokus under eftermiddagarna: det goda mötet samt välfärdsteknik. SKR har medverkat vid samtliga seminarier, dels med presentation om överenskommelsen mellan regeringen och SKR om stöd till utveckling av äldreomsorgen genom digitalisering dels om projektet Strategi för äldreomsorg.

För att få in ytterligare synpunkter från deltagarna bifogades ett reflektionsformulär i inbjudan. I detta formulär kunde varje deltagare skriva fritt utifrån de olika teman som togs upp på seminariet. Dialogerna har följt samma dagordning vid varje tillfälle och det formulär som deltagarna inbjöds att fylla i efter dialogseminariet hade samma övergripande frågeställningar. Svaren har kategoriserats utifrån utredningens fyra teman och använts i analysarbetet.

Cirka 30–50 personer var anmälda vid varje digital dialog med kommunerna och cirka 20–40 personer när organisationer var målgruppen. Hur många som sedan faktiskt deltog är oklart. Vi tog emot cirka 110 besvarade frågeformulär, både sådana utan avsändare och formulär som fyllts i av en hel arbetsgrupp. Vi nådde cirka 140 kommuner. Både stora och små kommuner fanns representerade vid dialogseminarierna.

Redovisning av de digitala dialogerna

Syftet med seminarierna har varit att hämta in kunskap och erfarenheter från kommuner, organisationer och andra aktörer. Materialet som samlats in i samband med dialogerna utgör grunden för utredningens vidare analys och de bedömningar och rekommendationer som vi lämnar till regeringen.

I kapitel 8–11 refererar vi till dialogerna, både när det gäller iakttagelser och när utredningen redovisar bedömningar och rekommendationer.

Underlagen från dialogerna, som bestått av minnesanteckningar och de ifyllda formulären, har kategoriserats utifrån den problematik som lyfts fram och de lösningar som deltagarna föreslagit. En sammanvägning av de muntliga synpunkterna i dialogerna och de skriftliga har gjorts. Sammanfattningarna och analysen har genomförts av utredningen och slutsatserna av dessa refereras i texterna.

Vi har inte redovisat ett specificerat antal svar, då problematiken överlappar varandra och synpunkterna har lämnats anonymt och därmed inte går att härleda till ett visst antal personer.

Workshops

Utredningen har anordnat två externa workshops med syftet att fördjupa diskussionen om några komplexa frågeställningar. För att ge möjlighet till denna fördjupning har ett mindre antal kommunrepresentanter och forskare bjudits in. Utredningens expertgrupp och referensgrupp bjöds in som åhörare.

En frågeställning som återkommande lyfts under utredningens gång är hur en bra balans kan åstadkommas mellan olika perspektiv inom vården och omsorgen om äldre – det förebyggande, det rehabiliterande, det sociala och det medicinska perspektivet. Teamarbete har förts fram som ett arbetssätt som både skulle gynna den äldre personen och bidra till en hållbar kompetensförsörjning. Denna fråga diskuterades i en workshop.

I de dialoger som den nationella samordnaren genomfört har frågan om att differentiera arbetsuppgifterna – att tydligare skilja mellan vård-, omsorgs- och serviceuppgifter – återkommande diskuterats. Uppfattningarna är delade. Därför valde vi att behandla denna fråga i en workshop.

Forskningsdialog

I utredningens expertgrupp ingår Magdalena Elmersjö, lektor vid Södertörns högskola. Hon har deltagit vid utredningens alla digitala dialogseminarier. Utredningen har även haft ett inledande möte med Ingmar Skoog, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet och föreståndare för Centrum för åldrande och hälsa (AgeCap) samt med Lotta Dellve, professor i arbetsvetenskap vid Göteborgs universitet.

För att få närmare information om äldreomsorgen i Norden har utredningen haft dialog med Marta Szebehely, professor emeritus i socialt arbete vid Stockholms universitet samt med Tine Rostgaard, professor vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Indikatorgrupp

Utredningens ambition är att ta fram ett mindre antal befintliga indikatorer som ska göra det möjligt att följa utvecklingen av kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Dessa indikatorer ska redan finnas till hands och vara relativt enkla att tolka. I juni 2020 inbjöd utredningen deltagarna i expertgruppen att medverka i en arbetsgrupp för att särskilt diskutera vilka indikatorer som kan driva vården och omsorgen om äldre i rätt riktning och accepteras av kommunerna. Gruppen träffades vid tre tillfällen och arbetet resulterade i utredningens förslag på sju befintliga indikatorer. Se vidare i slutet av kapitel 8–11 samt bilaga 2, Indikatorer.

1.3 Så är betänkandet upplagt

Betänkandet är indelat i 13 kapitel.

Kapitel 1 beskriver utredningens uppdrag och arbete.

Kapitel 2 ger en kort historisk bakgrund till dagens vård och omsorg om äldre.

Kapitel 3 beskriver dagens vård och omsorg – hur många som får insatser och vilka insatser som ges.

Kapitel 4 handlar om de olika personalkategorierna inom vården och omsorgen om äldre.

Kapitel 5 redogör för lagstiftning och annan reglering som styr vården och omsorgen om äldre.

Kapitel 6 handlar om synen på arbete inom vården och omsorgen om äldre, utmaningar för att kunna skapa en hållbar kompetensförsörjning och olika vägar att ta sig an dessa.

Kapitel 7 beskriver vikten av ett systematiskt arbetssätt. Sist lämnas rekommendationer om ett nationellt stöd för fortsatt utvecklingsarbete på området.

Kapitel 8–11 behandlar utredningens fyra temaområden:

- Förnya, behålla och utveckla kompetens.
- Stärk ledarskapet.
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.
- Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Varje temakapitel (kapitel 8–11) innehåller utredningens iakttagelser, bedömningar och rekommendationer samt förslag på befintliga indikatorer för uppföljning.

Kapitel 12 innehåller lärande exempel från kommuner inom utredningens fyra temaområden.

Kapitel 13 beskriver utredningens utåtriktade arbete.

Bilaga 1 innehåller kommittédirektivet.

Bilaga 2 innehåller detaljerad information om de indikatorer som föreslås i de fyra temakapitlen.

1.3.1 Särskild utredare och nationell samordnare

Den särskilda utredaren har också haft i uppgift att fungera som nationell samordnare, i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. I betänkandet skriver vi omväxlande den nationella samordnaren och utredningen. När iakttagelserna redovisas – bland annat från de digitala dialogseminarierna – används benämningen den nationella samordnaren. I samband med att bedömningar och rekommendationer presenteras, så skriver vi utredningen. Ibland skrivs också vi, för att underlätta läsningen.

1.3.2 Bedömningar och rekommendationer

Direktivet anger att utredaren, utifrån sina verksamhetsnära observationer, ska lämna en slutrapport med rekommendationer och bedömningar av insatser på kommunnivå för att främja en hållbar kompetensförsörjning. I utredningsuppdraget ingår inte att lämna författningsförslag. I det följande presenteras därför ett antal rekommendationer som grundar sig på de bedömningar av dagens situation som utredaren har gjort. Rekommendationerna finns i kapitel 7–11. I rutorna används ordet bör (inte ska), eftersom det rör sig om rekommendationer. Rekommendationerna riktar sig i de flesta fall till kommunerna i deras egenskap av huvudman. Kommunernas nämndorganisation skiljer sig åt. Socialnämnden, äldrenämnden, vård- och omsorgsnämnden etcetera kan vara ansvarig för vården och omsorgen om äldre. Vi har valt att genomgående skriva kommunen när det syftar på ansvaret som huvudman. Några rekommendationer riktar sig till arbetsgivare, oavsett utförare. Ett antal rekommendationer riktar sig till regeringen.

1.4 Definitioner

Det finns en rad termer, nära kopplade till området kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. För tydlighetens skull listas här några av de som är centrala i detta betänkande.

Vård och omsorg

Vård och omsorg är ett fast begrepp som enligt Socialstyrelsens termbank beskriver åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar.⁵

Socialtjänst

Med socialtjänst avses ofta verksamheter som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om

⁵ <https://termbank.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2020-10-10

vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110).

Hemtjänst

Bistånd enligt SoL i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande.

Kommunal hälso- och sjukvård

Med kommunal hälso- och sjukvård avses den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende och i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende förutsätter att kommunen har kommit överens med landstinget om att ta över sådant ansvar (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Kommunerna i Stockholms län (förutom Norrtälje) har inget sådant avtal.

Undersköterska

När ordet undersköterska används i betänkandet avses personer som har examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande tidigare gymnasieprogram eller godkänd utbildning i vård- och omsorgsprogrammet yrkesämnen inom vuxenutbildningen.

Vårdbiträde

Inom ramen för Vård- och omsorgscollegie har parterna kommit överens om att vårdbiträdesutbildning motsvarar fastslagna kurser om 800 gymnasiepoäng. I de samtal som utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) fört med olika aktörer kan gruppen vårdbiträden även omfatta personer som antingen helt

saknar vård- och omsorgsutbildning eller som har utbildning men inte når nivån för undersköterska.⁶ I betänkandet är det denna definition av vårdbiträde som används.

Biståndshandläggare

Vanlig benämning på den tjänsteman som efter delegation beslutar på nämndens vägnar i ärenden om olika former av bistånd.

Anhörig och närstående

I den här rapporten används begreppen anhörig och närstående på samma sätt som i regeringens proposition Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.⁷ Enligt propositionen avses med närstående den person som tar emot omsorg, vård och stöd. Den som ger omsorg, stöd eller vård benämns anhörig eller annan person. Annan person är i det här sammanhanget någon utanför familjekretsen, till exempel en vän eller granne.

Enhetschef

Verksamhetsnära chef som vanligen har ansvar för såväl ledning av utförandet av insatserna som för personal och ekonomi.

Särskilt boende för äldre (SÄBO)

Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.

Ordinärt boende

Det som inte är särskilt boende räknas som ordinärt boende.

⁶ SOU 2019:20 Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 31. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

⁷ Prop. 2008/09:82. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående., s. 11 och 12.

Korttidsplats

Bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Platserna används vid bland annat rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av anhörig.

Huvudman

Enligt 2 kap. 2 § HSL avses med huvudman den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

Vårdgivare

Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § HSL statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Sluten vård

Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § HSL hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

Öppen vård

Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

Välfärdsteknik

Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning.⁸

⁸ <https://termbank.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2021-05-10

Hjälpmedel

Det går inte att dra någon tydlig gräns mellan hjälpmedel och välfärdsteknik. En skillnad är att välfärdsteknik handlar om digital teknik, vilket hjälpmedel inte behöver vara. Hjälpmedel har vidare som huvudsakligt syfte att kompensera för en funktionsnedsättning, enligt Socialstyrelsens definition.⁹ En annan skillnad mellan begreppen är att hjälpmedel för det dagliga livet är avsedda att användas individuellt vilket välfärdstekniken inte behöver vara, även om dess användning ofta är individuellt anpassad. Ofta är välfärdsteknik, till skillnad från hjälpmedel, ofta en tjänst snarare än en produkt.¹⁰

Enskild regi

Vård och omsorg som kommunen har det yttersta ansvaret för, men som utförs av annan än kommunen, till exempel bolag (inkl. kommunala bolag), stiftelse eller kooperativ, på uppdrag av och mot ersättning av kommunen eller som kommunen köper platser i särskilt boende av.

Kommunal regi

Vård och omsorg som utförs i huvudsak av kommunalt anställd personal.

Idéburna aktörer

Utredningen om idéburna aktörer i välfärden (FI 2018:04) har haft regeringens uppdrag att föreslå en tydlig definition av idéburna aktörer i välfärden.

Enligt utredningens förslag¹¹ ska en organisation för att klassificeras som en idéburen aktör i offentligt finansierad välfärdsverksamhet vara en juridisk person som

⁹ <https://termbank.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2020-10-10

¹⁰ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 56 f.

¹¹ SOU 2019:56. Idéburen välfärd, s. 17. Betänkande av Utredningen om Idéburna aktörer i välfärden.

1. inte är direkt eller indirekt ägd eller kontrollerad av staten, en kommun eller en region,
2. har ett syfte som är oegennyttigt,
3. bedriver eller har för avsikt att bedriva offentligt finansierad välfärdsverksamhet, och
4. inte gör några värdeöverföringar till annan än registrerade idéburna aktörer eller till forskning.

1.5 Tidigare och pågående utredningar som har betydelse för denna utrednings uppdrag

Det finns flera statliga utredningar – både pågående och nyligen avslutade – vars uppdrag och förslag har betydelse för den här utredningen. Dessa handlar om en äldreomsorgslag, stärkt kompetens i vård och omsorg, välfärdsteknik i äldreomsorgen, fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Även uppdrag av mer strukturell karaktär berör organisering av verksamheterna, exempelvis det som gäller den pågående omstruktureringen av hälso- och sjukvården, överynen av socialtjänstlagen samt utredningen om kunskapsstyrningen, Kommunutredningen och Tillitsdelegationen.

Nedan följer en kort redogörelse för utredningar vars förslag eller kartläggningar vi bedömer påverkar vårt uppdrag.

Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen

Utredningen hade i uppdrag att ta fram förslag på en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.¹² Uppdraget redovisades i mars 2017.¹³ I betänkandet föreslogs bland annat att undersköterska senast år 2025 ska bli ett legitimationsyrke. Det föreslogs vidare att regeringen skulle tillsätta en utredare för att ytterligare överväga utformning, övervägande och ekonomiska konsekvenser av införandet av legitimation för yrkesgruppen.

Utredningen resulterade i att en utredning om reglering av yrket undersköterska tillsattes.

¹² Dir. 2015:72. Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

¹³ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

Utredningen Reglering av yrket undersköterska

Regeringen tillsatte i oktober 2017 en särskild utredare med uppdraget att lämna förslag för att reglera yrket undersköterska i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen.¹⁴ Utredningen redovisade sitt uppdrag i april 2019.¹⁵ I betänkandet föreslår utredningen att yrket undersköterska regleras med en skyddad yrkestitel. Utredningen har även övervägt att föreslå legitimation och att förbehålla vissa arbetsuppgifter för undersköterskor, men finner att en skyddad yrkestitel är den mest ändamålsenliga regleringen för yrkesgruppen.

I propositionen 2020/21:175 Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket¹⁶ föreslår regeringen att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska ska få använda titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den som saknar ett sådant bevis ska inte heller få använda en titel som kan förväxlas med yrkestiteln undersköterska. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

Kommunutredningen

I februari 2017 beslutade regeringen att tillsätta en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppdraget att utarbeta en strategi för att stärka kommunernas kapacitet att fullgöra sina uppgifter och hantera sina utmaningar. Kommittén gavs även i uppdrag att utreda förutsättningarna för att ge kommunerna generella möjligheter till avtals-samverkan.¹⁷ Kommittén antog namnet Kommunutredningen. I februari 2020 redovisade kommittén sitt uppdrag.¹⁸

Utredningen bedömer att staten bör ta initiativ till generella åtgärder på nationell nivå som bidrar till rekryteringen till tjänster inom kommunernas verksamhetsområden. Åtgärderna bör syfta till att höja sysselsättningsgraden och arbetskraftsdeltagandet i befolkningen, särskilt bland utrikes födda.

¹⁴ Dir. 2017:103. Reglering av yrket undersköterska.

¹⁵ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

¹⁶ Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.

¹⁷ Dir. 2017:13. Stärkt kapacitet i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen.

¹⁸ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget.

Utredningen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

I november 2013 beslutade regeringen att tillkalla en nationell samordnare med uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.¹⁹ I betänkandet lyfts fram att det behövs en lång rad strategiska åtgärder för att möta de stora strukturella problem som sjukvården står inför.²⁰ Om vården ska bedrivas effektivt måste hälso- och sjukvårdssystemet såväl i organisatoriskt, kompetensmässigt som kulturellt hänseende ständigt anpassas. Den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredningen resulterade i en ny utredning med uppdrag att göra en fördjupad analys av förslagen i betänkandet.

Samordnad utveckling för god och nära vård

Sedan mars 2017 har utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) haft i uppdrag att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat och utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.²¹ Arbetet utgör ett viktigt steg i en strukturförändring av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, som innebär att primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande.²² I juni 2018 överlämnades det andra delbetänkandet.²³ Utredningens tredje delbetänkande lämnades i juni 2019.²⁴ Huvudbetänkandet lämnades i mars 2020.²⁵ Utredningen föreslår att det som i dag kallas

¹⁹ Dir. 2013:104. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.

²⁰ SOU 2016:2. Effektiv vård.

²¹ Dir. 2017:24. Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

²² SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild.

²³ SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform.

²⁴ SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan.

²⁵ SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

för hemsjukvård i stället bör benämnas hälso- och sjukvård i hemmet. Då blir det tydligare att den vård som ges i en persons bostad är lika betydelsefull som vård på sjukhus. Det enda som skiljer är platsen. Utredningen menar att fler patienter också ska få rätt till en individuell plan. Detta behöver förtydligas i flera olika lagar. I januari 2021 överlämnades det sista betänkandet som avrapporterar uppdraget kring psykisk ohälsa.²⁶

Utredningen har resulterat i ett reformarbete som pågår.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen

Regeringen beslutade i augusti 2018 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag på åtgärder som kan främja införande av välfärdsteknik för ökad trygghet och som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal och moderniserar verksamheten.²⁷

I mars 2020 överlämnades betänkandet med förslag om åtgärder för att välfärdstekniska lösningar bredare ska kunna införas inom äldreomsorgen.²⁸ Utredningen bedömer att det är en nationell angelägenhet att digitalisera vård och omsorg och att enskilda kommuner eller regioner bland annat saknar de organisatoriska förutsättningar som krävs.

Utredningen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Tillitsdelegationen

Regeringen beslutade den 16 juni 2016 att inrätta en delegation, Tillitsdelegationen, med uppdrag att inom ramen för befintliga regelverk vidareutveckla en tillitsfull styrning av kommunal och statlig verksamhet.²⁹ Under perioden juni 2016 – juni 2018 har Tillitsdelegationen arbetat för att främja en mer tillitsbaserad styrning och ledning av kommuner och landsting inom välfärdstjänsterna vård, omsorg och skola.

²⁶ SOU 2021:6. God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa.

²⁷ Dir. 2018:82. Välfärdsteknik i äldreomsorgen.

²⁸ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst.

²⁹ Dir. 2016:51. Tillit i styrningen.

Ett delbetänkande kring ersättningsmodeller lämnades i juni 2017.³⁰ Ett huvudbetänkande som omfattar den första delen av uppdraget i välfärdssektorn redovisades i juni 2018.³¹ Då överlämnades också en forskningsantologi³² och ett delbetänkande angående tillsyn.³³ I december 2017 fick Tillitsdelegationen ett tilläggsdirektiv att stödja statliga myndigheter att utveckla en mer tillitsbaserad styrning och ledning.³⁴ Ett betänkande redovisades i oktober 2019.³⁵

Regeringen beslutade den 28 mars 2019 om tilläggsdirektiv som förlängdes i april 2020, med uppdrag om en gemensam obligatorisk introduktionsutbildning för statsanställda.³⁶ Tillitsdelegationen överlämnade sitt slutbetänkande till regeringen den 24 juni 2020.³⁷

Betänkandet om en gemensam utbildning inom statsförvaltningen remissbehandlas under våren 2021.

Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning

Regeringen tillsatte 2018 utredningen om genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, då man såg ett behov av att stärka förutsättningarna för att bästa möjliga kunskap ska användas i hälso- och sjukvården.³⁸ I sitt betänkande lämnar utredningen ett flertal förslag, bedömningar och rekommendationer med syfte att stärka strukturer för en god hälso- och sjukvård. Det innebär bland annat att ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård får långsiktiga förutsättningar att utvecklas genom att en överenskommelse sluts mellan stat, regioner och kommuner.³⁹

Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet.

³⁰ SOU 2017:56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?

³¹ SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet – Tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.

³² SOU 2018:38. Styra och leda med tillit. Forskning och praktik.

³³ SOU 2018:48. En lärande tillsyn – Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.

³⁴ Dir. 2017:119. Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.

³⁵ SOU 2019:43. Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten.

³⁶ Dir. 2019:6. Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.

³⁷ SOU 2020:40. En gemensam utbildning inom statsförvaltningen.

³⁸ Dir. 2018:95. Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

³⁹ SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.

Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten

En särskild utredare har haft regeringens uppdrag att lämna förslag om hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och offentlig regi.⁴⁰ Syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst samt att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga. Utredningen lämnade sitt betänkande i november 2020.⁴¹

Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet.

Utredningen Framtidens socialtjänst

I april 2017 beslutade regeringen att uppdra åt en särskild utredare att se över socialtjänstlagen och vissa av socialtjänstens uppgifter.⁴² Uppdraget har omfattat att föreslå åtgärder som bland annat kan bidra till en rättssäker tillgång till socialtjänsten. Översynen ska leda till en lagstiftning som bland annat underlättar effektiva insatser som baseras på kunskap och hög kvalitet. Utredaren har även haft i uppdrag att se över socialtjänstlagens indelning i olika grupper. I augusti 2020 redovisade utredningen sitt uppdrag.⁴³

Utredningen förslag bereds i Regeringskansliet.

Coronakommissionen

Regeringen uppdrog i juni 2020 åt en kommission att utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effekter.⁴⁴ Coronakommissionen lämnade sitt delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin i december 2020.⁴⁵

Kommissionen slutsats är att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. Detta bottnar i strukturella brister,

⁴⁰ Dir. 2019:52. Införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

⁴¹ SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

⁴² Dir. 2017:39. Översyn av socialtjänstlagen.

⁴³ SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.

⁴⁴ Dir. 2020:74. Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19.

⁴⁵ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin.

vilka varit kända före virusutbrottet. För dessa brister bär den sittande regeringen och tidigare regeringar det yttersta ansvaret.

Coronakommissionen ska avsluta sitt uppdrag i februari 2022.

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner

I december 2020 tillsattes en utredning med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen (2001:453), SoL, med särskilda bestämmelser om vård och omsorg om och som bland annat innehåller bestämmelser om en nationell omsorgsplan. Utredaren ska också överväga och vid behov lämna förslag som stärker den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen.⁴⁶

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2022.

⁴⁶ Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

2 Historisk tillbakablick

Med detta kapitel vill vi ge en bakgrund till ämnet för utredningsuppdraget – kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. En kort historisk återblick ges, för att dagens vård och omsorg ska sättas i sitt sammanhang. Tyngdpunkten utgörs av en beskrivning av hur Ädel-reformen har påverkat vården och omsorgen om äldre. Sist redovisas de nationella målen för äldrepolitiken.

2.1 Från fattigstuga till eget hem

För att kunna förstå hur det omgivande samhället påverkar vården och omsorgen om äldre kan det vara värt att göra en kort historisk återblick.

2.1.1 En förändrad syn på boende för äldre

Äldreomsorgen i Sverige har sina rötter i gamla tiders fattigvård.¹ 1956 antog riksdagen socialhjälpslagen (1956:2) som ersatte fattigvårdslagen. Ett år senare, 1957, beslutade riksdagen om riktlinjer för ålderdomshemmen. Där angavs att vården måste respektera den äldre integritet, intressen och individuella önskemål samt i största möjliga utsträckning inriktas på att de äldre skulle få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.² Sedan 1950-talet har boendeformerna för äldre utvecklats och bostadsstandarden förbättrats.

¹ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 85. f. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

² Prop. 1957:38. Angående vissa frågor rörande åldringsvården, s. 60 ff.

I 1980 års socialtjänstlag (1980:620) infördes en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor.³

2.1.2 Eget hyreskontrakt – en viktig markering

I samband med den så kallade Ädel-reformen, som genomfördes den 1 januari 1992, utökades socialtjänstens ansvar avseende vård och service för äldre ytterligare. I socialtjänstlagen infördes bland annat en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre med behov av särskilt stöd. Till de särskilda boendeformerna hörde ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder och de sjukhem som överfördes från regionerna i och med reformen.⁴ Sjukhemmen, som inrymt den gamla långvården, avvecklades eller byggdes om. Den äldre person som flyttade till det som efter Ädel-reformen benämndes särskilt boende (SÄBO) fick ett eget hyreskontrakt. Det egna hyreskontraktet var en viktig markering, att den äldre är en person med rätt att bestämma i sitt hem och över sitt liv. I samband med Ädel-reformen fick socialtjänsten också en lagstadgad skyldighet att inrätta dagverksamheter.

2.1.3 Kvarboendepincipen och hemtjänsten

Kvarboendepincipen har sedan 1950-talet varit vägledande för hur svensk äldreomsorg utformats. I mitten av 1950-talet började alternativ till ålderdomshemmen att växa fram. Tre skäl har angetts för detta. Folkpensionsreformen 1948 innebar att äldre personer inte längre behövde flytta till ålderdomshem på grund av fattigdom. Det andra skälet var att bostadsstandarden förbättrats. Det tredje skälet var den nya verksamheten hemtjänst, som kom under 1950-talet. Hjälp kunde ges i den äldre personens hem. Utbyggnaden av servicehusen bidrog också till en utveckling av en omsorg på individens villkor.

³ 20 § i 1980 års SoL, finns nu i 5 kap. 5 § SoL.

⁴ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

Under 1980-talet utvecklades hemtjänst och hemsjukvård dygnet runt. Även äldre personer som behövde vård och omsorg kvälls- och nattetid fick möjlighet att bo kvar hemma.⁵

2.2 Äldreomsorgen – en del av den generella välfärdspolitiken

Samhällets syn på äldre personer, och på insatser som ges till individen, kommer till uttryck i lagar och förarbeten. I portalparagrafen i 1980 års socialtjänstlag uttrycks den grundläggande synen: alla insatser inom socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. I propositionen som låg till grund för lagen redovisas att målen inom äldreomsorgen är självbestämmande och normalisering. Servicen som den äldre väljer ska ges utan ingrepp i den personliga integriteten.⁶

Införandet av socialtjänstlagen var en konsekvens av ett förändrat synsätt under 1900-talet: stöd till äldre personer ska ses som en del av den generella välfärden som vi alla har rätt till under livet.

När 1980 års socialtjänstlag förbereddes, beslutades och infördes vistades många äldre med långvariga behov av hälso- och sjukvård i landstingens långtidsvård på sjukhus, sjukhem och motsvarande.⁷ Detta gjorde att socialtjänstens uppgifter inom äldreomsorgen mer kom att inriktas på övergripande planering och sociala tjänster medan sjukvårdsinsatserna ansågs vara landstingens ansvar.⁸ Efter att 1980 års socialtjänstlag trätt i kraft kom frågor om samverkan och samordning mellan huvudmännen att bli alltmer centrala inom äldreområdet.⁹

⁵ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 85 f. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁶ Prop. 1979/80:1 Del A. Om socialtjänsten

⁷ Alexanderson, P (2018). Socialtjänstens värdegrunder – etik i förarbeten och lagar om fattigvård.

⁸ SOU 1974:39. Socialvården – Mål och medel, s. 314.

⁹ SOU 1987:21. Äldreomsorg i utveckling, s. 181 och 207 ff, Prop. 1987:88:176 Om äldreomsorgen inför 90-talet, s. 60 och 68 ff.

2.2.1 Ädel-reformen och kommunernas samlade ansvar

Äldre personer skulle i och med Ädel-reformen få sina behov av trygghet, omvårdnad samt medicinsk och social service tillgodosedda utan att vara hänvisade till institutioner eller institutionsliknande boende.¹⁰ Det förväntades att utbyggnaden av särskilda boenden skulle öka.

När det gäller den hälso- och sjukvård som kommunerna fick ansvar för, framhöll regeringen att ansvaret ska vara av samma art som regionens motsvarande ansvar. Kvaliteten skulle vara densamma som inom regionens hälso- och sjukvård. Den delen av det kommunala ansvaret reglerades därför i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och inte i en särskild lag eller i socialtjänstlagen. På en central punkt skilde sig kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar från landstingens. Läkarinsatser omfattas inte.

Även om läkarmedverkan har stor betydelse i vårdarbetet, så bedömde då regeringen dessa insatser tidsmässigt och i allmänhet som en liten del av det samlade service- och vårdarbetet. Det ansågs därför naturligt att läkarinsatserna skulle hållas samman inom primärvården.¹¹

I anslutning till Ädel-reformen infördes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen) för personer som var medicinskt färdigbehandlade vid regionens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. Från 2018 gäller lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Samtidigt upphörde betalningsansvarslagen för viss hälso- och sjukvård.¹²

Genom Ädel-reformen fortsatte utvecklingen från åldringsvård till äldreomsorg mot en mer samlad vård och omsorg om äldre personer, där vård och omsorg står för insatser som regleras både i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och socialtjänstlagen (2001:453), SoL.¹³

¹⁰ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 38 ff, samt jfr. Socialutskottets betänkande 1990/91:SoU9 Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.

¹¹ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 58 f.

¹² Prop. 2016/17:106. Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, s. 27 och 70.

¹³ SOU 2017:21 Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 27. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. Jfr Socialstyrelsens termbank, *vård och omsorg* <https://termbank.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2021-04-14.

2.2.2 Mål för äldrepolitiken

Utgångspunkten för den svenska äldrepolitiken har formulerats i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Äldre kvinnor och män ska

- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- bemötas med respekt
- ha tillgång till god vård och omsorg.¹⁴
- vården och omsorgen ska vara jämlik och jämställd.¹⁵

Dessa mål är utgångspunkter för en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. En förutsättning för att Sveriges äldre ska få en vård och omsorg av god kvalitet är tillgången på personal med rätt kompetens. God bemanning och en effektiv organisering av arbetet leder till trygghet och säkerhet för den äldre.¹⁶

2.2.3 Den demografiska utvecklingen ställer krav på långsiktig planering

Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre är en av våra viktiga framtidsfrågor. Det hänger samman med den demografiska utvecklingen. Andelen äldre i förhållande till befolkningen i arbetsför ålder är en av de högsta i världen. Enligt SCB:s prognoser kommer denna utveckling att fortgå de kommande 20 åren, för att sedan plana ut på en relativt hög nivå.¹⁷ SCB beräknar att andelen personer 80 år och äldre år 2030 har ökat med 50 procent – från dagens 534 000 till cirka 801 000 personer. Andelen äldre invånare varierar dock kraftigt mellan olika kommuner.¹⁸

¹⁴ Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, avsnitt 6.1 s. 60 ff.

¹⁵ Prop. 2019/20:1. Budgetpropositionen för 2020, utgiftsområde 9, avsnitt 6.4, bet. 2019/20 SoU 1, rskr. 2019/20:135.

¹⁶ Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

¹⁷ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 167. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

¹⁸ SCB:s befolkningsframskrivning 2020.

Långtidsutredningen 2015 visar också på tilltagande regionala demografiska obalanser och ökad polarisering mellan stora och små (särskilt avlägset belägna) kommuner.¹⁹ De socioekonomiska skillnaderna påverkar kommunernas kapacitet att utföra sina uppgifter och erbjuda välfärd och service.²⁰

¹⁹ SOU 2015:104. Långtidsutredningen 2015, s. 275. Betänkande av Långtidsutredningen.

²⁰ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 193. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

3 Dagens vård och omsorg om äldre

Socialtjänsten är tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården den viktigaste aktören i vården och omsorgen om äldre personer som behöver insatser från samhället.

Detta kapitel beskriver dagens vård och omsorg om äldre, de olika insatser som ges och hur många personer som får insatserna. Sist redogörs för kostnadsutvecklingen inom området.

3.1 Så många får vård- och omsorgsinsatser

Socialtjänsten är tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården den viktigaste aktören i vården och omsorgen om äldre personer som behöver insatser från samhället.

Framstegen inom sjukvården kan innebära att enskilda visserligen kan ha mindre behov av sjukhusvård, men samtidigt behöver mer vård, stöd och omsorg av primärvården, hemsjukvården, socialtjänsten och anhöriga. Hela systemet hänger ihop – framsteg på ett område kan få konsekvenser i en annan del av systemet.¹ Det har betydelse för kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre.

3.1.1 Alltmer avancerad vård sker i hemmen

Socialstyrelsen har i en förstudie beskriver den kommunalt finansierade hälso- och sjukvårdens expansion.² Allt fler äldre personer med komplexa vårdbehov får kvalificerad sjukvård i hemmet, bland annat till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och

¹ Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre, s. 15 f. Lägesrapport 2020.

² Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.

de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat. En effekt blir också att rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Sammantaget ställer detta krav på personalresurser och kompetens. Dessutom är behoven av samordnade insatser från flera utförare vanliga, vilket medför krav på samverkan med både socialtjänst och regioner.³ Mycket vård och omsorg om äldre utförs i dag av anhöriga.⁴

3.1.2 Insatser enligt socialtjänstlagen

I dag är det cirka 36 procent av befolkningen 80 år och äldre som har insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, i form av hemtjänst, särskilt boende eller korttidsboende. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bedömer att om behovet inom åldersgruppen fortsätter att vara detsamma, och tillgången till insatser oförändrad, innebär det en ökning med 52 procent på 11 år. Detta kommer ske samtidigt som den del av befolkningen som är 20–64 år minskar något.⁵

Under 2020 hade sammanlagt 400 000 personer, 65 år och äldre, minst en pågående insats enligt 4 kap. 1 § SoL vilket är ungefär lika många som året innan. Detta motsvarar 18 procent av befolkningen 65 år och äldre; 22 procent av kvinnorna och 14 procent av männen. Av dessa personer bodde 108 000 på särskilt boende under året – 65 procent kvinnor och 35 procent män.⁶

Bland personer 80 år och äldre hade 54 procent av kvinnorna och 37 procent av männen någon insats under året. Bland personer 95 år och äldre bodde 46 procent av kvinnorna och 34 procent av männen på särskilt boende under året.⁷

Om man i stället räknar insats som ges en speciell dag, så hade drygt 324 697 äldre personer minst en verkställd insats enligt SoL

³ Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, förstudie s. 7–8. 50.

⁴ Socialstyrelsen (2020). Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer, s. 25. Underlag till en nationell strategi.

⁵ United Nations. World Population Prospects 2017. 2017: Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre, s. 15. Lägesrapport 2020.

⁶ Socialstyrelsen (2021). Statistik 2020. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre.

⁷ Ibid.

den 31 oktober 2020. Det motsvarar 15 procent av befolkningen 65 år och äldre.⁸

Trygghetslarm, hemtjänst, särskilt boende och matdistribution var de vanligaste insatserna.

Under coronapandemin har betydligt färre äldre personer fått en hemtjänstinsats utförd för första gången. Detta framgår av en analys som Socialstyrelsen har gjort. Mellan mars och maj 2020 minskade andelen med 45 procent bland personer 70 år och äldre. Rädsla för att bli smittad kan vara en rimlig förklaring.^{9 10}

Detsamma gäller för personer som flyttade in på SÄBO. I juni började antalet som flyttade in på SÄBO öka igen men ligger fortfarande på betydligt lägre nivåer än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019.¹¹

Allt fler kommuner inför modeller för att förenkla kommunernas biståndsbedömning av hemtjänstinsatser. Trenden är tydlig att allt fler äldre personer beviljas hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning. År 2020 fick 1 624 personer hemtjänst genom förenklad biståndsbedömning i 17 kommuner, jämfört med 298 personer i 14 kommuner 2019.¹²

När det gäller den nya bestämmelsen från 2018 i 4 kap. 2 § a SoL om att socialnämnden i kommunen kan erbjuda hemtjänst till äldre personer utan föregående behovsprövning har Socialstyrelsen haft regeringens uppdrag att analysera och ge förslag på hur kommunerna på lämpligt sätt kan redovisa uppgifterna. På kort sikt kan uppgifterna hämtas in genom de undersökningar som görs inom ramen för öppna jämförelser. På längre sikt föreslår Socialstyrelsen att registret för äldre och personer med funktionsnedsättning kompletteras med uppgifter om insatser beviljade enligt den nya bestämmelsen.¹³

⁸ Socialstyrelsen (2021) Statistik, Tabell 1a. Antal 65 år och äldre med pågående beslut om insats den 31 oktober 2020. Fördelade efter ålder, kön och insatstyp. Riket.Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020.

⁹ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre, s. 121. Lägesrapport 2021.

¹⁰ www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/minskning-av-aldre-som-fatt-hemtjanst-under-pandemin/ Socialstyrelsen följer löpande effekterna av covid-19 och har nu analyserat hur hemtjänstinsatserna till äldre har påverkats under pandemin.

¹¹ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre, s. 106–107. Lägesrapport 2021.

¹² Ibid, s. 95–96.

¹³ Socialstyrelsen (2019). Följa upp insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre.

3.1.3 Insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Under 2019 fick 364 000 personer (oavsett ålder) minst en insats i den kommunala hälso- och sjukvården. Cirka 300 000 av dessa var över 65 år – 63 procent kvinnor och 37 procent män. Cirka 45 procent av personer 80 år och äldre fick vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.¹⁴

Kommunal hälso- och sjukvård ges både i särskilt boende och ordinarie boende (sjukvård i hemmet). I åldersgruppen 65 år och äldre bodde 35 procent av kvinnorna och 30 procent av männen i särskilt boende.

Drygt 43 procent av patienterna fick vård inom den kommunala hälso- och sjukvården varje månad. Övriga har det mer sällan.

3.1.4 Både kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser

Av de sammanlagt 363 709 personer oavsett ålder – 217 358 kvinnor och 146 351 män – som var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård 2019, fick 44 procent insatser hela året. 69 procent fick även insatser genom socialtjänsten och 28 procent bodde i särskilda boenden. Här var skillnaderna mellan kvinnor och män relativt liten.¹⁵ Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både vård och sociala insatser. Vårdåtgärder och sociala insatser kan behöva utföras av flera olika verksamheter. De kan utföras både av verksamheter i egen regi och av andra utförare.

Här är ett exempel på vilka som kan finnas runt en person som får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård:

- kommunen som huvudman för socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård
- regionen som huvudman för hälso- och sjukvård,
- olika vårdgivare och
- olika utförare av socialtjänst.¹⁶

¹⁴ Socialstyrelsen (2020). Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård 2019.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Socialstyrelsen (2019), Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, s. 16. Förstudie.

Samma insats kan vara både socialtjänst och hälso- och sjukvård

I betänkandet God och nära vård – Vård i samverkan – beskrivs hur det ibland kan vara svårt att avgöra om en specifik handling för en enskild är en hälso- och sjukvårdsinsats eller en socialtjänstinsats.¹⁷ Det kan vara avgörande när det till exempel gäller samverkansform med andra aktörer, skyldigheten att föra patientjournal eller dokumentation i personakt och i förlängningen vilken huvudman som finansierar insatsen.

För att avgöra om en insats är en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller en socialtjänstinsats måste man se till bakgrunden och syftet. Om syftet är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador hos individen är det hälso- och sjukvård. Om handlingen i stället utförs som en del av ett av socialnämnden bedömt biståndsbehov är det socialtjänst. I praktiken kan rättstillämpningen ändå ställas inför svåra gränsdragningar. Ett sådant exempel är att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSF 2009:6) och därmed inte längre formellt ses som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Den enskilde kan behöva hjälp med att ta ett läkemedel eller att lägga om ett sår på grund av funktionsnedsättning och kan då beviljas det efter prövning av socialnämnden. Det är då en socialtjänstinsats.¹⁸ Området är omdiskuterat och komplext.

3.1.5 Mycket vård och stöd ges av anhöriga

Insatser som ges av anhöriga ökar. Det bekräftas av olika undersökningar. Det påverkar kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. I genomsnitt ger ungefär 20 procent av den vuxna befolkningen omsorg till en närstående. Uppskattningsvis 40–50 procent av alla omsorgstimmar utförs av andra äldre personer. Ofta handlar det om omfattande insatser, exempelvis till en partner med demenssjukdom.¹⁹

Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap. 10 § SoL som tydliggör att socialtjänsten ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre

¹⁷ SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan, s. 133. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

¹⁸ Ibid, s. 133–134.

¹⁹ Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre, s. 35. Lägesrapport 2020.

eller som stödjer en person med funktionsnedsättning. Anhörigstödet ska kännetecknas av individualisering, flexibilitet och kvalitet.²⁰ Regionerna saknar motsvarande skyldighet, men hälso- och sjukvården har ett ansvar att identifiera och arbeta hälsofrämjande och förebyggande med personer eller grupper som riskerar att drabbas av ohälsa.²¹ Regeringen har dock markerat att hälso- och sjukvården ska i förebyggande syfte uppmärksamma om anhöriga riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en närstående.²²

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att under 2020 ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer.²³ Uppdraget är nu redovisat.²⁴ Syftet med den kommande strategin är att utifrån bästa tillgängliga kunskap bidra till att stöd till anhöriga som vårdar eller stödjer en närstående äldre är tillgängligt och utformat efter behov.

3.2 Många utförare av vård och omsorg

För att kunna ge en tydligare bild av vad som påverkar kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre så behöver utförarna – arbetsgivarna – beskrivas. Organiseringen ser olika ut utifrån kommunernas förutsättningar, men det är alltid kommunen som är ytterst ansvarig för verksamheten.

I Enhetsundersökningen²⁵ som Socialstyrelsen genomför varje år²⁶ har cirka 2 000 hemtjänstverksamheter och över 2 000 SÄBO redovisats. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) anger cirka 1 700 SÄBO och cirka 3 000 hemtjänstenheter.²⁷

²⁰ Prop. 2008/09:82. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående, s. 21.

²¹ 3 kap. 2 § HSL.

²² Prop. 2008/09:82, s. 16.

²³ Regeringen (2019). Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Diarienummer: S2019/04223/FST.

²⁴ Socialstyrelsen (2020). Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi.

²⁵ www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/ – hämtad 2021-03-17.

²⁶ Enhetsundersökningen genomfördes inte 2020 på grund av coronapandemin. Förseningar under 2021.

²⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin.

3.2.1 Privata utförare inom vård och omsorg

2009 infördes lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Privata utförare inbjuds att ingå i det offentligt finansierade utbudet. Valfrihetssystemen går under olika namn beroende på verksamhetsområde, till exempel kundvalsmodell inom äldreomsorgen eller vårdval inom hälso- och sjukvården. Regionerna måste tillämpa LOV i primärvården. För kommuner är det frivilligt att använda sig av valfrihetssystem, till exempel inom ramen för socialtjänstlagen eller LSS.

När beslut har fattats om att införa valfrihet inom ett verksamhetsområde ska lagen om valfrihetssystem, LOV, användas. Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling kan också tillämpas, 160 kommuner har infört LOV och 114 kommuner har inte haft LOV medan 16 kommuner har fattat beslut om att avbryta LOV. Kommuner som har avslutat sina LOV-system har primärt angivit att det varit få brukare som valt andra utförare än den kommunala, eller att få företag valt att etablera sig i kommunen.²⁸

Sedan 2015 har antalet kommuner med LOV varit relativt stabilt. Hemtjänsten är den vanligaste verksamheten i kommunerna där valfrihetssystem enligt LOV tillämpas. En utveckling är däremot att färre företag är verksamma inom hemtjänst enligt LOV. Orsakerna tros vara ett ökat fokus på avtalsuppföljningar, tillståndsplikt för leverantörerna samt ett ansträngt ekonomiskt läge för kommunerna. Av de 160 kommunerna med valfrihetssystem i drift tillämpar 157 kommuner detta inom hemtjänsten. 22 kommuner har även infört valfrihetssystem för särskilda boenden för äldre. Det område som under de senaste åren ökat mest är LOV inom särskilt boende för äldre.²⁹ De som valt bort LOV eller inte tagit ställning är främst mindre kommuner i det inre av Svealand och i norra Sverige. Malmö är den största kommunen som helt saknar valfrihetssystem.

1 oktober 2020 bodde nästan 84 000 personer som var äldre än 65 år på särskilt boende och knappt 5 500 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende och korttidsplats som drivs i kommunal regi. Antalet äldre på särskilt boende i kommunal i regi har varit relativt stabilt under åren 2013 till 2019. Mellan den 1 oktober 2019 och den 1 oktober 2020 minskade antalet äldre

²⁸ <https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/socialomsorg/valfrihetssystemikommunerbeslutslaget2020.33705.html> – hämtad 2021-04-26.

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner. Beslutsläge, LOV-införande, juli, 2020.

på särskilda boenden i kommunal regi med drygt 3 200 personer (5 procent) vilket är den största minskningen sedan år 2007. Under denna period minskade även antalet personer på korttidsplats i kommunal regi med 1 500 personer (23 procent). Även antalet äldre på särskilt boende och korttidsplats i enskild regi minskade.

Den 1 oktober 2020 hade nästan 236 000 personer beviljad hemtjänst i ordinärt boende. Knappt 40 000 äldre hade hemtjänst utförd i enskild regi, vilket motsvarar cirka 17 procent. När det gäller hemtjänststimmar var andelen ännu större. En av fyra hemtjänststimmar för äldre utfördes i enskild regi.³⁰

De idéburna aktörerna

Vård- och omsorgsverksamhet i enskild regi omfattar, utöver företag, även föreningar, stiftelser och samfälligheter. De aktörerna brukar i regel vara idéburna. Kännetecknande för de idéburna aktörerna är att de frivilligt valt att gå samman kring en idé och värdegrund, att allmännytta eller medlemsnytta är deras främsta drivkraft samt att eventuella överskott går tillbaka till verksamheten och därmed kommer samhället till godo.

Föreningar, stiftelser (och enskilda) utgör en del i kategorin privata utförare. Volymen verksamhet som köps från idéburna aktörer utgörs av cirka 1/8 i förhållande till verksamhet som köps från privata företag (for profit). Regionerna har ökat sina köp från idéburna aktörer med 64 procent 2012–2019, medan kommunernas köp ökat med endast tre procent.³¹

3.2.2 Utökad tillståndsplikt för att bedriva verksamhet

Sedan 2019 behöver privata aktörer tillstånd för att bedriva hemtjänst.³² Totalt kom 590 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet in till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2019. De flesta ansökningar (360 av 590) gäller verksamheter som bedrevs

³⁰ Socialstyrelsen (2021). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020.

³¹ Köp av verksamheter

<https://skr.se/ekonomijuridik/ekonomi/sectornisiffror/kopavverksamhet.35817.html>
– hämtad 2021-04-29

³² Prop. 2017/18:158. Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.

redan innan aktörerna behövde tillstånd. Men det verkar också ha tillkommit nya aktörer. 230 ansökningar om tillstånd har kommit in till IVO där det inte framgår att verksamheten var i drift innan de ansökte om tillstånd. IVO har endast fått ett fåtal ansökningar om tillstånd för biståndsbedömt trygghetsboende efter att detta blev tillståndspliktigt för privata aktörer 2019.

3.2.3 Ersättningsmodeller som styrmedel

I sin första rapport³³ beskriver Tillitsdelegationen vad som utgör den sammantagna styrningen av offentligt finansierad verksamhet:

- regelstyrning i form av lagar, regler och förordningar
- ekonomistyrning, ekonomisk budgetering och uppföljning
- prestationsstyrning med kontroll av kvalitet, effektivitet och måluppfyllelse, samt
- normativ styrning med värdegrund, ledarskap och kultur.

Ekonomisk styrning och ersättningsmodeller är alltså en del av denna sammantagna styrning. Den styrning som tillämpas i kommunen, exempelvis genom kommunala riktlinjer, påverkar de insatser som ges i äldreomsorgen. Därmed påverkas även arbetsvillkoren och yrkesutövningen.

Modeller för valfrihetssystem och ersättning

Kommunerna har valt olika modeller för sina valfrihetssystem. De kan omfatta serviceinsatser, omvårdnadsinsatser, hemsjukvård, delegerad hemsjukvård var för sig eller i kombination. Ersättningen är oftast baserad på en analys av vad den egna verksamheten kostar men andra faktorer har också betydelse, såsom prisnivån i andra kommuner i regionen, marknadssituationen, effektiviseringskrav och politiska prioriteringar.

Det är inom hemtjänsten som flest kommuner infört valfrihetssystem. Godkända leverantörer enligt lagen om valfrihetssystem,

³³ SOU 2017:56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? s. 50. Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

LOV, ska ha samma villkor. Det gäller både kvalitetskrav och ersättningsbelopp. SKR har gjort en inventering bland landets kommuner 2019.³⁴

Ersättningssystem och ersättningsbelopp

De vanligaste modellerna som ersättning utgår ifrån baserar sig på biståndsbeslutad/beviljad tid eller för tiden som utförs av utförarna i förhållande till biståndsbeslutet, utförd tid. Vissa kommuner har dock andra modeller. Det kan exempelvis handla om ersättning utifrån olika nivåbeslut.

Val av ersättningsmodell sker utifrån lokala förutsättningar och prioriteringar. För att skapa rättvisa ekonomiska villkor, differentieras ersättningen till utförarna utifrån olika faktorer, till exempel:

- typ av tjänst som service, omvårdnad, hemsjukvård
- tidsdifferentiering: dag, kväll, natt, helg,
- geografisk differentiering: tätort, glesbygd, landsbygd,
- regiform: egen eller privat.

Stor spridning i ersättningen

Det är stor spridning mellan kommunernas ersättningar. 2019 var genomsnittet för omvårdnadsinsatser dagtid i egen regi 433 kronor per timme och privat regi 438 kronor, men beloppet varierade mellan 315 och 558 kronor per timme.³⁵

Till viss del förklaras spridningen av att kommunerna ersätter på olika sätt. Det kan handla om att ersättning utgår för beviljad tid, per tjänst, eller för utförd tid som antingen är elektroniskt uppmätt eller manuellt inrapporterad. En annan förklaring kan vara kravställandet

³⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Ersättningssystem för hemtjänst. <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattning-smodeller/socialomsorg/ersattningssystem/ersattningssystemhemtjanst2019.31355.html> – hämtad 2021-04-26.

³⁵ <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattning-smodeller/socialomsorg/ersattningssystem/ersattningssystemhemtjanst2019.31355.html> – hämtad 2021-04-26.

kring de tjänster som upphandlas.³⁶ Kommunerna anger en rad andra faktorer som påverkar priset. Några exempel är

- dubbelbemanning,
- bomtider/utebliven insats, kommuner uppger att grundersättning räknas upp för detta,
- kringtider såsom resor,
- dokumentation etcetera,
- startersättning för nya brukare,
- målrelaterad ersättning.

Andra exempel som lyfts är att extra ersättning utgår till utförare som erbjuder sin personal sammanhållen arbetstid och rätt till heltid.³⁷

3.3 Kostnadsutvecklingen i äldreomsorgen

Äldreomsorgens kostnadsutveckling redovisas enligt nedanstående tabell 1 i budgetpropositionen 2021. Särskilt boende (SÄBO) står för den största delen av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre. Vid en jämförelse mellan åren 2019 och 2018 kan det konstateras att kommunernas sammanlagda kostnader har ökat med 1,7 miljarder kronor.

Tabell 3.1 Kommunens kostnader för vård och omsorg om äldre

Miljarder kronor	2015	2016	2017	2018	2019
Vård och omsorg i ordinärt boende	47,6	48,9	50,7	52,8	53,6
Vård och omsorg i särskilt boende	64,4	66,9	69,3	71,8	72,7
Öppen verksamhet	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
Totalt	113,6	117,4	121,7	126,3	128,0

Källa: Statistiska centralbyrån, Statistikdatabasen Kommunernas och regionernas verksamhetsindelade bokslut, 2019, Rikstotal, RS för kommuner. Siffrorna för 2019 härrör från juni 2020 och är preliminära, (ur Budgetpropositionen 2021).

³⁶ För fördjupning, se Upphandlingsmyndighetens webbplats Valfrihetswebben, <https://www.valfrihetswebben.se/> – hämtad 2021-04-26.

³⁷ https://dhs.sp.regeringskansliet.se/kom/S_2019_04/Administrativt/Betänkandet/Underlagsmaterial/SKR/Presentation%20om%20hemtjänstersattningar%202019.pdf%20.pdf – hämtad 2021-04-26.

I Socialstyrelsens lägesrapport för vård och omsorg om äldre³⁸ analyseras kostnadsutvecklingen enligt följande: Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre har sedan 2015 ökat med 5,2 miljarder kronor, även om kostnaderna minskade med 1,2 procent mellan år 2018 och 2019. De drivs framför allt av ökade kostnader för hemtjänsten, vilket i sin tur beror både på att fler personer får hemtjänst och att hemtjänsten kostar mer per person än tidigare. Även kostnaderna för särskilt boende har ökat, medan kostnaderna under de senaste åren har sjunkit något för korttidsboende och dagverksamhet.

³⁸ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre, s. 31. Lägesrapport 2021.

4 Personalen inom vården och omsorgen om äldre

Detta kapitel innehåller en genomgång av de personalkategorier som i dag arbetar inom vården och omsorgen om äldre. Här redogörs också för anställningsformer, rörlighet, sjuktal och genomsnittlig avgångsålder. Siste redovisas en prognos för det framtida behovet av personal.

4.1.1 Biståndsbedömningen – porten in i verksamheten

Biståndshandläggare finns i alla kommuner men kallas ibland biståndsbedömare, hemtjänstassistent eller något annat. Biståndshandläggaren arbetar med myndighetsutövning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, bedömer behov och fattar beslut i biståndsärenden. Biståndshandläggaren behöver därför ta reda på vad den sökande behöver hjälp med och vilka sysslor hon eller han klarar av att utföra själv.

I biståndshandläggarens uppgift brukar också ingå att informera om vilka insatser kommunen har att erbjuda. Ibland kan det finnas flera möjliga sätt att få hjälp. Exempelvis kan hemtjänst kombinerad med dagverksamhet vara ett alternativ till särskilt boende. Hänsyn ska i största möjliga mån tas till den enskildes önskemål. Vissa kommuner erbjuder kundval inom äldreomsorgen. Det betyder att den äldre själv får välja vem som ska utföra de insatser som har beviljats. Biståndshandläggaren ger information om vilka utförare som finns att välja emellan.

I biståndshandläggarens arbete kan också ingå att följa upp insatserna. Biståndshandläggaren gör dokumentation och ser till att individuella möten, vårdplaneringar och samverkan med övrig personal, myndigheter samt den äldres anhöriga bokas in vid behov.

År 2019 var cirka 71 procent av biståndshandläggarna ansvariga för i genomsnitt 106 äldre personer. Det framgår av öppna jämförelser, som varje år redovisas av Socialstyrelsen.¹ Biståndshandläggarna har således en central roll i vården och omsorgen om äldre.

4.1.2 Undersköterskor och vårdbiträden

Undersköterska inom hemtjänsten, hemsjukvården/den kommunala hälso- och sjukvården eller på särskilda boenden (SÄBO) är Sveriges största yrkesgrupp. Enligt yrkesregistret² fanns det 2019 cirka 132 300 undersköterskor i hemtjänst, hemsjukvård och på SÄBO och 78 600 vårdbiträden. Undersköterskor och vårdbiträden utgör de största yrkesgrupperna inom vården och omsorgen om äldre.

I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) görs antagandet att det i dag finns omkring 180 000 yrkesverksamma undersköterskor varav 50 procent arbetar i kommunen och 25 procent i regionen. Denna uppskattning baseras på uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Vårdföretagarna, KFO och Arbetsgivaralliansen utifrån verksamheternas egen uppskattning av antalet. Med begreppet undersköterska avses, enligt samma betänkande, personer som har en examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande tidigare gymnasieprogram eller godkänd utbildning i vård- och omsorgsprogrammet yrkesämnen inom vuxenutbildningen.³

I regeringens departementspromemoria Ds 2020:15 om reglering av undersköterskeyrket framhålls att det är komplicerat att bedöma det exakta antalet yrkesverksamma undersköterskor. Detta beror delvis på vilken beräkningsgrund som väljs: utbildning, yrkestitel eller arbetsuppgifter. Den uppskattning som gjorts i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) av antalet yrkesverksamma undersköterskor baseras på verksamheternas självskattning utifrån hur verksamheterna själva definierar vilka som är undersköterskor.

¹ Socialstyrelsen (2020). Öppna jämförelser 2020. Äldreomsorg.

² www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/pong/tabell-och-diagram/30-vanligaste-yrkena/ – hämtad 2021-04-08.

³ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska, s. 10, 229.

Det finns en historisk förklaring till en del oklarheter. I betänkandet *Läs mig!* reder man ut begreppen.⁴ För flera decennier sedan var undersköterskor en personalgrupp inom hälso- och sjukvården, medan vårdbiträden var verksamma inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Under en period fanns gymnasiala yrkesförberedande utbildningar för båda yrkesgrupperna, vårdlinjen och sociala servicelinjen. Men när omvårdnadsprogrammet 1996 infördes i gymnasieskolan slogs dessa utbildningar ihop. Det fanns även korta utbildningar för vårdbiträden, utan krav på tidigare yrkeserfarenhet (20 veckor) och med föregående yrkeserfarenhet (10 veckor). I arbetsorganisationer i kommuner och hos privata utförare har de båda yrkesbenämningarna på många håll funnits kvar.

I en del arbetsorganisationer som tillämpar denna uppdelning har den med tiden kommit att beskriva ifall den anställde har adekvat yrkesutbildning för sitt arbete (1 400 poäng i yrkesämnen) (undersköterska) eller inte (vårdbiträde). Flera vårdbiträden kan ändå ha olika former av äldre vårdbiträdesutbildningar eller ofullständig undersköterskeutbildning, skriver utredningen.⁵

4.1.3 Legitimerad personal

Utöver undersköterskor och vårdbiträden finns flera grupper av legitimerad personal inom vården och omsorgen om äldre. Nationell statistik över legitimerad personal visar att cirka 13 870 sjuksköterskor, 2 700 arbetsterapeuter, 1 940 fysioterapeuter och knappt 40 dietister arbetar i verksamheterna.⁶

⁴ SOU 2017:21. *Läs mig!* Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 306. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁵ *Ibid*, s. 306.

⁶ I 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, anges de 21 yrken som i dag är legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården. Beteckningen legitimerad får enligt 6 kap. 3 § PSL användas endast av den som fått legitimation.

Tabell 4.1 Legitimerad personal inom vården och omsorgen av äldre

Antal legitimerad personal inom vården och omsorgen av äldre 2017–2018, samt andel (%) fördelat på kön och verksamhetsområde

Yrken	2017	2018
Sjuksköterskor	14 074	13 869
Arbeterapeuter	2 665	2 705
Fysioterapeuter	1 914	1 940
Dietister	37	40

Källa: Socialstyrelsen, Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2021. Uppgifterna gäller antal anställda och gör ingen skillnad på heltider och deltid.

Med anställd avses alla som utfört ett lönearbete i Sverige minst fyra timmar i november.

* För dietisterna redovisas inga andelar p.g.a. låga tal.

Källa: Legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadssituation (LOVA), Socialstyrelsen.

Sjuksköterskor

Sjuksköterskor arbetar inom en mängd olika verksamheter och därmed varierar arbetsuppgifter, ansvar och krav på kompetens och ansvar. Omvårdnad är den legitimerade sjuksköterskans specifika kompetens. Sjuksköterskan ansvarar självständigt för kliniska beslut som erbjuder människor ökade möjligheter att förbättra, bibehålla eller återfå sin hälsa, hantera hälsoproblem, sjukdom eller funktionsnedsättning och uppnå bästa möjliga välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Det handlar om att självständigt och i teamsamarbeten och tillsammans med patienten och anhöriga ansvara för bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnaden. Arbetet ska utföras i enlighet med gällande lagar, författningar och andra styrdokument för hälso- och sjukvården.

Arbeterapeuter

Arbeterapeuten bedömer hur personer med skada eller sjukdom har förmåga och förutsättningar att utföra dagliga aktiviteter i samspel med förhållanden i omgivningen. Åtgärder bygger på resultatet av bedömningen och syftar till att personen ska bli delaktig i de dagliga aktiviteterna och på så sätt uppnå hälsa och välbefinnande. En viktig del i arbetsterapeutens arbete är att prova ut och anpassa olika hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för patienten. Arbetsterapeuten arbetar med patienten individuellt eller i grupp.

Ofta sker arbetet i team med andra yrkesgrupper, såsom fysioterapeuter, psykologer, sjuksköterskor, logopeder och läkare.⁷

Fysioterapeuter

Sedan den 1 januari 2014 är fysioterapeut skyddad yrkestitel för sjukgymnaster och den benämning som ska användas på yrkeskåren i första hand. Fysioterapeuter finns i hela hälso- och sjukvården. De största målgrupperna som fysioterapeuter behandlar inom hälso- och sjukvården är personer med hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, neurologiska, psykiska och reumatologiska sjukdomar samt tumörsjukdomar. Det hälsofrämjande arbetet innefattar folkhälsoarbete i vid mening, både inom och utom hälso- och sjukvården, exempelvis undervisning om vikten av fysisk aktivitet och motion.

Dietister

I ett mindre antal kommuner finns anställda dietister. I många fall köper kommunerna dietistkompetens av regionerna. Dietisten arbetar förebyggande för att främja ett hälsosamt åldrande, motverka undernäring och ohälsa samt övervikt. De verkar för matglädje och måltidsglädje.

Nutritionsomhändertagandet utgör en del av medicinsk behandling och av omvårdnaden om den äldre personen. Den enskilde äldre rör sig vanligtvis mellan regional och kommunal primärvård, öppen och slutenvård samt omsorg. Därför är samverkan mellan olika verksamheter och professioner viktig.

Logopeder

Logopeder arbetar i dag med rehabilitering av äldre personer inom den specialiserade hälso- och sjukvården. När alltmer av hälso- och sjukvård ges utanför sjukhusen uppkommer också ett behov av medverkan från logopeder i kommunernas vård och omsorg om äldre. Logopeder arbetar till exempel med personer som har kom-

⁷ Prop. 2012/13:175. Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, s. 74.

munikations- och/eller ät- och sväljsvårigheter till följd av neurologisk skada. Logopedernas kompetens är viktig såväl i rehabiliteringen som i funktionsbevarande arbete.

4.1.4 Övriga personalkategorier

Det finns ett antal andra personalkategorier som på olika arbetar med äldre personer inom vården och omsorgen. Det gäller exempelvis äldrekuratorer, stödpedagoger, kultur- och aktiveringspedagoger.

4.1.5 Kvinnorna dominerar stort

Den största yrkesgruppen i SCB:s yrkesregister, undersköterskor inom hemtjänst, hemsjukvård och äldreboenden, är också en av de mest kvinnodominerade med 91 procent kvinnor och endast 9 procent män. I yrkesgruppen vårdbiträde är fördelningen 74 procent kvinnor och 26 procent män.⁸

4.2 Olika utbildningsvägar

Det finns olika vägar att utbilda sig till undersköterska/skötare och vårdbiträde. Utbildningsvägarna till undersköterskeyrket är för närvarande dels gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram som omfattar 2 500 gymnasiepoäng, dels vuxenutbildning (komvux eller olika folkhögskolor).

- Kommunal vuxenutbildningen kan arrangeras i egen regi eller via entreprenad av fristående utbildningsleverantörer.
- Vuxenutbildning kan också bedrivas som uppdragsutbildning på uppdrag av en arbetsgivare.
- Arbetsförmedlingen upphandlar vårdbiträdesutbildning som en arbetsmarknadsutbildning av fristående utbildningsleverantörer.

⁸ SCB:s yrkesregister. SCB 2021-03-04

Skolverket har, i samråd med bransch-kunniga, utformat så kallade nationella yrkespaket som beskriver vilken specifik kombination av kurser som motsvarar kompetenskraven på nationell nivå för olika yrkesområden. Yrkespaketen kan läsas inom komvux och på gymnasieskolans introduktionsprogram. Det finns två nationella yrkespaket, ett till vårdbiträde (800 poäng) och ett till undersköterska (1 500 poäng). Det nationella yrkespaketet för undersköterskor innehåller i huvudsak samma omfattning av yrkesämnen som vård- och omsorgsprogrammet programgemensamma ämnen och omfattar 1 500 gymnasiepoäng.

Skolverket har, efter regeringens beslut, gjort förändringar i vård- och omsorgsprogrammet som träder i kraft den 1 juli 2021.⁹

Uppdragsutbildningar är i regel kortare än de utbildningar som ges i form av yrkespaketet för arbete som undersköterska. I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) bedöms yrkespaketet i framtiden sannolikt utgöra rekryteringsbasen för undersköterskeyrket. Enligt betänkandet bör yrkespaketet bedömas som likvärdigt med den undersköterskeexamen som var utgångspunkten för betänkandets förslag.¹⁰ I promemorian om reglering av undersköterskeyrket görs samma bedömning.^{11 12}

4.2.1 Validering

Enligt 20 kap. 42 § skollagen (2010:800) är validering en process som innebär en strukturerad bedömning, värdering och dokumentation och ett erkännande av kunskaper och kompetens som en person har, oberoende av hur de förvärvats. Validering innebär att man kartlägger, bedömer och värderar en individs faktiska kunskaper, färdigheter och förmågor, det vill säga en individs reella kompetens. Det

⁹ www.skolverket.se/undervisning/gymnasieskolan/aktuella-forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-av-vard--och-omsorgsprogrammet – hämtad 2021-03-31

¹⁰ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 209. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

¹¹ Ds 2020:15. Reglering av undersköterskeyrket.

¹² De programgemensamma ämnena anges i bilaga 1 till gymnasieförordningen enligt följande: anatomi och fysiologi (100), funktionsförmåga och funktionsnedsättning (200), gerontologi och geriatrik (100), hälso- och sjukvård (200), omvårdnad (200), psykiatri (200), psykologi (50), samhällskunskap (50), social omsorg (200), svenska eller svenska som andra språk (100).

kan också handla om att översätta redan existerande betyg eller intyg från ett annat land till svenska förhållanden.¹³

Validering av yrkesverksamma undersköterskor sker inom ramen för vuxenutbildningen. Vård- och omsorgscollege är en partsgemensam organisation för regional och lokal samverkan med tydliga nivåer och krav för utbildning inom vård och omsorg. Vård- och omsorgscollege har utarbetat nationella riktlinjer för validering som innebär att den reella kompetensen bedöms av yrkeslärare vid komvux i förhållande till gymnasieskolans nationella mål.¹⁴

En kommitté i form av en nationell delegation har i slutbetänkandet Validering – för kompetensförsörjning och livslångt lärande (SOU 2019:69)¹⁵ lämnat flera förslag till reglering av validering. Betänkandet har remitterats.

4.3 Olika anställningsformer

4.3.1 Tillsvidareanställda och tidsbegränsat anställda

Tillsvidareanställning är den vanligast förekommande anställningsformen på svensk arbetsmarknad i samtliga sektorer. Andelen tidsbegränsat anställda varierar mellan 9 och 19 procent. För arbetsmarknaden som helhet är andelen tidsbegränsat anställda 16 procent. Arbetskraftsundersökningen (AKU) visar att andelen tidsbegränsat anställda inom området vård och omsorg är något högre än genomsnittet för hela arbetsmarknaden – 18 procent.¹⁶

Av Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) personalstatistik framgår att 74 procent av de anställda inom kommunernas vård och omsorg är tillsvidareanställda, medan månadsavlönade tidsbegränsat anställda står för 5 procent och timanställda för 21 procent. Sett till arbetad tid står tillsvidareanställda för 80 procent av den arbetade tiden, medan månadsavlönade tidsbegränsat anställda står för

¹³ www.skolverket.se/undervisning/gymnasieskolan/aktuella-forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-av-varld-och-omsorgsprogrammet – hämtad 2021-03-31

¹⁴ Vård och omsorgscollege (2018). Riktlinjer för validering inom Vård- och omsorgscollege. ¹⁵ SOU 2019:69. Validering – för kompetensförsörjning och livslångt lärande, s. 183. Slutbetänkande av valideringsdelegationen.

¹⁶ SCB (2019). Arbetskraftsundersökningen (AKU). I AKU ingår samtliga anställda oavsett löneform. AKU är en urvalsundersökning som görs vid ett antal tillfällen per år. För att räknas som sysselsatt måste en person ha arbetat minst en timme under referensveckan.

6 procent och timavlönade för 14 procent.¹⁷ Timavlönade har ett annorlunda arbetstidsmönster än månadsavlönade. Månadsavlönade (både tillsvidare och tidsbegränsade) arbetar i genomsnitt dubbelt så mycket som timavlönade.¹⁸

Tidsbegränsade anställningar är vanligast bland yngre och äldre medarbetare. Detta avser både månads- och timavlönade.¹⁹

Bland vårdbiträden är det en låg andel som arbetar heltid – 42 procent.²⁰ En stor andel är timavlönade som ofta ersätter ordinarie personal vid korttidsfrånvaro. I denna grupp är det också en hög andel som saknar relevant utbildning. 50 procent av vårdbiträdena är timavlönade.²¹

4.3.2 Heltidsanställda och deltidsanställda

På den svenska arbetsmarknaden har 78 procent av alla anställda en heltidsanställning och 22 procent är deltidsanställda. Andelen heltidsanställda är vanligare bland tillsvidareanställda än bland personer med tidsbegränsade anställningar. Inom området vård och omsorg är andelen heltidsanställda lägre – 65 procent. Det skiljer sig åt mellan arbetsgivarna.²² 17 procent av de deltidsanställda klassificeras i Arbetskraftsundersökningen (AKU) som ”ofrivilligt deltidsanställda”. De har angett att de vill och kan arbeta mer.²³

Vanligare att män är tillsvidareanställda och arbetar heltid

Män är både tillsvidareanställda och heltidsanställda i högre grad än kvinnor. SKR:s personalstatistik från 2019 visar att andelen heltidsarbetande är lägst i de kvinnodominerade vård- och omsorgsverksamheterna i kommunerna och inom primärvården i regionerna – 54 procent respektive 57 procent.²⁴

¹⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalen i välfärden. Personalstatistik 2019, s. 24.

¹⁸ Ibid, s. 18.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalstatistik, november 2019, s. 38.

²¹ Ibid, s. 22.

²² SCB (2019). Arbetskraftsundersökningen (AKU).

²³ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalstatistik 2019, s. 39.

²⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalstatistik 2019

<https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/personalstatistik/personalensisiffror.850.html> – hämtad 2021-04-14. Siffrorna skiljer sig något från AKU, eftersom det är olika mätmetoder som används.

I kommunerna är andelen heltidsanställda lägst bland kvinnliga undersköterskor/skötare – 44 procent. Bland männen i denna yrkesgrupp är andelen heltidsanställda 62 procent. Andelen heltidsanställda varierar betydligt över landet. Trots att det är en lägre andel kvinnor som är heltidsanställda är det vanligare att kvinnor dessutom går ner i tid. Särskilt påtagligt är det för kvinnor i åldrarna 30–40 år.²⁵

SKR och fackförbundet Kommunal arbetar gemensamt i ett utvecklingsprojekt – Heltidsresan – för att fler inom välfärdssektorn ska arbeta heltid. Alla kommuner och regioner tog 2017 fram en plan för hur andelen medarbetare som arbetar heltid ska öka. Arbetet pågår mellan 2016–2024.

4.3.3 Personalens rörlighet

Personalrörligheten inom vården och omsorgen är något högre än genomsnittet på arbetsmarknaden. Rörligheten i privat sektor inom branschen är högre än i kommuner och regioner.²⁶

Analysen av regioners och privata vårdgivares bedömningar av tillgång och efterfrågan tyder på att det råder brist inom flera legitimationsyrken i hälso och sjukvården. I viss mån tycks bristen kunna förklaras av att det finns en rörlighet på arbetsmarknaden och att personalen inom vissa legitimationsyrken söker sig från offentlig till privat verksamhet. Samtidigt bedömer företrädare för både offentlig och privat verksamhet att det råder brist inom många yrken, vilket tyder på att de konkurrerar om samma begränsade utbud av arbetskraft.²⁷ Sjuksköterskorna är den grupp inom vård och omsorg som i störst utsträckning lämnar kommunsektorn. En tredjedel av sjuksköterskorna som lämnar går till regionerna.²⁸

²⁵ Ibid, s. 37–38.

²⁶ Sveriges Kommuner och Regioner. Personalen i välfärden. Personalstatistik för kommuner och regioner, november 2019, s. 26.

²⁷ Socialstyrelsen (2021). Nationella planeringsstödet (NPS) Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, s. 46.

²⁸ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalen i välfärden. Personalstatistik 2019.

4.3.4 Höga sjuktal

Kvinnor hade 2018 mer än dubbelt så många långa sjukfall per 1 000 sysselsatta än män. Den kvinnodominerade yrkesgruppen undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter med flera stod för flest långa sjukfall inom kommuner och regioner.²⁹ Undersköterskor och annan personal i hemtjänst, hemsjukvård och på särskilda boenden är sjukskrivna i större omfattning än andra yrkesgrupper. 2019 var personal i denna grupp sjukskrivna i genomsnitt 17,5 dagar per år. Kvinnor i yrkesgruppen var sjukskrivna i större utsträckning än män – cirka 203 startade sjukfall per 1 000 kvinnor, jämfört med cirka 114 per 1 000 män i samma yrkesgrupp. Kvinnor var sjukskrivna i genomsnitt 18 dagar och män i genomsnitt 10 dagar.³⁰

4.3.5 Avgångsålder

2019 var den genomsnittliga avgångsåldern i kommunsektorn 63,7 år. I regionerna var den genomsnittliga avgångsåldern 64 år.³¹ Antalet medarbetare som är 65 år och äldre har mer än fördubblats i kommuner och regioner de senaste tio åren. En av tre medarbetare över 55 år tror också att de kommer att gå i pension vid 67 års ålder eller senare. Många av dem som valt att arbeta efter 65 år har valt att arbeta deltid.³² Det är fler sjuksköterskor än undersköterskor som väljer att fortsätta att arbeta efter att de fyllt 65 år. Den genomsnittliga avgångsåldern för sjuksköterskor i kommuner är 63,6 år och för undersköterskor/skötare 63,2 år.³³

²⁹ Afa Försäkring (2020). Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro, s. 10, 70.

³⁰ Försäkringskassans statistik 2019, baserad på Försäkringskassans databas för analysändamål, MIDAS. Tabell 4.

³¹ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalen i välfärden. Personalstatistik 2019, s. 30.

³² Sveriges Kommuner och regioner (2020). Möt kompetensutmaningen – rekryteringsrapport 2020. Kortversion, s. 18.

³³ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalen i välfärden. Personalstatistik 2019, s. 30–31.

4.4 Prognos – hur många och vilken personal kommer att behövas?

De demografiska förändringarna, med ett ökat antal unga och äldre, innebär att behovet av personal inom hela välfärdssektorn kommer att öka under de närmaste decennierna. SKR har gjort bedömningen att välfärdssektorn (inklusive privata utförare) behöver 132 000 fler anställda 2019–2029. Dessutom tillkommer 336 000 personer på grund av pensionsavgångar under samma period, om inget förändras. Av de 13 200 anställda som välfärden behöver öka med varje år finns nästan hälften inom vård och omsorg i kommunerna, främst äldreomsorgen. Det beror på att den stora gruppen 40-talister fyller 80 år de kommande åren.³⁴

³⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Möt välfärdens kompetensutmaning. Rekryteringsrapport 2020
<https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/motvalfardenskompetensutmaningrekryteringsrapport2020.35352.html> – hämtad 2021-04-14.

5 Lagstiftning och annan reglering som styr vården och omsorgen

Detta kapitel innehåller en genomgång av lagstiftning och annan reglering som styr vården och omsorgen om äldre.

5.1 Övergripande bestämmelser i socialtjänstlagen

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är en målinriktad ramlag som ger kommunerna stor frihet att utforma verksamheten med utgångspunkt från lokala förutsättningar och behov. I portalparagrafen (1 kap. 1 § SoL) anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst. Målen ger uttryck för principen om alla människors lika värde och lika rätt till social trygghet, vård och omsorg. Vidare ska socialtjänsten inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska dessutom bygga på respekt för människornas rätt till självbestämmande och integritet.

De övergripande målen i portalparagrafen kompletteras med bestämmelser om mål och inriktning för arbetet med vissa grupper i samhället. För äldre återfinns bestämmelserna huvudsakligen i 5 kap. 4–6 §§ SoL. Enligt 2 kap. 1 § SoL, har kommunen det yttersta ansvaret för att enskilda får den hjälp och det stöd som de behöver. Beslutade insatser kan utföras av kommunen själv eller av privata utförare som kommunen har slutit avtal med (2 kap. 5 § SoL). Det är alltid den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som har beviljats oavsett utförare. Med detta ansvar följer en skyldighet att dokumentera att beslut har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet.¹

¹ Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 118.

5.1.1 Kravet på god kvalitet

Enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Av bestämmelsens tredje stycke framgår att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (ledningssystemsföreskriften) finns regler för hur verksamheterna ska arbeta för att säkra verksamhetens kvalitet. Med hjälp av processer och rutiner samt ett förbättringsarbete ska verksamheten uppnå god kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser. Kravet på god kvalitet i 3 kap. 3 § SoL gäller såväl för privata som offentliga utförare av socialtjänst.² Detsamma gäller för ledningssystemsföreskriften.³

Kravet att bidra till god kvalitet gäller även för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten. Det följer av bestämmelsen i 14 kap. 2 § SoL. Personer som fullgör uppgifter inom socialtjänsten kan till exempel vara vårdbiträden och undersköterskor som arbetar i vården och omsorgen om äldre.

Närmare om god kvalitet

En av de viktigaste faktorerna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre, är enligt förarbetena, tillgången till personal med lämplig utbildning och kompetens samt ett tydligt ledarskap.⁴ Andra faktorer är en väl fungerande arbetsledning och en lämplig sammansättning av ett arbetslag. En del av kvaliteten är också att socialtjänsten använder sig av ett genomtänkt arbetssätt. Det innebär även att verksamheten behöver följa upp och utvärdera olika insatser.⁵

God kvalitet inom äldreomsorgen betyder också att insatserna ska utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål.⁶ Personalen behöver därför ha god kännedom om personens vanor och omsorgs- och vårdbehov.⁷

² Prop. 2008/09:160. Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten, s. 95.

³ Se 2 kap. 1 § och 3 kap. 1–3 §§ SOSFS 2011:9.

⁴ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 54.

⁵ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 52 f.

⁶ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.

⁷ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 29.

En annan viktig kvalitetsaspekt är en välfungerande samverkan inom socialtjänstens olika verksamheter och tillsammans med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. En central del av äldreomsorgen är att äldre personer känner sig trygga. Det betyder att de ska känna igen sig i den vardagliga situationen. Därför är det viktigt med kontinuitet och pålitlighet i hur omsorgen bedrivs.

Trygghet kan också innebära att omsorgstagaren får information om förändringar och att denne ska kunna påverka förändringar så långt det är möjligt. Till strävan att skapa en känsla av trygghet hör också ett bemötande med respekt, hänsyn, lyhördhet och vänlighet.⁸ Den enskildes behov av kontinuitet och trygghet ska, enligt förarbetena, lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa.⁹

5.1.2 Om kravet på lämplig utbildning och erfarenhet

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet, enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL. I förarbetena till bestämmelsen resonerar regeringen närmare kring begreppen lämplig utbildning och erfarenhet. Begreppen syftar inte bara på formell behörighet utan hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet.¹⁰

Regeringen menar att kompetens- och kunskapsutveckling måste ske i verksamheterna och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess och att samhällets utbildningssystem lägger grunden för den långsiktiga kompetens- och kunskapsutvecklingen. Inriktning och kvalitet på grund- och vidareutbildningar spelar därmed en betydande roll även för senare satsningar på intern kompetensutbildning.¹¹ Till stöd för tillämpningen har Socialstyrelsen tagit fram allmänna råd om vilka kunskaper som personalen som arbetar inom omsorgen om äldre bör ha.¹²

⁸ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 29.

⁹ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.

¹⁰ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 48.

¹¹ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 48.

¹² Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

5.1.3 Den äldres rätt till självbestämmande, delaktighet och inflytande

Socialtjänstlagen innehåller flera bestämmelser som handlar om den enskildes rätt till inflytande över hur hemtjänstinsatser ska genomföras. Av 3 kap. 5 § SoL framgår att socialnämndens insatser för den äldre personen ska utformas och genomföras tillsammans med hen. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att socialtjänsten inte får vidta insatser ”över huvudet” på den enskilda personen.¹³ Den enskilde ska ges ett reellt inflytande över insatsernas utformning. De bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde.¹⁴ Den enskilde har dock inte någon oinskränkt rätt att få som hen vill.¹⁵

I 5 kap. 4 § SoL finns bestämmelsen om en nationell värdegrund för äldreomsorgen, som innebär att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande samt att den enskildes rätt till delaktighet ska respekteras. Värdegrunden gäller för både offentlig och enskilt bedriven verksamhet inom äldreomsorgen.¹⁶ Rätten till delaktighet innebär till exempel att socialtjänsten ska uppmärksamma vikten av samråd och samförstånd kring insatsernas utförande.¹⁷

I 5 kap. 5 § tredje stycket SoL tydliggörs äldre personers rätt till inflytande över insatsernas utformning och genomförande. Av bestämmelsen följer att den äldre personen, så långt det är möjligt, ska kunna välja när och hur beslutade insatser i äldreomsorgen såsom stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges inom ramen för de beslutade insatserna.¹⁸

5.1.4 Skyldighet att dokumentera

Grundläggande bestämmelser för vad som ska dokumenteras i socialtjänsten finns i 11 kap. 5 och 6 §§ SoL. Dokumentation ska enligt bestämmelsen omfatta beslut och åtgärder i ärendet samt faktiska händelser av betydelse. I 11 kap. 6 § SoL anges att dokumen-

¹³ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 28.

¹⁴ Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 53.

¹⁵ JO beslut 2004-13-30, dnr 1838-2002.

¹⁶ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 97.

¹⁷ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 28.

¹⁸ Prop. 2009/10:116. Värdigt liv i äldreomsorgen, s. 97.

tationen ska utforma med respekt för den enskildes integritet. Dokumentationsskyldigheten i 11 kap. 5 och 6 §§ SoL gäller även i tillämpliga delar för privata utförare. Det följer av 7 kap. 3 § SoL.

Hur en insats ska genomföras i praktiken bör dokumenteras i den enskildes genomförandeplan som upprättas hos utföraren. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Ansvaret för att genomförandet av en beslutad insats dokumenteras går hand i hand med ansvaret för själva genomförandet av insatsen i fråga. I ansvaret för dokumentation ligger bland annat att se till att personalen har kunskap om och följer de regler som gäller och att det finns tid avsatt för dokumentation.

Systematisk uppföljning – IBIC

Det är viktigt för kvaliteten i verksamheten att insatserna kan följas upp. Socialstyrelsen har utvecklat arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) som ett stöd för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet. Genom IBIC får handläggare och utförare tillgång till ett gemensamt tankesätt och språk som bygger på ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). IBIC har från hösten 2016 ersatt det tidigare arbetssättet Äldres behov i centrum (ÄBIC). IBIC gör det möjligt att mer systematiskt följa upp de insatser som erbjuds.

5.2 Socialtjänstens insatser för äldre

5.2.1 Rätten till bistånd

Den enskildes rätt till bistånd prövas enligt 4 kap. 1 § SoL. I handläggningen av sådana ärenden ingår en ansökan från den enskilde samt en behovsbedömning och ett beslut från socialnämnden. Av 4 kap. 1 § SoL framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Av 4 kap. 2 § SoL framgår att socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 4 kap. 1 § SoL om det finns skäl för det.

Kommuner har också möjlighet att utan föregående behovsbedömning tillhandahålla hemtjänstinsatser till äldre personer med stöd av 4 kap. 2 a § SoL. Ett sådant erbjudande måste dock föregås av en viss information till den äldre. Insatser som beviljats med stöd av 4 kap. 2 a § SoL ska följas upp av nämnden. Det huvudsakliga syftet med den här bestämmelsen är att öka den äldres självbestämmande och delaktighet samt att minska det administrativa arbetet som en behovsbedömning kan medföra.¹⁹ Det är enbart hemtjänstinsatser som kan tillhandahållas med stöd av den aktuella bestämmelsen. Insatser som till exempel bostad i särskilt boende för äldre och dagverksamhet måste prövas med stöd antingen 4 kap. 1 eller 2 §§ SoL.

5.2.2 Hemtjänstinsatser

Enligt 5 kap. 4 § SoL ingår det i socialnämndens ansvar att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska därvid enligt 5 kap. 5 § SoL ge äldre, som behöver det, stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. I denna bestämmelse understryks att insatsen är behovsrelaterad och att den ska vara lättåtkomlig.

Syftet med hemtjänstinsatser är att underlätta och möjliggöra människors dagliga livsföring i det egna hemmet, och i många fall också möjliggöra kvarboendet i det egna hemmet. Det kan handla om att människor som på grund av sjukdom, fysiska, psykiska och/eller sociala funktionsnedsättningar eller annan orsak behöver stöd och hjälp i den dagliga livsföringen.²⁰

Av 3 kap. 6 § SoL framgår bland annat att socialnämnden genom hemtjänst bör underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra. Hemtjänsten bör också medverka till att den enskilde behåller sin intellektuella, emotionella och fysiska förmåga. Därigenom kan den som får hjälp leva ett aktivt liv.²¹ I förarbetena till den tidigare socialtjänstlagen betonas vikten av att de som arbetar

¹⁹ Prop. 2017/18:106. Förenklat beslutfattande om hemtjänstinsatser.

²⁰ Prop. 1996/97:134. Ändring i socialtjänstlagen, s. 88.

²¹ Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.

inom hemtjänsten inte direkt ska ta över sysslor och åligganden från omsorgstagaren. Personalen ska utgå från vad den enskilde kan och inte från vad hen inte kan.²² En annan viktig del av hemtjänsten är det sociala inslaget – att den äldre ska få stimulans genom umgänge med andra.²³

Begreppet hemtjänst är inte närmare preciserat i lagtexten men i förarbetena framgår det vilka typer av insatser som ska ingå i hemtjänsten.²⁴ Hemtjänstens uppgifter delas upp i två olika kategorier, en med inriktning mot uppgifter av servicekaraktär och en mot personlig omvårdnad.

Med serviceuppgifter avses bland annat praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning, tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post och bank och hjälp med tillredning av måltider eller utdelning av färdiglagad mat. Av rättspraxis framgår att exempelvis hjälp med fönsterputsning och gardinuppsättning är att betrakta som hemtjänst i socialtjänstlagens mening.²⁵

Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig, förflytta sig och sköta personlig hygien. Det kan också handla om insatser för att bryta isolering och för att kunna känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet.²⁶ Till omvårdnadsinsatserna räknas sociala insatser såsom ledsagning, samtal med den enskilde, aktivering och hjälp med kontakt med närstående och serviceinrättningar.²⁷

5.2.3 Särskilt boende för äldre – SÄBO

Av 5 kap. 5 § andra stycket SoL, framgår att kommunen ska inrätta särskilda boenden för de äldre människor som behöver det. I kommunens ansvar ingår att ta reda på behoven av särskilda boenden och planera för den fortsatta utvecklingen.²⁸ Bestämmelsen binder inte

²² Prop. 1979/80:1 del A. Om socialtjänsten, s. 287.

²³ Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.

²⁴ Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, s. 121., prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen, s. 84 ff., Betänkande 1996/97:SoU18. Ändringar i socialtjänstlagen, s. 40 och jfr även prop. 1992/93:129. Om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen, s. 17 f.

²⁵ RÅ 2008 ref. 38.

²⁶ Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.

²⁷ Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 84.

²⁸ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 42.

kommunen att anordna en viss form av boende, utan kommunen kan anordna de boendeformer som är mest ändamålsenliga med utgångspunkt i de lokala förhållandena.

Bostad i särskilda boenden beviljas som bistånd enligt 4 kap. 1 eller 2 §§ SoL.

Begreppet särskilt boende är inte preciserat i lag utan är sedan den så kallade Ädelreformen ett samlingsbegrepp för de former av boenden som tidigare benämndes servicehus/servicelägenhet, ålderdomshem, gruppboenden för dementa och sjukhem. Platser för korttidsvård eller korttidsboenden är också en del i begreppet särskilda boenden.²⁹ Det saknas därmed en legaldefinition av vad som är ett särskilt boende. Det som har betonats är att de särskilda boenden ska vara till för dem som inte längre kan bo kvar i ordinärt boende på grund av att behovet av tillsyn eller kravet på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet.³⁰ I förarbetena till den gamla socialtjänstlagen uppställdes följande tre krav för att ett boende skulle få betecknas som ett servicehus.³¹

Bostaden ska vara så utformad och utrustad att den boende kan utveckla sina personliga resurser och leva ett självständigt liv. Den boende ska varje tid på dygnet kunna erhålla de tjänster som krävs för att den boende ska kunna klara sin tillvaro och känna sig trygg. Det ska finnas tillgång till personal som kan bedöma när det behövs social och medicinsk vård och som kan svara för att det ges sådan.

Frågan om bemanning i särskilda boenden regleras också i 2 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:973), SoF. Där anges att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt, som utifrån den boendes aktuella behov utan dröjsmål kan uppmärksamma om han eller hon behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa.

Kommunen har enligt bestämmelser i 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL en skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsåtgärder i de särskilda boendena. Det här ansvaret omfattar dock inte åtgärder som ges av läkare.

²⁹ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 54.

³⁰ Prop. 1996/97:124 s. 90.

³¹ Prop. 1979/80:1 del A. Om socialtjänsten. s. 284.

Biståndsbedömt trygghetsboende

År 2019 blev det möjligt för kommuner att inrätta biståndsbedömt trygghetsboende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL. Boendeformen är avsedd för äldre personer som inte har så omfattande omsorgsbehov att heldygnsvård är nödvändig för att tillgodose den enskildes behov, men som däremot bedöms behöva ökad trygghet och gemenskap med andra, när kvarboende i ordinärt boende inte längre upplevs tryggt.³²

Boendeformen bör till exempel kunna erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge för att öka tryggheten och tillgodose behovet av gemenskap hos äldre.³³ I boendet ska den äldre erbjudas stöd och hjälp i form av hemtjänst med stöd av biståndsbestämmelserna i 4 kap. 1, 2 och 2 a §§ SoL.³⁴

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer omfattar inte biståndsbedömt trygghetsboende. Kommunen ska däremot erbjuda hemsjukvård i de här boendeformerna.³⁵ Inte heller socialtjänstförordningens krav på tillgång till personal dygnet runt, utifrån den enskildes aktuella behov, gäller i de biståndsbedömda trygghetsboendena.³⁶

5.2.4 Övriga insatser

Även annat stöd, som i SoL inte lyfts fram som särskilda insatser för äldre, erbjuds äldre inom kommunen. Det kan exempelvis handla om boendestöd (socialpsykiatri), vård och stöd vid missbruk och beroende, stöd och hjälp till våldsutsatta. Variationen av behov inom den äldre befolkningen är lika stor som i befolkningen som helhet.

³² Prop. 2017/18:273 s. 56.

³³ Prop. 2017/18:273 s. 56.

³⁴ Prop. 2017/18:273 s. 31.

³⁵ Prop. 2017/18:273 s. 36.

³⁶ Prop. 2017/18:273 s. 32.

Personer som vårdar eller stödjer närstående

Av 5 kap. 10 § SoL följer att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

5.3 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

År 2010 infördes en bestämmelse i SoL som innebär att kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor (5 kap. 6 § tredje stycket SoL).

Därutöver finns lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk som anger att alla nationella minoritetsspråk ska skyddas och främjas.³⁷ Enligt 18 § ska en kommun som ingår i ett förvaltningsområde erbjuda den som begär det möjlighet att få hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, meänkieli respektive samiska.

I 18 § a anges att en kommun som inte ingår i något förvaltningsområde ska erbjuda den som begär det hela eller en väsentlig del av den service och omvårdnad som erbjuds inom ramen för äldreomsorgen av personal som behärskar finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska, om kommunen har tillgång till personal med sådana språkkunskaper. Detsamma gäller för en kommun som ingår i ett förvaltningsområde för ett visst språk vad gäller andra språk.

År 2010 infördes en bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor (5 kap. 6 §, 3 st SoL).

³⁷ De nationella minoritetsspråken är finska, samiska, jiddisch, meänkieli och romani chib.

5.4 Övergripande bestämmelser om den kommunala hälso- och sjukvården

Genom Ädel-reformen³⁸ fick kommunen ansvar för viss hälso- och sjukvård avseende långvarig vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Utgångspunkten för reformen var bland annat att den tidigare uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte längre bedömdes som ändamålsenlig. I stället borde social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnades. För att uppnå detta syfte ansågs det vara nödvändigt att ge kommunerna ett visst hälso- och sjukvårdsansvar.³⁹

5.4.1 Skyldigheten att erbjuda en god hälso- och sjukvård

Kommunen ska, enligt 12 kap. 1 § HSL, erbjuda god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter som

- särskilt boende, korttidsplats, bostad med särskild service och dagverksamhet i enlighet med SoL
- bostad med särskild service för vuxna, barn och ungdomar samt daglig verksamhet i enlighet med LSS

1

2 Kommunen ska även erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende om regionen och kommunen kommit överens om att kommunen övertar ansvaret för hemsjukvården (12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL).

I det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret ingår också att tillhandahålla rehabilitering och habilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar.⁴⁰

Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård (12 kap. 3 § HSL). Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Detsamma gäller för hemsjukvård i ordinärt boende och i de bistånds-

³⁸ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

³⁹ Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 58 ff.

⁴⁰ 8 kap. 9 §, 12 kap. 5 och 6 §§ HSL och 7 kap. 2 § HSF

bedömda trygghetsboendena, om en kommun ansvarar för den vården (12 kap. 1 §, 14 kap. 1 § och 16 kap. 1 § HSL).

För att läkartillgången från regionen ska bli tydlig och resursmässigt adekvat, ska regionen med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen (16 kap. 1 § HSL).

Vården ska vara av god kvalitet

Den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ramen för den kommunala hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL). Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).

Varje vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁴¹ Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.⁴² Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska också genom ledningssystemet fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.⁴³

⁴¹ 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁴² 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

⁴³ 3 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

5.4.2 Ledning och styrning

Målet för all hälso- och sjukvård, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). För att nå målet finns i lagstiftningen regler om ansvars- och arbetsfördelning mellan olika personalkategorier och en övergripande styrning och ledning.

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer (11 kap. 1 § HSL). Kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska då även beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare (11 kap. 2 och 3 §§ HSL). I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (11 kap.3 § HSL).

Kommunen kan bedriva den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller sluta avtal med någon annan att utföra den. Kommunen behåller dock sitt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdsverksamheten (15 kap. 1 § HSL),

Verksamhetschef

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten (4 kap. 2 § HSL). Ansvar kan fördelas på en eller flera verksamhetschefer med ansvar för olika delar av den kommunala hälso- och sjukvården. Av 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF framgår att verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter (4 kap. 5 § HSF). Det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att kunna tillgodose dessa behov eller om patienten själv begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § PL).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut ansvara för de uppgifter som annars ska utföras av en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Han eller hon brukar då kallas medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (11 kap. 4 § HSL). Kommunen kan dela in hälso- och sjukvården i olika verksamhetsområden och ha en MAS eller MAR för varje sådant område. Verksamhetschefen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som MAS och MAR har enligt lagar och föreskrifter.

MAS och MAR har ett särskilt ansvar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, och
- att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.⁴⁴

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ska utföra sådana uppgifter som annars ska utföras av verksamhetschefen enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. En uppgift för MAS enligt föreskriften är att ansvara för att beslut om delegeringar är förenliga med en god och säker vård.

⁴⁴ 4 kap. 6 § HSF.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

I patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, har flera bestämmelser samlats om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter (6 kap. PSL). Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter, är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och rapportera risk för vårdskador.

Hälso- och sjukvårdspersonal omfattas av Inspektionens för vård och omsorg (IVO) tillsyn. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvårdspersonal, både legitimerad och icke legitimerad personal (7 kap. PSL). För icke legitimerade yrkesutövare saknar dock IVO möjlighet att tillgripa sanktioner. Det är en fråga för vårdgivaren eller arbetsgivaren att ta ställning till.⁴⁵ I patientsäkerhetslagen anges också vem som anses vara hälso- och sjukvårdspersonal (1 kap. 4 § PSL). Av den regleringen följer att undersköterskor som är verksamma i den regionfinansierade öppna eller slutna hälso- och sjukvården omfattas av reglerna och betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal. När det gäller omsorgspersonal som arbetar i kommunens verksamhet för vård och boende enligt socialtjänstlagen är frågan om dessa är hälso- och sjukvårdspersonal inte helt klarlagd.⁴⁶ I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) behandlas den här frågan närmare.⁴⁷ Den aktuella utredningen menar att en del av förarbetena talar för att omsorgspersonal under vissa omständigheter kan anses utgöra hälso- och sjukvårdspersonal, men att viss osäkerhet råder. Utredningen avslutar sitt resonemang med att konstatera att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att personalen omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal när de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder.

⁴⁵SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 53. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

⁴⁶ Ibid, s. 57, 58 och 64.

⁴⁷ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 58. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

5.5 Samverkan och kontinuitet

Samverkan mellan aktörerna är en avgörande faktor för hur kompetensförsörjningen fungerar i verksamheten. Enligt såväl SoL som HSL har kommunerna och regionerna skyldighet att samverka, både på övergripande nivå och på patient- och brukarnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan (SIP) som ska upprättas av region och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Den kommunala hälso- och sjukvården pekade inte ut som en särskild aktör i bestämmelserna om samordnad individuell plan (SIP) men väl i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LUS.

5.5.1 Samordnad individuell plan (SIP)

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Anhöriga ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

5. vilka insatser som behövs,
6. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
7. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
8. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.⁴⁸

⁴⁸ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

5.5.2 Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

LUS anger att en samordnad individuell planering ska genomföras när en patient efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, om patienten samtycker till det. Det ska upprättas en sådan individuell plan som avses i HSL och SoL och som redogjorts för ovan. En individuell plan som upprättas med stöd av LUS ska således ha samma innehåll som en individuell plan upprättad med stöd av HSL eller SoL.⁴⁹

Om den kommunala hälso- och sjukvården har en skyldighet att medverka i upprättande av en individuell plan beror således på om patientens behov av vårdinsatser har startat med att personen varit intagen vid en vårdinrättning.

5.5.3 Aktuell utveckling av samordningen

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhåller att det behövs en ökad förståelse för kommunernas dubbla roll, som både vårdgivare och som utförare av socialtjänstinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården har dubbla samverkansytor, dels mot socialtjänsten inom kommunen, dels mot den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Att integrera den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade innebär inte att den kommunala verksamheten ska anpassa sig till landstingets processer och rutiner, utan det behövs en ökad kunskap och förståelse för varandras uppdrag och kunskap.⁵⁰

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den åtgärdsplan som redovisas i myndighetens rapport Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie.⁵¹

⁴⁹ 4 kap. 1–3 §§ LUS

⁵⁰ SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan, s. 154. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

⁵¹ Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.

Olika former av kontaktpersoner inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska regionen enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare. Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt.

För att skapa kontinuitet och underlätta samverkan finns en ambition att utse en särskild person som den äldre kan vända sig till. Enligt socialtjänstlagen finns det ingen skyldighet att erbjuda en fast vård- och omsorgskontakt men många kommuner har redan i dag ett så kallat kontaktmannaskap inom hemtjänsten. Det innebär att en person, ofta en undersköterska eller ett vårdbiträde, är kontaktperson till en eller flera äldre som har hemtjänst. Kontaktpersonen kan till exempel ansvara för en enskild persons genomförandeplan. En särskild utredare har lämnat förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten, både för verksamheter i privat och i offentlig regi.⁵²

5.5.4 Kvalitetsutveckling

SIS Standard

Svenska institutet för standarder (SIS) är en del av ISO och CEN ett nätverk av experter som arbetar med att skapa internationella standarder och SIS är utsedd av regeringen som svenskt standardiseringsorgan. 2015 publicerades standarden SS 872500:2015, Kvalitet i omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering för äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende och en reviderad version 2017.

⁵² SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

Standarden kan användas som stöd i arbetet med kvalitetssäkring, uppföljning, utvärdering och utveckling av äldreomsorgstjänster, och även som underlag vid upphandling, utbildning eller tillsyn. Cirka 50 organisationer deltog i standardiseringsarbetet. Standarden skapar tydlighet om vad som karakteriserar god kvalitet för äldre med behov av vård och omsorg i hemmet respektive i särskilt boende. Standarden utgår ifrån den äldres behov och syftar till att öka den äldres livskvalitet och känsla av trygghet.⁵³

Kvalitetsregister

Kvalitetsregistren gör lärande och ständigt förbättringsarbete möjligt och de är en viktig del i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Registren används av de professionella yrkesgrupper som har nytta av dem i sin vardag. Ett Nationellt Kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om diagnoser/problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Data från registren kan användas för att se resultat och följa utvecklingen i den egna verksamheten men också för att jämföra med andra. Nedan följer några som särskilt berör utvecklingen av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre⁵⁴

- Kvalitetsregistret BPSD-registret (beteendemässiga störningar och psykologiska symtom vid demenssjukdom).
- Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem).
- Svenska palliativregistret.
- Nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg (Senior alert).

⁵³ <https://kvalitetsregister.se/index.html> – hämtad 2021-04-29.

⁵⁴ <https://kvalitetsregister.se/index.html> – hämtad 2021-04-29.

6 Fler behöver välja vård och omsorg

Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre är en av våra viktiga framtidsfrågor. Att det i verksamheterna finns tillräckligt med personal som har yrkeskompetens är avgörande för att vi ska få en vård och omsorg som är säker och håller hög kvalitet. Fler måste vilja börja arbeta inom vård och omsorg. Fler måste också vilja stanna kvar i verksamheterna. Statusen på dessa arbeten behöver höjas. Ytterst handlar det om hur vårt samhälle värderar äldre människor.

I detta kapitel redogörs för begreppen kompetens och kompetensförsörjning, behovet av yrkesutbildad personal inom vården och omsorgen om äldre och de utmaningar som kommunerna står inför. Slutligen beskrivs kortfattat några av strategierna för att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning.

6.1 Vad innebär kompetensförsörjning?

Rikstermbankens definition av kompetensförsörjning är att ”på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”.¹ Kompetensförsörjning är ett brett begrepp och innehåller även att analysera behov, utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens samt analysera hur medarbetarnas tid och kompetens används.² Kompetens är, enligt Rikstermbankens definition, ”kunskap och förmåga att utföra viss uppgift”.³ Genom det formella utbildningssystemet, informellt och livslångt lärande skapas och upprätthålls tillgång till yrkeskompetent

¹ www.rikstermbanken.se/simpleSearch.html – hämtad 2021-04-14.

² Socialstyrelsen (2019). Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov, s. 9.

³ www.rikstermbanken.se/simpleSearch.html – hämtad 2021-04-14.

personal. Kvalifikation är intygad kompetens.⁴ Det kan vara en arbetsgivare, ett statligt organ eller en organisation som fastställer att en person är kvalificerad för ett visst arbete. Kompetensförsörjning är en process i en organisation för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens hos personalen för att nå verksamhetens mål och tillgodose dess behov.⁵

Kompetensförsörjning innefattar således dels att det finns personal, dels att personalen har rätt kompetens. God kompetensförsörjning innebär att det finns tillräcklig tillgång till yrkeskompetent personal för att motsvara den efterfrågan som huvudmän och utförare vid varje tillfälle har. Kompetensförsörjning handlar både om tid och rum. Det ska finnas tillräcklig tillgång till kompetent personal i hela landet, vid alla tider på året och för arbete vid alla tider på dygnet.⁶

Ansvar för kompetensförsörjningen ligger i första hand på huvudmännen för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Staten har ett övergripande ansvar för kompetensförsörjningen genom en rad åtgärder inom flera politikområden såsom arbetsmarknad, arbetsmiljö, utbildning, näringspolitik, regionalpolitik, migration, jämställdhet, äldrepolitik med flera.

6.2 Synen på arbete inom vård och omsorg spelar roll

Synen på arbete inom vård och omsorg har en central betydelse. I de dialoger som den nationella samordnaren genomfört har attraktivitet varit ett tema som återkommit och ett uttalande har upprepats: statusen på arbete inom vården och omsorgen om äldre måste höjas. Det har framförts att en ny syn på dessa arbeten är nödvändig – både hos medarbetare, chefer, beslutsfattare och fackliga organisationer. Hur vården och omsorgen om äldre prioriteras politiskt har en väsentlig betydelse för hur arbeten inom sektorn betraktas.

Ofta framställs arbeten i dessa verksamheter som enkla, utan krav på särskilda kunskaper. Hur det uttrycks i den allmänna debatten bidrar till att skapa en missvisande bild. Exempel som nämnts är att

⁴ www.rikstermbanken.se/simpleSearch.html – hämtad 2021-04-14.

⁵ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 249 ff. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁶ Ibid, s. 255.

”det behövs fler händer i vården”. I stället gäller det att se vården och omsorgen om äldre som ett arbetsområde som fordrar särskild kompetens och kunskaper, som är utvecklande och innebär många mellanmänniska relationer. Lärarna på vård- och omsorgsutbildningarna är viktiga för att förmedla en positiv syn på dessa yrken.

Även media har en väsentlig roll i detta sammanhang. I dag, menade flera av deltagarna, är det ofta en negativ bild av verksamheterna som sprids och det gör det svårare att rekrytera nya medarbetare. Sådana skildringar påverkar också känslan av yrkesstolthet hos dem som arbetar inom vården och omsorgen.

En aspekt som också framförts är att det hos många finns en stor arbetsglädje, men att det samtidigt är viktigt att visa de arbetsmiljöproblem som finns i denna centrala välfärdssektor. Det är nödvändigt för att kunna utveckla verksamheterna och i förlängningen locka fler till sektorn.

Vad gör ett arbete attraktivt?

”Attraktivt arbete” är ett begrepp som fått alltmer uppmärksamhet under senare år, både inom forskningen och i verksamheter inom välfärden. Orsaken är bristen på arbetskraft inom välfärden i dag, och att denna brist förväntas bli ännu större under det kommande decenniet. Då många anställda inom välfärdssektorn närmar sig pensionsåldern blir frågor om kompetensförsörjning ännu mer angelägna att hantera. Det riktar uppmärksamheten mot varför människor väljer att arbeta i en organisation, vad som gör arbetet attraktivt. I en forskningsrapport om hållbart arbete och chefskap inom äldreomsorgen, konstateras att begreppet attraktivitet här handlar om två saker:

- att vara attraktiv för potentiella nya kompetenta medarbetare (organisatorisk attraktivitet)
- att organisationen är attraktiv för dem som redan är anställda (arbetsmässig attraktivitet).⁷

Analysföretaget Kairos Future har haft i uppdrag av Socialstyrelsen att identifiera drivkrafter och trender i samhället som har relevans

⁷ Dellve, L, Hasselgren, C, Allard, K, Bäck Andersson, M (2020). Attraktivt och hållbart chefsarbete. Organisatoriska förutsättningar och chefsarbete i Göteborgs stad, s. 16. Gothenburg Studies in Work Sciences, 2020:22.

för den framtida kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen.⁸

Employer branding är, enligt analysföretagets rapport, ett begrepp som fått allt större betydelse under senare år. Det innebär att vara en attraktiv arbetsgivare, att förknippas med sådant som lockar när konkurrensen om arbetskraften ökar. För att ett arbete i dag ska anses intressant och meningsfullt behöver arbetsgivaren vara tydlig med vilka värderingar man arbetar utifrån, till exempel FN:s hållbarhetsmål eller att man på något sätt är samhällsnyttig. Eftersom de som ska lockas att arbeta inom vården och omsorgen tillhör de yngre generationerna, så gäller det att förstå unga människors värderingar och preferenser. Att vara relevant för nya medarbetare och möta dem i rätt kanaler och med rätt budskap blir allt viktigare.

Detta är några slutsatser som dras.

- Inte minst inom hälso- och sjukvården blir utmaningarna stora för att bli attraktiva arbetsgivare, eftersom kritiken mot arbetsmiljö, organisation och ledarskap bitvis är ganska skarp.
- Det yrkeslivslånga lärandet blir allt viktigare.
- Det behövs ett ledarskap som förmår leda förändring och involvera personal.

Behovet av nya kompetenser kan öka intresset

I samband med coronapandemin har noterats att allt fler vill börja arbeta i vården och omsorgen. I dialogerna har lyfts fram att utvecklingen pekar mot att nya kompetenser kommer att behövas i verksamheterna. Det gäller till exempel arbeten som kombinerar vård och digital teknik. Detta kan öka intresset och locka nya grupper till branschen. I dialogerna har diskussionerna även handlat om att komplexiteten i arbetet behöver visas på ett positivt sätt för att väcka intresse att arbeta i sektorn. Många har påtalat att varje steg är viktigt – att analysera hur vi talar om området, hur annonser formuleras och vilken typ av foton som visas etcetera. Allt detta bidrar till att skapa den samlade bilden av hur samhället ser på vården och omsorgen om äldre personer.

⁸ Olsson, M, Krafft, G (2019). Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden – en scenarioanalys fram emot 2040, s. 26. Kairos Future AB.

Det har också förts fram att unga människor gärna söker sig till verksamheter med tydliga värderingar. Det är en utmaning för vården och omsorgen att visa de värden som verksamheterna grundas på. Samtidigt finns, påpekades det, en risk med att alltför ensidigt inrikta sig på att rekrytera yngre medarbetare. I dialogerna har det återkommande framförts att arbete inom vård och omsorg är mögnads- och erfarenhetsyrken, vilket gör det intressant att också exempelvis rekrytera personer som efter ett antal år i arbetslivet kan vilja yrkesväxla.

6.3 Vägar att trygga kompetensförsörjningen

Behovet av att rekrytera personal till vården och omsorgen har varit en aktuell fråga under flera år. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) pekar på att det finns mycket som arbetsgivare kan göra för att möta rekryteringsutmaningen.⁹ Kommuner och regioner behöver bland annat

- förändra arbetssätten
- utnyttja digitaliseringens möjligheter bättre
- utveckla samarbetet mellan olika yrkesgrupper
- se över yrkesroller
- satsa ännu mer på kompetensutveckling och utbildning
- bli ännu bättre på att använda medarbetarnas kompetens rätt.

I dialogerna är detta teman som återkommande har diskuterats. SKR har tagit fram nio rekryteringsstrategier för arbete inom välfärdssektorn.¹⁰

1. Stöd medarbetarnas utveckling.
2. Stärk ledarskapet.
3. Rekrytera bredare.

⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Möt välfärdens kompetensutmaningar. Rekryteringsrapport 2020.

<https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/motvalfardenskompetensutmaningrekryteringsrapport2020.35352.html> – hämtad 2020-12-06

¹⁰ <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-901-9.pdf> – hämtad 2021-04-19.

4. Utnyttja tekniken smart.
5. Använd kompetensen rätt.
6. Sök nya samarbeten.
7. Prioritera arbetsmiljöarbetet.
8. Öka heltidsarbetet.
9. Förläng arbetslivet.

Tanken bakom strategierna är både att öka arbetsgivarnas attraktionskraft och minska rekryteringsbehovet. Det pågår ett omfattande arbete i kommuner och regioner inom ramen för dessa rekryteringsstrategier.

6.3.1 Stora behov av personal

Olika beräkningar har pekat på det stora behovet av personal inom vården och omsorgen, både i dag och under de närmaste åren.

I betänkandet *Stärkt kompetens i vård och omsorg* (SOU 2019:20) gör utredningen antagandet att om såväl kommuner som regioner avser att behålla den underskötersketäthet som fanns 2014, så fås en prognos för hur många ytterligare undersköterskor inom respektive verksamhet som krävs. Slutsatsen blir att det inom kommunal verksamhet kommer att behövas 52 000 fler undersköterskor fram till år 2040 för att klara av att hålla samma underskötersketäthet som under 2014. Detta är med stor sannolikhet en underskattning av behovet, med tanke på de reformer som är på gång i syfte att bygga ut primärvården och den nära vården.¹¹

Det finns cirka 78 000 anställda vårdbiträden i Sverige. På ett års sikt bedömer Arbetsförmedlingen att vårdbiträden har goda möjligheter till arbete. Den utbredda bristen på undersköterskor har förbättrat jobb-möjligheterna för vårdbiträden. Samtidigt varierar möjligheterna mellan olika delar av landet. På fem års sikt bedöms vårdbiträden möta en arbetsmarknad i balans. Det innebär att det kommer finnas ungefär lika många jobb som det finns personer som kan arbeta inom yrket. Den fortsatt växande befolkningen och den demografiska ut-

¹¹ SOU 2019:20. *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Betänkande av Utredningen *Reglering av yrket undersköterska*.

vecklingen, med allt fler äldre personer, leder till ett ökat vårdbehov de kommande åren. Samtidigt finns det många som söker och kan ta dessa arbeten, eftersom det ofta inte ställs några formella krav på utbildning.¹²

Arbetsförmedlingen bedömer vidare att det råder en påtaglig brist på grundutbildade sjuksköterskor och att det finns goda möjligheter till arbete i hela landet på ett och fem års sikt. Orsaken är att det under lång tid har utbildats för få sjuksköterskor, samtidigt som andelen äldre i befolkningen ökar. Arbetsförmedlingen bedömer även att det råder en mer påtaglig brist på specialistsjuksköterskor. Även här pekas på en växande andel äldre – och yngre – i befolkningen och med det ett ökande vårdbehov. Stora pensionsavgångar bland de yrkesverksamma väntar också.¹³

Olika förutsättningar för stora och små kommuner

Kommunutredningen, som hade i uppdrag att analysera kommunernas utmaningar inom olika samhällsområden, påtalar att bristen på arbetskraft inom vitala delar av den kommunala verksamheten kommer att kräva både kortsiktiga och långsiktiga åtgärder inom flera områden. Utmaningen ligger också, skriver Kommunutredningen, i att rekrytera till strategiska befattningar inom kommunerna, till exempel olika typer av specialisttjänster och ledningsfunktioner. De mindre kommunerna, särskilt de som är avlägset belägna från större arbetsmarknadsregioner, har ofta svårare att rekrytera till specialist- och ledningsfunktioner än de större kommunerna.¹⁴

Demografin är den främsta orsaken till att särskilt små och avlägset belägna kommuner står inför stora utmaningar när det gäller att klara kompetensförsörjningen. Det gäller speciellt i små kommuner med en minskande befolkning. När de yngre flyttar till utbildning och arbeten i andra regioner blir underlaget för rekrytering till tjänster inom kommunernas verksamheter helt enkelt för begränsat.¹⁵

¹² <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssookande/yrken-och-framtid/yrkeskompassen/#/yrkesprognos/5330> – hämtad 2021-04-05.

¹³ <https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssookande/yrken-och-framtid/yrkeskompassen/#/yrkesprognos/2221> – hämtad 2021-04-14.

¹⁴ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 243. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

¹⁵ *Ibid.*, s. 263.

I dialogerna har det bekräftats att förutsättningarna för rekrytering skiljer sig väsentligt mellan små och stora kommuner. Rekryteringsutmaningarna ser olika ut för glesbygdskommunerna och storstäderna. Glesbygden kan ha större utmaningar med de demografiska förutsättningarna, men har ofta en högre personalkontinuitet. De större kommunerna kan ha lättare att bemanna, men har ofta högre personalomsättning och då kanske inte lika stor andel utbildad personal.

Planeringsverktyg erbjuds

För att underlätta planeringen av kompetensförsörjningen har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram det Nationella planeringsstödet (NPS). Varje år redovisas bedömningar om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Samtliga 21 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården inkluderas i rapporten. Alla regioner utom en bedömer att det är brist på grundutbildade sjuksköterskor.¹⁶ Det Nationella planeringsstödet (NPS) omfattar inte icke legitimerade yrkesgrupper.

6.3.2 Få fler att välja vård och omsorg

Det är avgörande för kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre att människor vill börja arbeta i branschen. I dag råder brist på sökande till utbildningar inom vård och omsorg. Under lång tid har antalet sökande till vård- och omsorgsprogrammet varit för lågt för att motsvara behoven. En del elever som påbörjat utbildningen har heller inte fullföljt den. Det är också endast cirka 60 procent av sökande till utbildningen som är behöriga och endast cirka 55 procent av dem som söker som antas till utbildningen. Detta är bland den lägsta andelen antagna på gymnasieskolans yrkesutbildningar.¹⁷

Ett skäl till svårigheterna att rekrytera och behålla yrkeskompetent personal kan också vara bristande förutsättningar för personer i

¹⁶ Socialstyrelsen (2020). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020, s. 97.

¹⁷ Tabell 2 A: Sökande till gymnasieskolan till läsåret 2020/21, efter kön. Elevernas förstahandsval, behörighet till förstahandsval och antagning till förstahandsval 1 juni 2020/2021 – www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokC&verkform=Gymnasieskolan&omrade=Skolor%20och%20elever&lasar=2020/21&run=1 – hämtad 2021-04-23.

vuxen ålder att skaffa sig yrkesutbildning, när man sedan tidigare har en gymnasial utbildning. Detta har bekräftats i dialogerna. För en del personer kan det vara svårt att finansiera sådana studier.¹⁸

För få arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning

Det råder brist på arbetssökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. Även om denna brist har minskat så kommer den att kvarstå under de närmaste 5 åren, enligt SCB:s prognos från 2019.¹⁹

Arbetsförmedlingen visar i sin analys från samma år att en konsekvens av bristen på sökande är att rekryteringar tar längre tid, att befintlig personal får arbeta mer samt att arbetsgivare sänker kraven på utbildning och erfarenhet.²⁰ Det riskerar att få konsekvenser i form av försämrade arbetsmiljö för personalen.²¹ Resultatet kan bli att erfaren och utbildad personal säger upp sig när kompetensen urholkas på en arbetsplats, när de känner att de inte längre kan ge vård och omsorg av god kvalitet.

Brist på vägar till utbildning

I rapporten Utbildningsgapet har fackförbundet Kommunal analyserat skillnaden mellan vårdens och omsorgens stora behov av utbildad personal och bristen på vägar till sådan utbildning. Kommunal pekar bland annat på att det behövs både bättre studie- och yrkesvägledning och stöd i etableringen efter genomgången utbildning. Andra förslag som förs fram handlar om att Yrkeshögskolan ska erbjuda vidare- och specialistutbildningar inom vård och omsorg, en permanent yrkesinriktad vuxenutbildning, en utvecklingstrappa inom vård och omsorg samt kontinuerlig yrkesutveckling.²²

¹⁸ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vården och omsorgen om äldre personer, s. 290. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

¹⁹ www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/analyser-och-prognoser-om-utbildning-och-arbetsmarknad/arbetskraftsbarometern – hämtad 2021-04-14.

²⁰ Arbetsförmedlingen (2019). Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på 5 års sikt, s. 22.

²¹ Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020, s. 32.

²² Kommunal (2018). Utbildningsgapet. Vi behöver fler yrkesutbildade inom vård och omsorg, s. 44–45,

6.3.3 Få fler att vilja stanna

För att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning fordras både – som tidigare nämnts – att fler vill börja arbeta i vården och omsorgen om äldre, men också att fler vill stanna. I dialogerna har detta bekräftats. Arbetsgivarna behöver arbeta aktivt för att få medarbetare att vilja arbeta kvar. Det kräver insatser inom flera områden, såsom att skapa en god arbetsmiljö och ge möjlighet till kompetensutveckling. Här är det relevant att se på hur personer som i dag arbetar inom äldreomsorgen ser på sin egen framtid inom verksamheten.

Fackförbundet Kommunal genomförde 2017 en medlemsundersökning och ställde frågor om arbetsmiljön och om intentionerna att stanna i yrket. Majoriteten av de som svarande, cirka 60 procent, ville arbeta kvar om tre år medan cirka 27 procent ville lämna. Andelen som ville lämna yrket hade ökat jämfört med den undersökning som gjordes 2012. Ju yngre svarande, desto starkare intentioner att lämna yrket om tre år.²³

I rapporten *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* jämförs äldreomsorgen i Sverige, Norge, Danmark och Finland. Rapporten bygger på enkäter som genomförts 2005 och 2015. Intervjuerna har gjorts med personal i hemtjänst och på särskilda boenden. Av de svarande som 2015 arbetade på särskilt boende i Sverige, uppgav hälften att de på allvar funderade på att sluta. År 2005 var andelen 40 procent. Inom hemtjänsten var det 46 procent som 2015 övervägde att lämna yrket, jämfört med 40 procent 2005. I Sverige svarade fler att de allvarligt funderade på att sluta, jämfört med övriga Norden.

I Sverige var det sammantaget – både inom hemtjänsten och särskilda boenden – 49 procent 2015 som funderade på att sluta. För övriga Norden var andelen 39 procent.²⁴

6.3.4 Få fler att arbeta mer

En strategi för att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning är att få fler att arbeta mer. Arbetsförmedlingen har pekat på att det framför allt finns en stor potential att höja sysselsättningsgraden bland utrikes

²³ Kommunal (2017). *Personal som stannar. En rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen*, s. 8.

²⁴ Szebehely, M, Strantz, A, Strandell, R (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Arbetsrapport 2017:1, s. 42. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.

födda personer. Om utrikes födda kvinnor hade samma sysselsättningsgrad som inrikes födda kvinnor skulle det medföra ett teoretiskt tillskott med 134 000 sysselsatta.

Även bland äldre personer inom den arbetsföra befolkningen finns det enligt Arbetsförmedlingen en potential att öka sysselsättningsgraden. Om arbetskraften över 55 år skulle stanna ett år längre i sysselsättning fram till 2030 ger det ett teoretiskt tillskott på cirka 90 000 sysselsatta.²⁵

SKR bedömer att om fler anställda ökar sin arbetstid från i genomsnitt 91 procent till i genomsnitt 95 procent av heltid skulle behovet av personal minska med cirka 60 000 personer. Därtill skulle en gradvis framflyttad pensionsålder med två år minska rekryteringsbehovet med 50 000 personer. Effektivisering med ny teknik skulle dessutom kunna minska personalbehovet med ytterligare cirka 70 000 personer.²⁶

Heltidsresan

Heltidsresan är ett utvecklingsprojekt som drivs gemensamt av SKR och Kommunal. Målet är att heltidsarbete ska bli norm inom välfärdssektorn. Genom att ta tillvara befintlig kompetens på ett bättre sätt kan man både minska rekryteringsbehovet och få tillgång till mer personal. Det förutsätter att deltidsanställningar ersätts med heltidsanställningar och deltidsarbete ersätts med heltidsarbete. Heltidsresan är en femårig satsning. SKR och Kommunal är överens om tre målsättningar:

1. *Att alla nyanställningar ska vara på heltid.* De som nyanställs i välfärden ska anställas på heltid och också arbeta heltid.
2. *Att minska antalet tidsbegränsade anställningar.* Ge fler tidsbegränsat anställda möjlighet till relevant utbildning och kompetens för att kunna bli tillsvidareanställda.

²⁵ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 263–264. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

²⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (2018). Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi kompetensutmaningen?

3. Att öka andelen arbetad tid som utförs av ordinarie omsorgspersonal. Fler medarbetare behöver gå från deltid till heltid genom att sysselsättningsgraden ökas för befintlig personal.²⁷

Heltidsarbete är en viktig jämställdhetsfråga. För att kvinnor och män ska bli mer jämställda på arbetsmarknaden måste kvinnor kunna arbeta heltid i samma utsträckning som män.

I dialogerna var en återkommande kommentar att alla medarbetare bör erbjudas heltidsanställning. Det påpekades samtidigt att det är krävande att till 100 procent arbeta med mellanmännsliga möten. En rimlig fördelning borde därför vara 80 procent vård- och omsorgsarbete och 20 procent kompetens- och verksamhetsutveckling, handledning och reflektion.

Det har även lyfts fram att resurser fordras för att kunna erbjuda heltidsanställningar. Risk finns annars för ytterligare utmaningar när det gäller arbetsmiljön, eftersom vården och omsorgen om äldre måste fungera vid alla tider på dygnet, alla dagar året runt. Ett nytt sätt att planera kring bemanning fordras således.

6.3.5 Breddad rekrytering

Vården och omsorgen om äldre är starkt kvinnodominerad. Att bredda rekryteringen, genom att få fler män att vilja börja arbeta i branschen, är en av flera vägar som brukar lyftas fram för att klara kompetensförsörjningen.

I Norge – där den kvinnliga dominansen liksom i Sverige är stor inom vården och omsorgen – har det nationella projektet Menn i Helse pågått sedan 2010 och fått mycket uppmärksamhet. Programmet består av en komprimerad utbildning som leder fram till ett certifikat som vårdpersonal. Menn i Helse är ett samarbete mellan bland annat Arbetsförmedlingen, kommuner och Helsedirektoratet. Programmet vänder sig till män mellan 25–55 år som är registrerade som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen. Hittills har över 400 män tagit certifikatet via Menn i Helse. 92 procent av dem som tagit certifikatet har fått ett relevant jobb inom sektorn.

Även i Sverige prövas Män i hälsa som en satsning för att rekrytera män. Projektet drivs av Sjuhärads samordningsförbund i sam-

²⁷ Läs mer på webbplatsen www.heltid.nu/ – hämtad 2021-04-21.

arbete med VO-College Sjuhärad och norska Menn i helse. Det finansieras genom ett ESF-projekt och ett Leader-projekt. Urval av manliga deltagare sker genom samverkan med arbetsgivare, utbildningsanordnare, facklig organisation.²⁸

- Männerna bildar nätverk för att stötta varandra under och efter utbildningen, dela erfarenheter etcetera.
- Teoretiska studier kombineras med lärande på arbetsplatsen, sommarjobb, coachning, arbete med gruppdynamik, fysiska aktiviteter.

Den traditionella bilden av omsorgsarbetaren förändras

Vid tre seminarier i maj och juni 2020 bjöd SKR in kommuner, forskare och experter för att ur olika perspektiv diskutera jämställdhet i äldreomsorgen. Det konstaterades att det finns fler likheter än skillnader mellan könen i synen på vad som är viktigt i valet av utbildning och arbete. Unga människors attityder och intresse för arbeten inom vård och omsorg är en pusselbit för att åstadkomma en breddad rekrytering, men minst lika viktigt är att se på de befintliga medarbetarna och möjligheten att yrkesväxla senare i livet. Heltidsarbete som norm är ytterligare en avgörande jämställdhetsfråga. Att ställa om till en heltidsorganisation kräver uthålligt och långsiktigt arbete.²⁹

Forskaren Palle Storm lyfte i sitt anförande under ett av seminarierna fram att vården och omsorgen håller på att omvandlas om man ser till vilka som arbetar där. Den traditionella bilden av omsorgsarbetaren som en vit, svenskfödd kvinna med arbetarklassbakgrund utmanas nu av att fler svenskfödda män och fler utrikes födda kvinnor och män arbetar i äldreomsorgen.

²⁸ www.vo-college.se/nyhet/2021/03/11/man-i-halsa-en-ny-mojlighet-i-yrkeslivet
– hämtad 2021-04-14.

²⁹ <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/heltid.11441.html>
– hämtad 2021-04-14.

7 Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs

Coronapandemin har på ett tydligt sätt blottlagt brister i vården och omsorgen om äldre. En ambitionshöjning – både på statlig och kommunal nivå – är nödvändig, men också att all den kunskap och det utvecklingsarbete som redan finns används. Grundläggande för att ett långsiktigt utvecklingsarbete vad gäller kompetensförsörjningen ska kunna genomföras är att området prioriteras på den politiska dagordningen, både nationellt och lokalt.

I detta kapitel introducerar vi utredningens fyra temaområden. Vi beskriver vikten av att sätta mål för arbetet och redogör därefter för hur man systematiskt kan följa utvecklingen med hjälp av olika indikatorer och källor. De bedömningar och rekommendationer som utredningen presenterar i temakapitlen 8–11, tillsammans med ett antal befintliga indikatorer, är en väg att arbeta systematiskt för att kunna åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning och följa upp arbetet. Sist redovisar vi bedömningar och rekommendationer angående ett nationellt stöd på kort och lång sikt för fortsatt utvecklingsarbete.

7.1 Utredningens temaområden och behovet av att teckna en målbild

Coronapandemin, med stor smittspridning och många dödsfall på landets äldreboenden, satte äldreomsorgen i blyxtbelysning. Problem som tidigare varit väl kända, bland annat genom utredningar, myndighetsrapporter och media, blev nu än mer synliga. Det handlar om underbemanning, en stor andel utbildad personal, otrygga anställningsförhållanden, brister i arbetsmiljön, höga sjuktal, stora arbetsgrupper att leda för de verksamhetsnära cheferna. Samtidigt kunde

vi se verksamheter som hade förmågan att ställa om och ta sig an den stora utmaningen som pandemin har inneburit.

En övergripande slutsats som den av regeringen tillsatta Coronakommissionen dragit är att det behövs en ambitionshöjning i dessa verksamheter.¹

Vår utredning har haft i uppdrag att stödja kommunerna för att skapa en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Hur man lyckas rekrytera till verksamheterna påverkas av synen på dessa arbeten, hur attraktiva de är. Tidigt i utredningsarbetet framstod fyra områden som avgörande för att människor ska vilja börja arbeta i branschen – och önska fortsätta. Därför är det, enligt vår bedömning, centralt att ha en målbild för utvecklingsarbetet inom dessa områden.

- **Förnya, behålla och utveckla kompetens.** Utbildningsnivån behöver höjas i verksamheterna. Många av de äldre som får insatser från vården och omsorgen har flera sjukdomar och omfattande behov. Arbetet är ofta komplext och fordrar att personalen har utbildning och rätt kompetens.
- **Ledarskapet behöver stärkas.** Coronapandemin har visat på betydelsen av ett nära och tydligt ledarskap. Att utveckla ledarskapet är en väsentlig del i att höja statusen på arbetet inom vården och omsorgen om äldre. Det betyder satsning på ledarskapsutbildningar, möjlighet till kompetensutveckling för cheferna samt att chefen har ett rimligt antal medarbetare att ta ansvar för och tillgång till stödresurser. Verksamheterna ska bedrivas med kunskapsbaserade metoder.
- **Arbetsmiljön behöver förbättras och trygga anställningsvillkor skapas.** Anställningsvillkor och arbetsmiljö är avgörande för att människor ska vilja arbeta inom vården och omsorgen om äldre. Konkret betyder det att tillsvidareanställning och heltid bör vara norm, det som alla erbjuds. Arbetsmiljön ska vara sådan att de anställda inte drabbas av arbetsolyckor eller sjukdomar. En god arbetsmiljö innebär scheman som ger kontinuitet för både den äldre och personalen. Det ska vara möjligt att kombinera arbete och fritid. Tid ska finnas för återhämtning.

¹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 16. Delbetänkande av Coronakommissionen.

- **Ny teknik måste i högre grad tas tillvara.** Den digitala tekniken kan bidra till att öka tryggheten och självständigheten för den äldre, samtidigt som arbetet blir effektivare och resurserna används bättre. Personalens arbetsmiljö kan förbättras och mer tid ges till mänskliga möten. Utveckling av nya arbetssätt är en faktor för att göra arbeten inom branschen mer attraktiva. För att kunna ta tillvara de möjligheter som den nya tekniken ger, behöver kommunerna arbeta strategiskt utifrån en politiskt förankrad plan som inkluderar utbildning av medarbetarna. Det är väsentligt att medarbetarna är delaktiga i hela processen med att införa och använda ny teknik.

I kapitel 8–11 återkommer vi till dessa områden och de insatser som vi bedömer behöver göras. Varje område rymmer inom sig en rad olika aspekter och överlappar delvis varandra.

7.2 Att följa upp – går vi mot målet?

Hur vet vi i vilken riktning utvecklingen av kompetensförsörjningen går? Leder de satsningar som görs till varaktiga förändringar?

Att systematiskt följa upp verksamheten är en nödvändig del i ett utvecklingsarbete. Det gäller såväl offentliga, privata som idéburna utförare.² En känd modell är att teckna en målbild, sträva mot denna och under vägen mot målet använda sig av ett antal indikatorer/mått som visar hur det går. Uppföljningen ska ge kunskap om nuläget, utvecklingen över tid, bidra till utveckling av verksamheten samt identifiera brister som måste åtgärdas. Uppföljning kan ske lokalt, regionalt och nationellt.

Kommunen har som huvudman för vården och omsorgen om äldre ett ansvar för att följa upp att verksamheten bedrivs enligt lagar, föreskrifter och kommunens egna mål. Det gäller oavsett utförare. På nationell nivå finns ett flertal källor för att kunna följa utvecklingen inom området kompetensförsörjning, och kommunerna har även sina egna system för uppföljning.³

² I lagen används privata utförare som ett samlingsbegrepp för alla olika typer av utförare som inte är offentliga.

³ Se 2 kap. 1 § och 3 kap. 3 § SoL, 6 kap. 1 § och 10 kap. 8 § KL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet, prop. 2005/06:115 s. 118, prop. 2008/09:160, s. 95 och prop. 2009/10:131 s. 27.

7.2.1 Förbättrad statistik

En förutsättning för att kunna följa utvecklingen vad gäller kompetensförsörjningen är att det finns tillförlitlig statistik om icke legitimerad personal. Sådan saknas i dag.

Socialstyrelsen fick 2020 regeringens uppdrag att närmare analysera samt ge förslag på hur kommunerna på lämpligt sätt ska lämna in uppgifter till Socialstyrelsen om socialtjänstens olika yrkesgrupper.⁴ Syftet är att skapa bättre förutsättningar när det gäller att planera och möta behovet av kompetensförsörjning. Målet är att på sikt kunna följa antalet anställda inom olika yrkesgrupper inom socialtjänsten, på motsvarande sätt som inom hälso- och sjukvården. När undersköterska blir en skyddad yrkestitel kommer arbetet med att utveckla statistiken för icke-legitimerad personal att underlättas. Även yrkespaketet, som tydliggör de poängkrav som ställs för examen från vård- och omsorgsprogrammet och motsvarande, bidrar. Nationella vårdkompetensrådets⁵ verksamhet kommer från 2022 även omfatta vissa kompetensfrågor avseende gruppen undersköterskor/specialistundersköterskor med fokus på frågor om fort- och vidareutbildning för nämnda yrkesgrupper.⁶

7.2.2 Indikatorer som mått – möjligheter och risker

Vi har velat hitta ett litet antal indikatorer som mäter utvecklingen vad gäller kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Här har vi valt att använda befintliga källor, information som redan i dag samlas in. Kommunerna har egna uppföljningssystem som kan kompletteras med ytterligare indikatorer på områden där sådana i dag saknas på nationell nivå.

En indikator är ett mått som påvisar (indikerar) ett förhållande eller en utveckling. Indikatorer skiljer sig från andra mått, då de anger en riktning mot ett önskvärt resultat. Indikatorerna ska också kunna påverkas av huvudmannen eller utföraren. Det ska vara möjligt att förändra sina resultat över tid. Det är också viktigt att indika-

⁴ Socialstyrelsen får i uppdrag att närmare analysera samt ge förslag på hur kommunerna på lämpligt sätt ska lämna in uppgifter till Socialstyrelsen om socialtjänstens olika yrkesgrupper. Regleringsbrevet, Socialstyrelsen. S2019/05315/RS (delvis).

⁵ www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ – hämtad 2021-01-04.

⁶ Socialstyrelsen (2021). Nationella vårdkompetensrådet: Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser.

torerna upplevs som meningsfulla i utvecklingsarbetet för berörda huvudmän och utförare och visar en tydlig riktning.⁷

För att stimulera ett systematiskt förbättringsarbete behövs indikatorer som mäter såväl strukturer som processer och resultat.

- Strukturindikatorer belyser de resurser en verksamhet har, till exempel kompetens, rutiner och överenskommelser.
- Processindikatorer kan belysa både att aktiviteter har genomförts och hur detta gjorts.
- Resultatindikatorer speglar de resultat som uppnåtts för enskilda individer, om insatserna lett till avsedda mål.

Under ett antal år har ett omfattande arbete pågått för att utveckla former för att följa kvaliteten i vården och omsorgen om äldre. Det finns nu många indikatorer som ur olika aspekter belyser hur dessa verksamheter fungerar och vad som utförs. En känd svaghet med indikatorer är att vi mäter det som är mätbart. Däremot är det svårare att fånga det som sker exempelvis i mötet mellan vård- och omsorgspersonalen och den som får insatserna. En annan risk är att verksamheten fokuserar på områden som är jämförelsevis enkla att mäta, men som enbart täcker en liten del av relevanta kvalitetsfaktorer – och kanske inte ens de viktigaste. ”Det som mäts kanske blir gjort, men det är också det enda som blir gjort”.⁸

7.2.3 Källor för att följa kompetensförsörjningen

Det finns ett antal källor för att inhämta uppgifter om kompetensförsörjningen. Nedan redogör vi för några av dessa.

Kommunernas kvalitet i korthet (KKiK)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) sammanställer årligen data i rapporten Kommunernas kvalitet i korthet. Förtroendevalda är främsta målgruppen. Rapporten innehåller data som rör äldreomsor-

⁷ Socialstyrelsen (2017). Handbok för utveckling av indikatorer – För god vård och omsorg, s. 11.

⁸ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 797. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

gen, bland annat genomsnittlig väntetid till särskilt boende, antal personal som i genomsnitt under en 14-dagarsperiod besöker en äldre person som har hemtjänst⁹, exempel på serviceutbud inom hemtjänsten och vissa kvalitetsaspekter inom särskilt boende. Flertalet av måtten finns också i öppna jämförelser.

Kolada

Den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA)¹⁰ ansvarar för kommun- och regiondatabasen Kolada. Här finns cirka 3 500 olika nyckeltal samlade. Flertalet är hämtade från andra källor, vissa insamlade av RKA själv. De berör många delar av kommunernas och regionernas ansvarsområden.

Öppna jämförelser

En modell för utveckling av kvalitetsindikatorer togs fram av Socialstyrelsen i samarbete med SKR år 2007. Öppna jämförelser gör det möjligt att jämföra hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer.¹¹

Enhetsundersökningen

Socialstyrelsen genomför Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård varje år (utom 2020 på grund av coronapandemin). Undersökningen besvaras av hemtjänstverksamheter och särskilda boenden på enhetsnivå. Enkäter skickades 2019 till samtliga verksamheter inom hemtjänst och särskilda boenden i riket som rapporterats av kommunerna. Cirka 2 200 särskilda boenden och 2 300 hemtjänstenheter omfattades av undersökningen 2019. Enkäternas innehåller frågor om verksamheternas innehåll.

⁹ Uppgifter hämtade från Kolada.

¹⁰ Medlemmar i föreningen är staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

¹¹ www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/ – hämtad 2021-04-14.

I undersökningen deltog 86 procent av hemtjänstverksamheterna och 91 procent av de särskilda boendena.

7.3 En nationell samordnare – motor i det fortsatta arbetet

En samlad erfarenhet från de många dialoger som genomförts inom ramen för denna utredning är att kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre är ett område som är i behov av nationell samordning, en motor för att kunna påskynda utvecklingen. En mängd olika aktörer finns på området, samtidigt som några tydliga temaområden har identifierats. Detta har särskilt synliggjorts under coronapandemin.

I direktivet till denna utredning framgår att den nationella samordnarens uppdrag ska vara att stödja kommunerna i arbetet med en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Huvudsyftet har varit att fungera som en samordnande nationell kraft på området. I direktivet står att läsa:

Regeringen tillsätter därför en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Samordnaren ska tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare.¹²

Statskontoret har i en rapport från 2014 konstaterat att det har blivit allt vanligare inom den statliga styrningen att tillsätta en samordnare. I likhet med forskningen finner Statskontoret att ett motiv för att tillsätta en nationell samordnare är när regeringen för sakfrågan är beroende av flera aktörer för att genomföra politiken.

Regeringen kan också bedöma att samordning på frivillig väg är ett mer effektivt eller politiskt önskvärt sätt att nå målet än genom tvingande styrning, såsom reglering och tillsyn. Samordnaren används också för att synliggöra en fråga och på så sätt skapa ett förändringstryck.¹³

¹² Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

¹³ Statskontoret (2014). Om offentlig sektor. Nationella samordnare. Statlig styrning i otraditionella former? s, 23, 43.

7.4 Utredningens bedömningar och rekommendationer

För att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre behöver kommunerna arbeta systematiskt och långsiktigt. Kommunala planer och inventeringar är en del i detta systematiska arbete. Det är även nödvändigt att följa upp insatserna. Det är kommunerna – i egenskap av huvudmän – som skapar förutsättningarna för kompetensförsörjningen. Men ett nationellt stöd behövs.

Nedan redovisar utredningen sina bedömningar och rekommendationer när det gäller ett fortsatt utvecklingsarbete rörande kompetensförsörjningen.

7.4.1 Arbeta systematiskt och följ upp inom fyra temaområden

Utredningens bedömningar: Det är kommunerna som skapar förutsättningarna för att åstadkomma och vidmakthålla en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Detta fordrar ett systematiskt och långsiktigt arbete, som inkluderar uppföljning, inom utredningens fyra temaområden.

Socialstyrelsens Enhetsundersökning, som publiceras varje år, är ett av de verktyg som kommunerna kan använda i sin uppföljning.

Utredningens rekommendationer: Kommunerna bör bedriva ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Kommunerna bör kontinuerligt följa upp sitt arbete.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera Enhetsundersökningen med specifika frågor om kompetensförsörjningen inom både socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen bör redovisa de indikatorer som utredningen föreslår – samt eventuellt kommande nationellt insamlade indikatorer som är relevanta. Lämplig publikation är myndighetens Lägesrapport om vård och omsorg om äldre, som publiceras varje år.

Kommunernas systematiska arbete och uppföljning

För att långsiktigt klara kompetensförsörjningen behöver frågan kontinuerligt finnas på den politiska dagordningen i kommunen. Ett strategiskt och väl förankrat arbete måste bedrivas.

Coronakommissionen skriver i sitt delbetänkande att äldreomsorgens strukturella och sedan länge välkända problem måste åtgärdas.¹⁴ Det är nödvändigt att öka ambitionsnivån och att höja statusen och attraktionskraften på omsorgsyrkena för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet. Vi instämmer i kommissionens analys att låga löner, bristande bemanning, krävande scheman och obekväma arbetstider medverkar till att dessa yrken har låg status och liten attraktionskraft.¹⁵

Vi bedömer att kommunerna behöver göra insatser inom de fyra temaområden som behandlas i kapitel 8–11, i syfte att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre.

- Förnya, behålla och utveckla kompetens.
- Stärk ledarskapet.
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.
- Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Kommunerna bör arbeta systematiskt för att följa upp de satsningar som görs. Det innebär att

- beskriva nuläget
- teckna en målbild
- bestämma en tidpunkt när målet ska vara uppnått
- besluta om åtgärder som ska driva utvecklingen framåt mot målet
- avsätta resurser
- ta fram indikatorer för att kunna följa utvecklingen
- följa upp, samt
- göra ändamålsenliga förändringar.

¹⁴ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 124. Delbetänkande av Coronakommissionen.

¹⁵ Ibid, s. 251.

Det är kommunerna som skapar förutsättningarna för hur äldreomsorgen utvecklas. Utredningen bedömer att de nio strategier som SKR har tagit fram för att möta kompetensutmaningen i välfärden är ett betydelsefullt stöd för kommunernas arbete och för långsiktiga planer på området (se kapitel 6). Strategierna handlar bland annat om att bli attraktiva arbetsgivare, hitta nya lösningar och att åstadkomma ett hållbart arbetsliv. Dessa områden har också pekats ut i alla dialogerna som den nationella samordnaren genomfört inom ramen för denna utredning. I kommunernas strategier för rekrytering behöver även ingå hur den ojämna könsfördelningen inom verksamheterna kan förändras så att rekryteringsbasen blir bredare genom att fler män söker sig till området.

Befintliga indikatorer i det systematiska utvecklingsarbetet

Vi har valt att föreslå ett litet antal indikatorer som redan tagits fram. Forskningen är relativt svag när det gäller de indikatorer som i dag används. Inom verksamheterna finns en tveksamhet till att öka rapporteringen. Många anser att detta riskerar att ta tid och resurser från kärnverksamheten. Det är bakgrunden till att vi föreslår ett litet antal befintliga indikatorer.

Under arbetets gång har det framgått att det saknas indikatorer på ett flertal delområden. Ett sådant område är statistik avseende icke legitimerad personal. Förutsättningarna att följa upp området kommer sannolikt att förbättras, eftersom Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att analysera och föreslå hur kommunerna ska rapportera in statistik om icke legitimerade yrkesgrupper. Viktigt i sammanhanget är också uppdraget att kartlägga det verksamhetsnära ledarskapet i vården och omsorgen om äldre. En skyddad yrkestitel för undersköterskor (se vidare kapitel 8) ger också betydligt bättre möjligheter till statistikuppföljning.

Tillsammans med de bedömningar och rekommendationer som utredningen presenterar utgör de föreslagna indikatorerna en del i ett systematiskt arbete för att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning och följa upp området. Denna utredning har velat visa hur befintliga källor kan användas i uppföljningen. Några indikatorer som redan tagits fram kommer att föreslås i anslutning till varje temaområde i kapitel 8–11.

Utveckla Socialstyrelsens Enhetsundersökning

Socialstyrelsens Enhetsundersökning omfattar både verksamheter inom hemtjänst och särskilt boende, oavsett utförare. Den har god svarsfrekvens och är väl känd. Undersökningen ger kommunerna en överblick över verksamheterna, på enhetsnivå. Vi rekommenderar därför att regeringens ger Socialstyrelsen i uppdrag att se över undersökningen och lägga till eller förändra frågor om kompetensförsörjningen där det bedöms ändamålsenligt.

Socialstyrelsens lägesrapport ger viktig kunskap

Socialstyrelsen publicerar varje år en lägesrapport om vården och omsorgen om äldre. I denna beskriver myndigheten nuläget och utvecklingen inom vården och omsorgen om personer 65 år och äldre. Syftet är att ge en samlad bild av området. Rapporten är i huvudsak en sammanställning av andra rapporter och redovisningar, men innehåller även myndighetens egna analyser.¹⁶

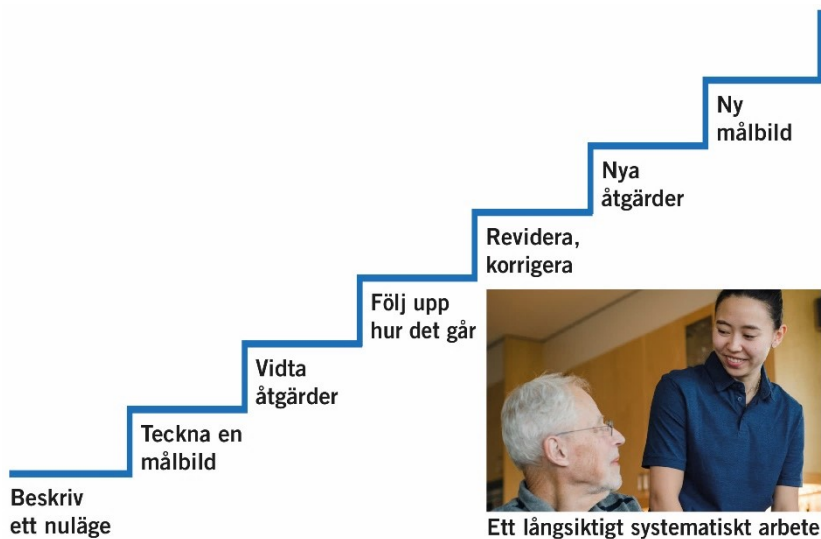
Vi bedömer att Socialstyrelsens lägesrapport är en lämplig publikation att redovisa en nationell bild över utvecklingen mot en hållbar kompetensförsörjning. I denna kan ingå att publicera indikatorerna.

Utredningens rekommendationer kan användas i kommunens systematiska arbete

Utredningen presenterar under varje temakapitel (kapitel 8–11) ett antal rekommendationer för att utveckla en hållbar kompetensförsörjning i vården och omsorgen om äldre. Vår bedömning är att dessa kan användas i kommunernas utvecklingsarbete utifrån de skilda förutsättningar som råder. Rekommendationerna kan exempelvis komma till användning i kommunala planer och strategier. Ett antal kommuner och samverkansregioner har redan väl utvecklade kompetensförsörjningsplaner och bedriver ett systematiskt arbete för att utveckla vården och omsorgen om äldre. Men på andra håll saknas det. Rekommendationerna kan således utgöra en checklista för ett långsiktigt arbete med frågan.

¹⁶ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.

Figur 7.1 Ett systematiskt arbete krävs



7.4.2 Kommunala planer och inventeringar – en del i ett långsiktigt arbete

Utredningens bedömningar: Kommunala planer och inventeringar behövs som en del i ett långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen.

Äldreomsorgslyftet ger förutsättningar för att påbörja ett sådant långsiktigt arbete då ny och befintlig personal får möjlighet att utbildas på betald arbetstid. Arbetet med en långsiktig kompetensförsörjning behöver omfatta samtliga personalkategorier.

Utredningens rekommendationer: Kommunerna bör göra inventeringar och utarbeta planer för ett långsiktigt och systematiskt arbete med kompetensförsörjningen. Utredningens rekommendationer kan användas i detta arbete.

Arbetet med den långsiktiga kompetensförsörjningen bör omfatta samtliga personalkategorier.

Kommunala planer och inventeringar

Kommunen behöver ha den övergripande kunskapen om behoven av vård och omsorg hos äldre personer. Kommunen behöver också ha kunskap om utbildningsnivån hos personalen som arbetar med vård och omsorg om äldre, oavsett utförare. Därför behövs kunskapsinhämtning, i form av att regelbundna inventeringar genomförs

Oavsett den kommunövergripande inventeringen behöver varje verksamhet fortlöpande kartlägga sin egen personals kompetensnivå i förhållande till de äldre personernas behov.

Kommunen behöver arbeta systematiskt¹⁷ och i flera steg. Det innebär att

- fastställa kompetenskrav
- kartlägga medarbetarnas formella kompetens
- tydliggöra behovet av kompetensutveckling.

Utredningen bedömer även att yrkesrollerna och arbetsuppgifterna behöver tydliggöras (se vidare kapitel 8). Inventeringarna kan bidra till detta, utifrån behoven.

Äldreomsorgslyftet ger goda förutsättningar

I kapitel 8 beskrivs den statliga satsningen Äldreomsorgslyftet. Den innebär att ny och befintlig personal får möjlighet att på betald arbetstid utbilda sig. Vi har även redogjort för satsningar på fler utbildningsplatser samt ökade resurser till kommunerna genom tillskottet på 4 miljarder kronor i budgetpropositionen 2021. Sammantaget ger detta förutsättningar för ett arbete med kompetensförsörjning och kompetensutveckling, men vi vill dock betona vikten av långsiktighet.

Den allmänna diskussionen har till stor del kretsat kring kommuner med stora problem på området. Utredningen bedömer att de nationella satsningar som nu görs kommer att bidra till en ytterligare professionalisering även i de kommuner som har en väl fungerande verksamhet.

Utredningen bedömer vidare att en tydligt förankrad kommunal plan ökar förutsättningarna att genomföra relevanta förändringar

¹⁷ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

och följa upp resultatet i alla kommuner. Utan en analys av nuläget och en långsiktig plan för verksamheten finns risken att de statliga satsningar som görs inte får önskat genomslag.

7.4.3 Nationellt stöd – på kort och lång sikt

Utredningens bedömning: Ett nationellt stöd för kompetensutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre behövs på både kort och lång sikt.

Utredningens rekommendationer: Regeringen bör överväga att tillsätta en funktion för att samordna och följa upp det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Utredningens rekommendationer kan användas i arbetet.

En uppgift kan därutöver vara att skapa förutsättningar för fortsatt erfarenhetsutbyte och samarbete efter att den nationella samordnarens uppdrag är slutfört. I detta utvecklingsarbete kan även ingå att fördjupa arbetet med att samla in lärande exempel på arbetsätt i syfte att stärka kompetensförsörjningen.

Regeringen bör även överväga att inrätta ett kompetenscentrum för utveckling av äldreomsorgen. Ett sådant kan placeras vid lämplig myndighet, exempelvis Socialstyrelsen.

Behov av nationellt stöd för fortsatt utvecklingsarbete

Coronakommissionen bedömde att den svenska äldreomsorgen till stor del stod oförberedd när pandemin slog till.¹⁸ Anställda i verksamheterna lämnades i stor utsträckning ensamma med att hantera denna krissituation. Kommissionen anser att det är sedan länge välkända brister som, utöver den allmänna smittspridningen, har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg.

Det har tydligt framstått att en hållbar kompetensförsörjning är en grundläggande förutsättning för att kunna skapa en vård och omsorg av god kvalitet. Ett systematiskt arbete – och kontinuerlig upp-

¹⁸ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 244. Delbetänkande av Coronakommissionen.

följning – fordras för att säkra att utvecklingen drivs i en sådan riktning. Under arbetet med denna utredning har det också blivit tydligt att ett nationellt stöd behövs för att stimulera förändringsarbetet. Utredningen ger därför rekommendationer om nationellt stöd på både kort och lång sikt.

Stöd på kort sikt

Coronakommissionen bedömer att en god samverkan ställer krav på verktyg och upparbetade kanaler som säkerställer en samordning mellan regioner och kommuner, där varje aktör förmår se till helheten och investerar i tillräckliga resurser. Detta kräver sannolikt genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen, inklusive hälso- och sjukvården i både kommuner och regioner.¹⁹

Vi instämmer i denna bedömning, men vill samtidigt lyfta fram att det finns förutsättningar att redan nu påbörja ett utvecklingsarbete. Det är, som kommissionen påpekar, positivt att samverkansformerna under pandemin har förbättrats. Kommissionen anser att samverkan måste stärkas så att den – vid en oförändrad ansvarsfördelning – blir kvar även efter pandemin. Det är då viktigt att strukturerade former för tvärprofessionell samverkan mellan regioner, kommuner och utförare leder till konkreta resultat. Vi menar att en samordnande funktion kan stödja en sådan process.

I dialogseminarierna och i den nationella samordnarens möten med olika aktörer har behovet av ett framåtblickande arbete påtalats. Den demografiska utvecklingen, digitaliseringen, den medicinska utvecklingen, värderingsförändringar är exempel på områden som i hög grad påverkar vården och omsorgen om äldre och som fordrar en djupare analys och en nationell överblick.

Vi bedömer att regeringen bör överväga att tillsätta en samordnande funktion under en avgränsad tid för att stödja det fortsatta utvecklingsarbetet och skapa förutsättningar för fortsatt erfarenhetsutbyte och samarbete efter att den nationella samordnarens uppdrag är slutfört. Utredningens rekommendationer kan användas i detta arbete. I ett sådant utvecklingsarbete kan även ingå att fördjupa

¹⁹ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 249. Delbetänkande av Coronakommissionen.

arbetet med att samla in lärande exempel på arbetsätt för att stärka kompetensförsörjningen.

Den modell med digitala dialoger som den nationella samordnaren använt under pandemin kan också tillämpas för att ge möjlighet till nationellt erfarenhetsutbyte mellan kommuner med olika förutsättningar.

Stöd på längre sikt

Vi bedömer även att det finns behov av ett långsiktigt och samordnat nationellt arbete med kompetensfrågor och implementering, för att möta de stora nutida och framtida utmaningar som vården och omsorgen om äldre personer står inför. Ett sådant nationellt arbete skulle kunna organiseras i en form av kompetenscentrum eller motsvarande, som stegvis byggs upp.

Utredningen om välfärdsteknik föreslog att ett nationellt centrum för utveckling av äldreomsorgen bör inrättas. Man pekade bland annat på att den snabba tekniska utvecklingen fordrar ett samlat nationellt arbete.²⁰ Även Valfärdskommissionen²¹ har lyft fram behovet av stöd för att uppmuntra och underlätta för välfärdsutförare att hitta nya arbetsätt.

Vi instämmer i dessa bedömningar. Kompetenser som kan anses vara självklara för en centrumbildning är exempelvis kunskap om demenssjukdomar, geriatrik och gerontologi. Här behöver också finnas de kompetenser som ingår i ett teambaserat arbetsätt. Forskning kommer att ha stor betydelse. Även nya kompetenser är viktiga. Det kan handla om logistik, systemvetenskap, verksamhetsutveckling med digitala hjälpmedel etcetera. Kunskap om anhöriga behöver inkluderas. Detta kompetenscentrum kan placeras på lämplig myndighet, exempelvis Socialstyrelsen som är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Myndigheten har förutsättningarna att upprätthålla den överblick på området som krävs genom bland annat omfattande samverkan med myndigheter och andra aktörer.²²

²⁰ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 521. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

²¹ Valfärdskommissionen samlar företrädare för stat, kommuner, regioner och centrala arbetsgivarorganisationer. Kommissionens uppdrag framgår av dir. Fi 2019/04300/K.

²² Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

8 Förnya, behålla och utveckla kompetens

Detta kapitel omfattar det första av utredningens fyra temaområden – förnya, behålla och utveckla kompetens. Att satsa på utbildning och att stimulera medarbetarnas utveckling i en lärande organisation är centralt.

I det följande behandlas utbildningskrav, att förtydliga yrkesroller och stimulera karriärutveckling. Till grund för kapitlet ligger de dialoger som den nationella samordnaren har haft med kommuner, organisationer, idéburna och privata arbetsgivare samt med utbildningsanordnare. Här redovisas också hur utredningar, myndigheter och andra aktörer ser på ett antal frågor som rör utbildning och kompetensutveckling.

Sist redovisar vi våra bedömningar och rekommendationer samt lämnar förslag på indikatorer för att kunna följa utvecklingen.

8.1 Kompetenskrav och satsning på utbildning

En långsiktigt hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre är nödvändig för att möta hälsoutmaningar i befolkningen och stärka hälsa och livskvalitet. För att höja kompetensen i sektorn har en rad statliga initiativ tagits och ekonomiska satsningar gjorts. Satsningarna gäller främst baspersonalen i verksamheterna, det vill säga undersköterskor och vårdbiträden. Det handlar om förtydligade kompetenskrav, satsningar på utbildning och ökad bemanning. Ett viktigt steg är att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel.

8.1.1 Förtydligade kompetenskrav och skyddad yrkestitel

I dialogerna framkom att det är problematiskt att det i dag inte finns några formella kriterier som reglerar yrket undersköterska. Utredningen om reglering av yrket undersköterska genomförde en kartläggning av olika aktörers erfarenheter och konstaterade relativt utbredda kompetensbrister hos yrkesgruppen. Bristerna har en direkt effekt på hur man utför sina arbetsuppgifter. Att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat innebär att vem som helst kan anställas som undersköterska och genomföra vårdåtgärder utan relevant utbildning.¹

Socialstyrelsen och Universitets- och högskoleämbetet har haft ett regeringsuppdrag om förtydligande av kompetenskrav för undersköterskor. I rapporten, som lämnades till regeringen 2018, beskrivs 26 kompetensområden med ett flertal kompetenskrav kopplade till varje område. Dessa 26 områden kan delas in i tre kategorier: teoretisk ämneskunskap, kunskap om arbetssätt och metoder samt praktiska färdigheter eller förhållningssätt. I rapporten tydliggör också Socialstyrelsen vad som krävs för att kompetenskraven ska kunna fastställas i bindande föreskrift. Arbetet har 2021 resulterat i kompetensmål för undersköterskor som kan används vid utbildning.²

Socialstyrelsen utfärdade 2011 allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

Kommunal, den största fackliga organisationen för baspersonalen, har beskrivit hur man ser på frågan om utbildningskrav. Utgångspunkten är att alla som arbetar inom äldreomsorgen ska ha yrkesutbildning (undersköterska eller lägst vårdbiträde), eller vara på väg mot att bli utbildat vårdbiträde i enlighet med de nationella yrkespaketen. Det innebär att om man ska prova på yrket och se om man vill vara kvar, ska man gå med handledning som ett första steg. Även under provanställning ska titeln vara vårdbiträde – med ett förtydligande av arbetsgivaren, som till exempel provanställning, grad av utbildning och yrkeserfarenhet. Efter provanställningen är slut behövs en yrkesutvecklingsplan, vilket även behövs för alla vårdbiträden.

¹ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 9. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

² Socialstyrelsen (2021). Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor, s. 5.

Undersköterska blir en skyddad yrkestitel

År 2019 presenterade Utredningen Reglering av yrket undersköterska sitt betänkande med förslag för att göra undersköterska till en skyddad yrkestitel.³ Med ett reglerat yrke avses yrkesverksamhet där det genom lag, förordning eller andra föreskrifter, direkt eller indirekt, krävs bestämda yrkeskvalifikationer för att få tillträde till eller utöva verksamheten eller någon form av denna eller använda en viss yrkestitel.

I april 2021 lämnade regeringen propositionen 2020/21:175 Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket. I denna föreslås att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska ska få använda titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i verksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den som saknar ett sådant bevis ska inte heller få använda en titel som kan förväxlas med yrkestiteln undersköterska. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.⁴

Grunden för att få en skyddad yrkestitel ska vara det nya utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller utbildning som ger motsvarande kompetens, exempelvis undersköterskeutbildning från folkhögskola eller komvux. De föreslagna övergångsbestämmelserna innebär att de personer som den 1 juli 2023 har en tillsvidareanställning med yrkestiteln undersköterska får fortsätta att använda titeln under 10 år. Därefter behöver de ha ansökt om och beviljats ett bevis för att fortsatt få använda yrkestiteln. Under samma tidsperiod ska även bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska kunna ges till den som har en utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning enligt de bestämmelser om utbildningsinnehåll som gäller eller har gällt före den 1 juli 2023.

Att undersköterska blir en skyddad yrkestitel är ett steg i att förtydliga kraven på kompetens. Deltagarna i dialogerna bekräftar att reglering av yrkestiteln undersköterska är betydelsefull för ökad professionalisering.

³ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

⁴ Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.

Yrkesintroduktion för baspersonal

Socialstyrelsen har tagit fram en yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen. Yrkesintroduktionen finns på Kunskapsguiden.⁵ Introduktionsprogrammet är tänkt att ge inspiration och underlätta för den som planerar för introduktion av nyanställda. Innehållet vänder sig även till alla som söker kunskap inom området. Introduktion för nyanställd baspersonal kan med fördel delas upp i två delar – arbetsplatsintroduktion och yrkesintroduktion. Socialstyrelsen har tagit fram del 1 och del 2 har upphandlats.⁶ Socialstyrelsen har fått god återkoppling från användarna vid de utvärderingar som gjorts.⁷

Arbetsplatsintroduktionen är kopplad till den specifika arbetsplatsen och lokala förhållanden. Det gäller exempelvis hantering av nycklar, larm och brandsäkerhet, verksamhetens dokumentationssystem samt viss information om kommunens organisation och andra lokala förutsättningar. Yrkesintroduktionen fokuserar på själva yrkesrollen – mötet med den äldre personen och dennes individuella behov. För att nå en helhetssyn ingår även information om olika samverkanspartners.⁸

Språket – en nyckelfaktor

Språket är nyckeln till kommunikation mellan människor och en förutsättning för en vård och omsorg av god kvalitet. Personalens kunskaper i svenska språket – förstå, tala och skriva – samt möjligheten till språkutveckling, är en fråga som har behandlats i flera sammanhang och där arbete pågår.

En annan aspekt av språk och kommunikation är när den äldre personen inte har svenska som modersmål eller vars använda språk inte är svenska. Det kan exempelvis vara något av de nationella minoritetsspråken.⁹ Teckenspråk och dövkultur är också exempel på behov av språk- och kulturkompetens.

⁵ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/> – hämtad 2021-04-07.

⁶ Del 1 har haft cirka 7 500 användare, 3 675 har avslutat utbildningen. Del 2 har haft 3 867 användare och 2 136 har avslutat utbildningen.

⁷ Uppföljning med Socialstyrelsen 2020-12-18.

⁸ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/om-yrkesintroduktion/> – hämtad 2020-12-15.

⁹ De nationella minoritetsspråken i Sverige är finska, jiddisch, meänkieli, romani chib och samiska.

Språkbristerna uppmärksammas

I de dialoger som den nationella samordnaren haft med olika aktörer har problemet med bristande språkkunskaper samt behovet av språkstöd i kommunerna lyfts fram.

Utredningen om reglering av yrket undersköterska genomförde en omfattande kartläggning över kunskapsbrister inom vården och omsorgen. Från arbetsgivare framfördes att bristande språkkunskaper bland undersköterskor var ett problem för verksamheten.¹⁰

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har i sina iakttagelser från 2019 rapporterat om kvalitetsbrister gällande personalens språkliga kompetens.¹¹

Coronakommissionen har framfört att kommunerna måste genomföra språkutbildningsinsatser för omsorgspersonal som saknar tillfredsställande språkkunskaper.¹²

Fackförbundet Kommunal har i en rapport redovisat en kartläggning av dagens språkbrister, redogjort för arbete som pågår i dag för att öka språkkunskaperna på arbetsplatserna samt lämnat förslag på konkreta åtgärder. Språkbrist syftar här på något som hindrar en anställd från att utföra en uppgift som ingår i arbetet. I rapporten lyfts fram att språkbrister påverkar både arbetsmiljön och kvaliteten i verksamheten. Satsning på språkutveckling är nödvändig för att möta framtidens behov av kompetensförsörjning. Förutom språkkompetens framhålls att även en bredare kulturkompetens kommer att krävas av allt fler.¹³

Utredningen Stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk, KLIVA lyfte i sitt betänkande fram behovet av förändringar när det gäller kommunal vuxenutbildning i svenska för invandrare (sfi) och sfi i kombination med annan utbildning inom kommunal vuxenutbildning.¹⁴ I betänkandet lämnas ett antal förslag, bland annat om ett så kallat kommunalt språkansvar som ska stödja kommunerna och skärpa befintliga krav på arbetet att söka upp, motivera och stödja individer att påbörja och

¹⁰ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 121, Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

¹¹ Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2019? s. 47.

¹² SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 107. Delbetänkande av Coronakommissionen.

¹³ Kommunal (2019). Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen, s. 6 ff.

¹⁴ SOU 2020:66. Samverkande krafter – för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk. Betänkande av KLIVA-utredningen.

slutföra hela sfi-utbildningen. Utredningens förslag remissbehandlas för närvarande.

Språkombud – en modell

En viktig aktör är Vård- och omsorgscollege som har tagit fram ett konkret stöd för språkutveckling på området.¹⁵ Språkombuden arbetar med stöd av chefen för att göra hela arbetsplatsen språkutvecklande och för en bättre kommunikation. Det kan både handla om att stödja dem som har ett annat modersmål än svenska och att hjälpa kollegor i frågor om vardaglig språkanvändning.

Att arbeta med språkombud i en organisation ger möjligheter till språkutveckling på ett brett plan som leder till att språket stärks hos individer men också i en hel arbetsgrupp. Konceptet har utvecklats under en period av cirka tio år och innefattar i nuläget en utbildning till språkombud, en utbildning till språkombudsutbildare och en utbildning för chefer.

Namnet ”Språkombud” är varumärkesskyddat och ägs av föreningen Vård- och omsorgscollege.

Följande ingår i uppdraget för språkombud:

- att ha ett särskilt ansvar för frågor om språkutveckling på arbetsplatsen,
- att stödja kollegor i frågor som gäller språkutveckling, till exempel vid dokumentation, telefonsamtal med mera,
- att tillsammans med chefen arbeta för att göra hela arbetsplatsen språkutvecklande,
- att använda olika verktyg för att säkerställa att informationen uppfattas av alla medarbetare.

¹⁵ www.vo-college.se/sprakombud – hämtad 2021-04-27.

8.1.2 Statliga satsningar

Äldreomsorgslyftet

Regeringen beslutade i maj 2020 om att ett äldreomsorgslyft ska genomföras. Satsningen innebär att ge ny och befintlig personal möjlighet att på betald arbetstid genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska inom kommunal vuxenutbildning eller motsvarande utbildning på folkhögskola. Staten kommer att finansiera kostnaden för den tid den anställde är frånvarande på grund av studier till vårdbiträde eller undersköterska under 2020 och 2021.

Utöver att utbilda sig till undersköterska eller vårdbiträde ges personalen även möjlighet att fortbilda sig genom kompetenshöjande utbildningar inom vård och omsorg. Satsningen bedöms även bidra till att underlätta möjligheterna att utbilda sig till undersköterska inför den planerade regleringen av yrket. Äldreomsorgslyftet föreslås fortsätta fram till 2023.

Inom ramen för Äldreomsorgslyftet avser regeringen att även skapa förutsättningar för att stärka kompetensen hos första linjens chefer. Från 2021 får första linjens chefer som arbetar inom vård och omsorg om äldre möjlighet att utbilda sig på arbetstid.¹⁶ Socialstyrelsen fördelar statsbidrag till kommunerna inom ramen för Äldreomsorgslyftet.

SKR och Kommunal har en överenskommelse kopplad till Äldreomsorgslyftet.¹⁷ Parterna uttalar att satsningen ska öka andelen heltids- och tillsvidareanställningar och bidra till en större trygghet och bättre villkor för medarbetarna samt förbättra arbetsmiljön för befintlig personal genom en tryggare bemanning. Satsningen ska bidra till en stärkt kvalitet i verksamheten.

Utbyggnad av utbildningsplatser

Riksdagen fattade under 2020 beslut om medel för en utbyggnad av utbildningsplatser med inriktning mot vård och omsorg. Medlen fördelas av Skolverket och Folkbildningsrådet. Under 2020 satsade staten 54 miljoner kronor på regional yrkesinriktad vuxenutbildning

¹⁶ Prop. 2020/21:1. Budgetpropositionen för 2021, utgiftsområde 9, s. 166.

¹⁷ <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/aldreomsorg/kompetenslyftaldreomsorgen.46592.html> – hämtad 2021-04-08.

inom äldreomsorg eller hälso- och sjukvård. Under 2020 finansierade staten platserna fullt ut och kommunerna behövde inte bidra med egen finansiering. 2021 kommer kommunerna att stå för finansiering med 30 procent av platserna. För att ta tillvara de kompetenser som finns i gruppen invandrade bör hälften av de reserverade medlen gå till kombinationsplatser med svenska för invandrare (sfi) eller svenska som andraspråk.

Utöver detta satsade staten 50 miljoner kronor 2020 för utbyggnad av folkhögskolans allmänna kurs och yrkesutbildningar på gymnasial och eftergymnasial nivå. De nya utbildningsplatserna riktas mot yrken inom vård och omsorg. Satsningen fortsätter under 2021 och första halvåret 2022. Staten står för hela kostnaden för denna utbyggnad och ingen regional medfinansiering kommer att behövas.¹⁸

Yrkespaketet

Det är Skolverkets yrkespaket till vårdbiträde (800 p) och undersköterska (1 500 p) som ger rätt till stöd.¹⁹ Även motsvarande utbildningar på folkhögskolor berättigar till stöd. Yrkespaketet är framtaget i samråd med Vård- och omsorgscollege.

- Yrkespaket till undersköterska.
- Yrkespaket till vårdbiträde.

Vårdbiträdesutbildningen försvann i början av 1990-talet, beroende på läroplaner för gymnasiet. Kommunal och SKR har tillsammans med Fremia, Sobona och Vårdföretagarna föreslagit att den införs igen och består av ungefär hälften så många poäng som undersköterskeutbildningen. Den som är vårdbiträde och vill bli undersköterska kan då enkelt vidareutbilda sig genom att lägga till kurser. Från och med 1 juli 2021 kommer yrkespaketen genomgå större förändringar.

¹⁸ www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/06/fler-anstallda-inom-aldreomsorgen-kan-vidareutbilda-sig-i-host/ – hämtad 2021-04-14.

¹⁹ www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/laroplan-for-vux-och-amnesplaner-for-komvux-gymnasial/nationella-yrkespaket-for-komvux/yrkespaket-vard-och-omsorg – hämtad 2021-04-14.

Gymnasiearbetet ingår inte i Skolverkets yrkespaket, dock ska en elev som utöver ett yrkespaket även läser mot en gymnasieexamen inom vuxenutbildningen genomföra gymnasiearbetet.²⁰

Möjligheten för undersköterskor att vidareutbilda sig

Regeringen satsar 5 miljoner kronor årligen 2021 och 2022 för ett uppdrag att utreda möjligheter att underlätta för framför allt undersköterskor att utbilda sig till sjuksköterskor. Uppdraget syftar främst till att skapa fler vägar till att bli sjuksköterska och att möjliggöra förkortade utbildningstider genom till exempel ökad möjlighet att tillgodoräkna sig tidigare kunskaper.²¹

Mer resurser till kommunerna

Som en del i satsningen på äldreomsorgen tillfördes kommunerna i budgetpropositionen för 2021 ett resurstillskott med 4 miljarder kronor årligen från och med 2021. Det handlar om ett bidrag som fördelas med en fördelningsnyckel där hänsyn tas till andel äldre i respektive kommun.²²

8.1.3 Övriga aktörer till stöd i kompetensutvecklingen

Det finns ett antal aktörer som har i uppdrag att ge stöd i kompetensutvecklingen inom vården och omsorgen om äldre.

²⁰ www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/loroplan-for-vux-och-amnesplaner-for-komvux-gymnasial/nationella-yrkespaket-for-komvux/yrkespaket-var-d-och-omsorg – hämtad 2021-04-14.

²¹ I utredningsdirektivet 2021-01-14 U2021/00256 står: Identifiera möjligheter och hinder, som följer av utbildningssystemets utformning, för personer med yrkeserfarenhet från vård och omsorg men som saknar tidigare högskoleutbildning inom området, t.ex. undersköterskor eller specialistundersköterskor, att utbilda sig till hälso- och sjukvårdsyrken som kräver högskoleutbildning.

²² Prop. 2020/21:1. Budgetpropositionen för 2021, utgiftsområde 9, s. 167.

Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådet inrättades 2019 på regeringens uppdrag och är, med tillhörande kansli, placerat på Socialstyrelsen. Nationella vårdkompetensrådet verkar som rådgivande samverkansform mellan regioner, lärosäten, kommuner, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

Rådet ska;

- långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården,
- främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården,
- tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetens,
- lämna bedömningar till berörda aktörer och beslutsfattare i frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen på lokal, regional och nationell nivå,
- stödja och föra en dialog med verksamheterna på den sjukvårds-regionala nivån.²³

I rådets uppdrag har angetts att inriktningen ska vara mot de professioner eller kompetenser som kräver högskoleutbildning. Rådet ska således initialt rikta sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning. Men Socialstyrelsen fick samtidigt i uppdrag att till år 2021 analysera och föreslå hur rådet ska kunna omfatta fler yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor och specialistundersköterskor. I Nationella vårdkompetensrådets årsredovisning för 2020 lämnas förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser.²⁴ Socialstyrelsen bedömer att undersköterskor/specialistundersköterskor ska som första yrkeskategori med utbildning

²³ www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ – hämtad 2021-04-14.

²⁴ Socialstyrelsen (2021). Nationella vårdkompetensrådet: Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser.

genomförd på gymnasieskola, kommunal vuxenutbildning och yrkes-
högskola inkluderas i Nationella vårdkompetensrådets arbete.

Socialstyrelsens bedömning är dock att utbildning till undersköterskor är omhändertagen genom beslut om nytt innehåll för gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram och genom regeringens proposition²⁵ som innebär att undersköterska blir en skyddad yrkestitel.

Behovet av utbildningsplatser och arbetsmarknadens behov av undersköterskor bevakas av aktörer som Skolverket, Myndigheten för yrkeshögskolan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Socialstyrelsen föreslår därför att fokus i Vårdkompetensrådets arbete med yrkeskategorin undersköterskor/specialistundersköterskor bör gälla fort- och vidareutbildning. Mot bakgrund av att omställningen till en mer nära vård innebär att samverkan och samarbete kommer förstärka och utveckla nya och/eller förändrade arbetssätt mellan olika verksamheter och yrkeskategorier, kommer behovet av fort- och vidareutbildning att bli än mer aktuellt.²⁶

Vård- och omsorgscollege

I dialogerna har många lyft fram Vård- och omsorgscollege som en viktig aktör för att trygga kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Vård- och omsorgscollege är en plattform för samverkan mellan arbetsgivare, fackförbund och utbildare inom vård- och omsorgssektorn.²⁷ Medlemmar är Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Vårdföretagarna, Sobona (arbetsgivarorganisation för kommunala företag), Fremia (före detta KFO & Idea) samt Kommunal. Samarbetet har funnits sedan 2008 och det övergripande syftet är att trygga framtida personal- och kompetensförsörjning inom vård och omsorg. Samarbetet inom Vård- och omsorgscollege sker på nationell, regional och lokal nivå. Arbetet är processinriktat och under ständig utveckling.

Det finns 22 regionala Vård- och omsorgscollege och inom de regionala finns 96 lokala college (april 2021). I regionala och lokala Vård- och omsorgscollege är offentliga och privata arbetsgivare enga-

²⁵ Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.

²⁶ Socialstyrelsen (2021). Nationella vårdkompetensrådet: Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser.

²⁷ www.vo-college.se/ – hämtad 2021-04-21.

gerade tillsammans med utbildningsanordnare och fackförbundet Kommunal. De utbildningar som ingår är gymnasieutbildningar, vuxenutbildningar, utbildningar vid folkhögskolor och yrkeshögskoleutbildningar inom vård och omsorg.

Vård- och omsorgscollege har arbetat och arbetar bland annat med att få fram nationellt likvärdiga utbildningar inom vård och omsorg på gymnasiet, inom vuxenutbildningen (Komvux) och Yrkeshögskolan. Ett förslag till specialistundersköterskeutbildning inom äldreomsorgen lämnades till Yrkeshögskolemyndigheten i december 2020.

Vård- och omsorgscollege har också tagit fram gemensamma koncept och modeller för handledarutbildning, validering och språkombud.

Validering i Vård- och omsorgscollege

Vård- och omsorgscollege har tagit fram en valideringsmodell som består av riktlinjer och metodmaterial. Vid en validering ges individen möjlighet att visa och reflektera över sitt lärande och få sina kunskaper och färdigheter bekräftade. När kunskaper och färdigheter identifieras och bedöms kan dessa värderas och erkännas. De synliggjorda kunskaperna och färdigheterna blir dokumenterade och får då ett formellt värde. Valideringen sker både teoretiskt och praktiskt utifrån gymnasiekursernas ämnesmål, centralt innehåll och kunskapskrav. Genom validering kan innehållet i en utbildning anpassas och på så sätt förkortas.²⁸

Branschråd – en modell för samverkan

På regional nivå uppmärksammas kompetensförsörjningsfrågorna. Ett exempel kommer från Göteborgsregionen (GR) som består av 13 kommuner. Där har ett branschråd för vården och omsorgen om äldre bildats. Syftet är att tillsammans bidra till en långsiktig strategi för kompetensförsörjning i kommunerna för att göra branschen mer attraktiv. Äldreomsorgslyftet är en prioriterad fråga.²⁹

²⁸ www.vo-college.se/validering – hämtad 2021-04-14.

²⁹ <https://goteborgsregionen.se/GR/toppmenyn/detta-jobbar-gr-med/arbetsmarknad-och-social-valfard/social-valfard/aldre/aktuellt-arbete-och-profilomraden/branschradd-aldreomsorg-och-aldreomsorgslyftet.html> – hämtad 2021-04-14.

ESF-rådet

Europeiska socialfonden är ett verktyg för att skapa fler och bättre arbetstillfällen för EU-medborgare i Europa. Arbetsförmedlingen har i uppdrag att medverka i och ta tillvara de möjligheter som programmet ger med syfte att förstärka och utveckla den nationella arbetsmarknadspolitiken. När det gäller kompetensförsörjning samverkar Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv, välfärd) med ESF-rådet för att under 2017–2022 samla den befintliga forskningen.

Två sektorer kommer att stå i fokus: industrin och vården och omsorgen. Dessa har att hantera stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjning, både i att anställa nya medarbetare och att vidareutbilda redan anställda. Dessa sektorer påverkas, om än på olika sätt, av ny teknik (digitalisering), nya kunskapskrav, hållbarhetskrav och demografiska utmaningar.^{30 31}

8.2 Mot en ökad professionalisering

Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen handlar, som tidigare framgått, både om att rekrytera och behålla personal, att få personal med rätt kompetens till verksamheterna men också om att kontinuerligt utveckla kompetensen. Med andra ord: att professionalisera verksamheten och erbjuda ett livslångt lärande. Detta var ett viktigt budskap från dialogerna som den nationella samordnaren genomförde.

Enligt 3 kap. 3 § första stycket SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Av 5 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, följer att vård som ges av hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och ges med god hygienstandard För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det, enligt 3 kap. 3 § andra stycket SoL finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Regleringen syftar till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten. Detta är enligt förarbe-

³⁰ <https://nyweb.esf.se/Hallbart-Arbeitsliv/> – hämtad 2021-04-09.

³¹ Socialfondens temaplattform för hållbart arbetsliv. Ett samarbete för att skapa ett hållbart arbetsliv och matchning, kompetens och rörlighet för ett livslångt lärande <https://forte.se/om-forte/sarskilda-satsningar/socialfondens-temaplattform-hallbart-arbeitsliv/> – hämtad 2021-04-09.

tena (prop. 1996/97:124) av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet.

8.2.1 En personcentrerad vård och omsorg

I dialogerna har ett återkommande påpekande varit att flera perspektiv och olika kompetenser behöver mötas och samarbeta för att den äldre ska få en personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet. Insatserna ska utgå ifrån individens många gånger sammansatta behov och bidra till att utveckla hälsa och livskvalitet. Värdet av att arbeta i team har poängterats i alla dialoger som den nationella samordnaren genomfört. Att olika kompetenser samverkar i det dagliga arbetet ses också som ett steg mot att höja statusen på verksamheterna och har därmed betydelse för kompetensförsörjningen.

I dialogerna har flera perspektiv lyfts fram som behöver finnas närvarande och i balans – det förebyggande arbetet, omvårdnad, habilitering och rehabilitering, det sociala och det medicinska perspektivet.

Biståndsbedömningens centrala betydelse

I kapitel 4 och 5 har vi pekat på biståndsbedömningens betydelse. Den är, så att säga, porten in i omsorgen. Biståndsbedömaren har en nyckelroll, då hon eller han ska utreda den äldre personens behov och fatta beslut om insatser. I en personcentrerad vård och omsorg är biståndsbedömningen central, eftersom den ska beakta helheten när det gäller en persons situation och behov av insatser. Den är också grundläggande för samverkan mellan olika kompetenser.

I dialogerna har framkommit att förutsättningarna kan skilja sig mycket åt, både vad avser systemen i kommunerna och biståndshandläggarnas tid och utrymme att sätta sig in i den äldre personens behov samt att samverka med andra personalgrupper. Forskning har visat att biståndsbedömarnas yrkesroll är fylld av motsättningar. De förväntas vara myndighetsutövare, socialarbetare, administratörer, informatörer, grindvakter, konsumentupplysare, kvalitetsuppföljare och samverkanspartner gentemot andra organisationer. Det finns uppenbara motsättningar mellan att agera grindvakt och ta hänsyn

till snäva budgetramar och att bedöma de äldres behov och vara socialarbetare.³²

Förebyggande och rehabiliterande arbete

Under senare år har allt större intresse ägnats åt vikten av förebyggande arbete. I dialogerna har diskuterats hur man kan arbeta för att så långt möjligt skjuta upp behovet av vård och omsorg. I delbetänkandet av Utredningen Framtidens socialtjänst³³ redogörs för hur två olika synsätt kan påverka äldreomsorgen – det patogena och det salutogena. I det patogena perspektivet talar man om att förebygga genom prevention så att vissa på förhand definierade händelser inte uppstår. I det salutogena talar man om promotion, om att stärka en person eller en grupp inför de påfrestningar som kan komma att inträffa i framtiden. Ett salutogent tänkande handlar om att hitta arbets-sätt som

- stärker gemenskap och tillhörighet
- erbjuder meningsfull sysselsättning/aktivitet
- ger tid och möjlighet till existentiella samtal
- skapar positiva känslor och delaktighet.³⁴

Utredningen Framtidens socialtjänst föreslår i sitt betänkande Hållbar socialtjänst att det i socialtjänstlagen ska anges att socialtjänsten ska ha ett förebyggande perspektiv.³⁵ Detta ska genomsyra hela socialtjänstens verksamhetsområde och på samtliga nivåer; samhälls-, grupp- och individnivå och tillämpas av beslutsfattare och yrkesverksamma inom alla socialtjänstens verksamheter.³⁶

I många av dialogerna har fysioterapeuternas och arbetsterapeuternas betydelsefulla roll betonats, för att stärka äldre personers möjlighet att behålla sin självständighet. Inom äldreomsorgen handlar det om att äldre personer får möjlighet till fysisk aktivitet.

³² Artikel i tidningen Äldre i centrum/2012:2 av Pär Schön.

³³ SOU 2018:32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst, s. 213 ff. Delbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst. Westlund, P. Förebyggande arbete inom äldreomsorgen.

³⁴ Ibid. s. 218.

³⁵ SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag s. 385. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

³⁶ Ibid. s. 387.

Skörhet och funktionsbegränsningar kan förebyggas och mer ingripande insatser skjutas upp.³⁷

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Denna funktion, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), finns våren 2020 enligt uppgift från Fysioterapeuterna i omkring 80 av landets 290 kommuner. I direktivet till utredningen om en äldreomsorgslag ingår att överväga och ta ställning till om det finns behov av och är ändamålsenligt att det inom varje kommun ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) på samma sätt som det i dag finns krav på medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om det finns ett sådant behov ska utredaren lämna de förslag som fordras för att reglera en sådan funktion.³⁸

Tillgängliga samhällen

En annan aspekt av förebyggande arbete är hur samhällen, genom att göra miljöer, byggnader, verksamheter och information tillgängliga kan bli bättre för människor att åldras i. Inom Världshälsoorganisationen (WHO) finns ett nätverk av kommuner som vill inspirera varandra i detta arbete. Ett nordiskt nätverk finns också.³⁹

Tillgänglighetsfrågornas koppling till det förebyggande perspektivet finns också med i SKR:s arbete med Strategi för äldreomsorg.⁴⁰ SKR har medverkat i samtliga dialoger som den nationella samordnaren genomfört och presenterat denna satsning.

Social omsorg och hälso- och sjukvård

Föregångaren till dagens hemtjänst är hemsamariterna, vars uppgift var att hjälpa både äldre och barnfamiljer i hemmet. Inga utbildningskrav ställdes från början på denna yrkesgrupp.

³⁷ SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag, s. 386. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

³⁸ Dir. 2020:142. En äldreomsorg, s.14.

³⁹ Nordens välfärdscenter (2017). En bättre plats att åldras på. Arbete för åldersvänliga städer i Norden.

⁴⁰ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/strategiforaldreomsorgen.34144.html> – hämtad 2021-01-12.

I dag bor de flesta äldre personer kvar i sin ordinarie bostad långt upp i åren. Bättre hälsa plus modernare bostäder, stödjande teknik och hjälpmedel underlättar kvarboendet. Nya behandlingsformer gör det möjligt för fler, även personer med svåra sjukdomar, att få vård i hemmet. Bostaden är därmed både ett hem, en plats för omfattande vård och omsorg – och en arbetsplats för olika grupper av personal.

I samband med coronapandemin har enigheten varit stor om att den medicinska kompetensen och omvårdnadskompetensen i dag brister i äldreomsorgen. Det gäller både tillgången till läkare och sjuksköterskor. I diskussionen om kompetensförsörjningen har röster höjts för att äldreomsorgen borde få tillgång till mer medicinsk kompetens i det dagliga arbetet.^{41 42} Detta har också framförts i dialogerna. Samtidigt har många understrukt att vården och omsorgen om äldre i dag till stor del utförs i den äldres hem, att det perspektivet aldrig får glömmas bort. Många har i dialogerna betonat vikten av att förstå och ha respekt för varandras yrkeskompetenser. En äldre person kan ha kontakt med flera olika personalgrupper – undersköterska, vårdbiträde, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, läkare. Återkommande har det framförts att detta visar på behovet av teamarbete.

SKR har beskrivit hur olika utgångspunkter i lagstiftningen – i HSL och i SoL – bidrar till spänningar och missförstånd. Ett av de viktigaste skälen till att hemsjukvården flyttats över till kommunerna är önskan att olika personalkategorier i teamet ska komma närmare varandra. Framför allt gäller detta samarbete mellan sjuksköterskan, som arbetar utifrån HSL, och kommunens omvårdnadspersonal som arbetar utifrån SoL.⁴³

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver i en rapport att det svenska vårdssystemet inte är optimalt designat för att möta patienter som har flera sjukdomar med behov av insatser från olika vårdgivare samtidigt.⁴⁴

⁴¹ Ami Hommel m.fl. Dagens Medicin 14 juli 2020. Sjuksköterskor borde ha en central roll i äldres vård – www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/sjukskoterskor-borde-ha-en-central-roll-i-aldres-varld/ – hämtad 2020-11-10.

⁴² SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 250. Delbetänkande av Coronakommissionen.

⁴³ Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Vård och omsorg i hemmet – svårigheter och framgångsfaktorer, s. 26.

⁴⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård, s. 97. Rapport 2018:18,

Socialstyrelsen genomförde en förstudie om den kommunala hälso- och sjukvården och konstaterade då att kommunerna och verksamheterna behöver tillgång till kunskap om rekommenderade metoder för alla de tillstånd som numera hanteras inom kommunal hälso- och sjukvård. Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både vård och sociala insatser och många har flera olika vård- och omsorgsgivare som behöver samverka. Detta skapar flera gränssnitt och potentiella risker när patienter rör sig mellan olika verksamheter.⁴⁵

I mars 2019 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen som togs fram i samband med förstudien. I uppdraget anges att stöden ska anpassas till kommunernas behov och omfatta både kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i mötet med patienten. Vidare beskrivs att de insatser som genomförs behöver gå i takt med förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01).⁴⁶ En delrapport lämnades 2020 som innehåller beskrivningar av de olika projekt som har startats för att genomföra åtgärdsplanen för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.⁴⁷

Socialstyrelsen kommer också att fortsätta att stödja den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården med utgångspunkt i den övergripande strategin för att stödja omställningen till god och nära vård. En strategisk och samlad kommunikation samt en plan för implementering kommer att tas fram i det fortsatta arbetet.⁴⁸

Nya gränssnitt

Det finns utmaningar att arbeta med när det gäller samverkan. Nya gränssytor med nya samverkansproblem kan uppstå. I dialogerna har vi ibland fått synpunkten att det inte spelar någon roll var gränserna dras, det viktiga är att fokusera på att samverkan uppmuntras. Det är

⁴⁵ Socialstyrelsen (2019). Kommunal hälso- och sjukvård. Förstudie.

⁴⁶ Se även prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

⁴⁷ Socialstyrelsen (2020), Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning.

⁴⁸ Ibid, s. 9.

också väsentligt att arbeta aktivt med de skilda kulturer som finns inom de olika professionerna som möts.

Ett problem i sammanhanget är att det inte finns någon allmän kunskap om hur mycket hälso- och sjukvård som faktiskt utförs i hemmen. Denna vård är likställd med övrig hälso- och sjukvård. Det enda som skiljer är platsen där vården utförs. Samtidigt innebär det särskilda förutsättningar att platsen är patientens hem. Det handlar om logistik, behov av specifika kunskaper och kompetenser hos utförarna.⁴⁹ Att kommunal hälso- och sjukvård i hemmet har ökat så markant över tid visar tydligt på betydelsen av att beskriva hälso- och sjukvård i hemmet i relation till hela hälso- och sjukvårdssystemet, inte som en egen företeelse.⁵⁰ Det är viktigt att skapa förutsättningar för god samverkan mellan huvudmännen när det gäller all den hälso- och sjukvård som bedrivs i patientens hem.⁵¹

I december 2020 tillsatte regeringen Utredningen om en äldreomsorgslag. Uppdraget är att föreslå en äldreomsorgslag samt överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag i juni 2022.⁵²

Teambaserat arbetssätt och personcentrerad vård och omsorg

I dialogerna har teambaserat arbetssätt lyfts fram som en modell för att åstadkomma en personcentrerad vård och omsorg. Det stärker också samverkan mellan olika professioner. Arbetssättet, underströks det, gagnar både den äldre personen, anhöriga och personalen. Modellen används redan på flera håll i landet.

I dialogerna har framförts att vård och omsorg om äldre behöver beaktas som ett arbete där både teoretisk och praktisk kunskap behövs, ett arbete som utvecklas nära den äldre personen. I dialogerna nämndes också ordet erfarenhetsyrke – och med det menas att tillägna sig kunskap över tid och genom praktisk träning. I teambaserat arbete kan både teoretiska och praktiska kunskaper tas tillvara och berika varandra.

⁴⁹ SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, s. 154. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

⁵⁰ Ibid, s. 156.

⁵¹ Ibid, s. 158.

⁵² Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

Vården och omsorgen om personer med demenssjukdom är ett exempel där olika kompetenser behövs för att få till stånd en personcentrerad vård. I Sverige finns 130 000–150 000 personer som har någon form av demenssjukdom, och varje år insjuknar 20 000–25 000 personer.

Socialstyrelsen konstaterar att kunskapen om behoven hos personer med demenssjukdom är otillräcklig hos alla yrkeskategorier inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Kunskapsbristerna är ett hinder för att utveckla diagnostik och läkemedelsbehandling. Dessa gör det också svårare att tidigt upptäcka kognitiv svikt, utveckla omsorgen och höja livskvaliteten för personer med demenssjukdom.⁵³

I den nationella strategin för omsorg om personer med demenssjukdom (2018) konstateras att en viktig förutsättning för att kommuner och regioner ska kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är att verksamheterna är bemannade med medarbetare med rätt kompetens. För att långsiktigt trygga verksamheter i välfärden, framhålls det i strategin, behöver arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper ses över och medarbetarnas kompetens tydligare värderas och användas.⁵⁴

Även i dialogerna uppmärksammades omsorgen om personer med demenssjukdom som ett exempel där olika kompetenser behöver samverka.

Under pandemin har särskilda coronateam etablerats, vilket är ytterligare ett exempel på hur olika kompetenser samverkar. Det behöver även finnas kringresurser runt teamen som exempelvis utvecklingsstrateger samt kuratorer med ansvar för att arbeta med äldre personer.

⁵³ Socialstyrelsen (2017). En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022, s. 7, 57.

⁵⁴ Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom (2018), www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/05/nationell-strategi-for-omsorg-om-personer-med-demenssjukdom/ – hämtad 2020-11-11.

8.2.2 Differentiering av arbetsuppgifter, kompetensutveckling och möjlighet att göra karriär

För att öka attraktiviteten till yrkesutbildningar inom vården och omsorgen om äldre och få fler att vilja arbeta kvar, är det nödvändigt att den anställde får möjlighet att utvecklas i arbetet och att utbildning lönar sig. Så är det inte alltid i dag.

Differentiering av arbetsuppgifter

Det pågår en diskussion om ifall arbetsuppgifterna i vården och omsorgen om äldre ska differentieras tydligare. Enligt Utredningen Reglering av yrket undersköterska är det vanligt inom kommunal verksamhet, och till viss del även inom den privata, att en undersköterska och ett vårdbiträde har liknande arbetsuppgifter, trots skillnader i utbildning och formell kompetens.⁵⁵ Kommunerna ansåg sig inte ha något val eftersom de inte får tillräckligt med sökande till sina tjänster. Ett utbildningsbevis kan då räcka för anställning trots att utbildningen varken är tydlig till sitt innehåll eller omfattat en rimlig studietid.⁵⁶

I dialogerna som den nationella samordnaren haft med olika aktörer har det betonats att det måste vara skillnad på de uppgifter som utbildad personal ska göra, och det som anställda med kortare eller ingen utbildning utför. Önskemålen gäller en differentiering av det som är vård och omsorg och sådant som handlar om service. Vård är hälso- och sjukvårdsuppgifter, medan omsorg handlar om det personnära och målinriktade arbetet som inkluderar perspektiv som delaktighet, meningsfullhet, integritet och som – oavsett om det handlar om praktiskt kompenserande stöd – innefattar socialt arbete som kräver kompetens hos den professionelle. Service är i många fall det som görs åt den äldre, exempelvis inköp, tvätt, städning och distribution av färdiglagad mat.

Differentiering av arbetsuppgifterna, som beskrivs ovan, förekommer redan på flera håll. Ett sådant exempel är att serviceassistenter eller serviceteam – medarbetare med fokus på städning och matlagning – har anställts. För en del blir det första steget in i arbete

⁵⁵ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 113. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska.

⁵⁶ Ibid, s. 120.

inom vården och omsorgen. Det underströks i dialogerna att möjligheten att differentiera yrkesroller och arbetsuppgifter skiljer sig åt inom hemtjänsten och i särskilda boenden.

I dialogerna underströks den äldre personens behov av kontinuitet, i anslutning till diskussionen om differentiering av arbetsuppgifterna. Önskan är att den äldre inte ska behöva få insatser av så många anställda. Teamarbete lyftes fram som en modell för att både tillgodose den äldres behov och att ta tillvara personalens kompetens på ett ändamålsenligt sätt.

Flera regioner har infört arbetssättet Rätt Använd Kompetens (RAK)⁵⁷ som innebär att verksamheten ska använda sina resurser och kompetenser på bästa möjliga sätt. En modell är så kallad ”task-shifting” där arbetsuppgifter omfördelas mellan yrkesgrupper i syfte att renodla användningen av personalens kompetens. Det har också införts en servicenivå som vanligtvis kallas ”vårdnära service”. Det är personal som uteslutande arbetar med servicetjänster som att städa, fylla på förråd med mera. Undersköterskan har då fått utrymme att åta sig andra uppgifter.

När SBU fick frågan om vad effekten blir för patienter, sjuksköterskor och undersköterskor när man inför vårdnära service konstaterar myndigheten att det inte finns någon systematisk översikt som utvärderat effekten. Forskning saknas.⁵⁸

Vi drar slutsatsen att en ökad differentiering mellan undersköterskans och vårdbiträdets arbetsuppgifter blir en följd av att yrkestiteln undersköterska skyddas och utbildningen revideras. Det reformarbete som följer av utredningen God och nära vård⁵⁹ kommer också att påverka utvecklingen.

Kontinuerlig kompetensutveckling

I dialogerna har behovet av kontinuerlig kompetensutveckling varit ett återkommande tema. Det gäller samtidigt att avsätta tillräckligt med tid. Ledningen har också stor betydelse. Olika rapporter beskriver kompetensutvecklingen i arbetslivet som en central framtids-

⁵⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (2018). Använd kompetens rätt, s. 27.

⁵⁸ SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering – www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/vardnara-service/ – hämtad 2021-04-09

⁵⁹ SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

fråga. I betänkandet Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete påtalas att den snabba och till stor del digitalt drivna strukturomvandling som nu pågår leder till att behovet av att utveckla sin kompetens under hela arbetslivet ökar.⁶⁰ Enligt analysgruppen för Arbetet i framtiden är ”vår förmåga att svara upp mot framtidens behov av kontinuerlig kompetensutveckling under hela arbetslivet ... avgörande för Sveriges konkurrenskraft, välbstånd och sammanhållning”.⁶¹

Yrkesresan – en nationell utvecklingsinsats

Yrkesresan är ett exempel på en pågående utvecklingsinsats. Göteborgsregionen (GR) tog fram konceptet på uppdrag av kommunerna, när de såg vinster i att gemensamt arbeta med frågan om hög personalomsättning i socialtjänsten. Våren 2017 lanserades Yrkesresan och omfattade socialsekreterare i den sociala barn- och ungdomsvården. SKR har tagit över som nationell aktör och erbjöd alla kommuner att ansluta till Yrkesresan – ett kompetensutvecklingskoncept för socialtjänstens medarbetare. Nu deltar 80 procent av kommunerna. Konceptet innehåller både digitalt lärande och fysiska utbildningsträffar som anordnas regionalt. Erbjudandet innebär ett sjuårigt avtal och omfattar fem yrkesresor. Under hösten/vintern 2020 genomfördes en förstudie på området vård och omsorg för att utreda förutsättningarna att ingå i en yrkesresa. Projektet Under våren 2021 har en enkät genomförts med kommunerna för att bestämma vilka fem områden som ska väljas ut för kommande yrkesresor. Samtliga deltagande kommuner har fått prioritera områden.⁶² Den nationella styrgruppen för Yrkesresan har i april 2021 fattat beslut om att inleda arbetet med att initiera förstudier för yrkesresor inom bland annat området Äldreomsorg, utförarverksamhet.

⁶⁰ SOU 2019:10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete, s. 27. Slutbetänkande av Utredningen om ett mer konkurrenskraftigt system för stöd vid korttidsarbete.

⁶¹ Regeringen. Analysgruppen för arbetet i framtiden (2018). Arbetet i framtiden, s. 33. Slutrapport.

⁶² <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjans/t/yrkesresan.32120.html> – hämtad 2021-04-14.

Karriärvägar och utveckling i arbetet

I den nationella samordnarens dialoger har möjlighet till karriärutveckling nämnts som en väsentlig faktor för att höja statusen och därmed kunna locka fler till arbete i verksamheterna. Det har också framhållits att tydliga karriärvägar skulle stimulera medarbetarnas utveckling i arbetet. En modell som redan tillämpas är att medarbetarna ges specifika ansvarsområden inom tematiska områden – hygien, välfärdsteknik, kost och måltider med mera. Språkkombud är ett annat exempel på ansvarsområde. Medarbetaren får tillägna sig kunskaperna och sedan lära ut dem till kollegorna – train the trainer. Ett ytterligare exempel är att tillsätta funktioner som avlastar legitimerad personal. Rehabassistent är en funktion som avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter, där dessa yrkesgruppers specifika kompetens inte krävs. Ett annat exempel som skulle kunna utvecklas är ansvaret för kontakter med anhöriga.

Undersköterskans möjlighet till specialisering är en viktig fråga med koppling till karriärvägar.⁶³ Det har betonats att vården och omsorgen om äldre behöver dra lärdom av andra branscher som satsat på att utveckla en tydlig yrkesresa. Detta bekräftades i dialogerna.

De olika vägarna till specialisering som beskrivits ovan skapar naturliga karriärmöjligheter. Det lönar sig – både för att göra arbetet mer intressant för den enskilde medarbetaren samt göra hela yrkesområdet mer attraktivt. I förlängningen handlar det om att höja områdets status.

I utredningen om en fast omsorgskontakt i hemtjänsten refereras till forskningsstudier från Storbritannien som visar att karriärmöjligheter är viktiga för att kunna rekrytera och behålla personal inom omsorgen. Låg status och den negativa bilden av yrket som framkommer i media gör det svårare att rekrytera personal.⁶⁴

⁶³ Nu pågår både YH-utbildningar om 200 YHP som ger en yrkesexamen som specialistundersköterska inom välfärdsteknik respektive 100 YH-poäng utan examen och ett intyg.

⁶⁴ SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten, s. 68. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

Yrkeskarriär och kompetensutveckling för alla personalkategorier

Det ska löna sig för alla medarbetare att satsa på utbildning. Även personal med specialistutbildning måste få möjlighet att använda hela sin kompetens. Utredningen har tagit del av ett exempel från Region Östergötland. Det handlar om ett långsiktigt och strukturerat arbetssätt för karriär- och kompetensutveckling för fysioterapeuter.⁶⁵ Fler exempel finns från olika håll i landet.

Workshop om differentiering av arbetsuppgifter, kompetensutveckling och karriärmöjligheter

Den nationella samordnaren bjöd in aktörer på området till en workshop för att diskutera för- och nackdelar med att tydligt differentiera yrkesroller och arbetsuppgifter samt beskriva karriärvägar inom vården och omsorgen om äldre. Grundläggande är att utgå ifrån de faktiska behoven hos de äldre personer som ska få insatserna. Det finns olika metoder att identifiera dessa behov. Här nämndes IBIC.⁶⁶ Det är därutöver nödvändigt att kartlägga kompetensnivån hos personalen. Det framkom att skillnaderna är stora mellan kommuner som har arbetat långsiktigt med kompetensfrågorna och har 80–90 procent utbildad personal och kommuner som inte har bedrivit ett sådant arbete. En del i ett långsiktigt arbete har varit att begränsa andelen utbildade visstidsanställda, genom att ange utbildning som undersköterska som ett villkor för tillsvidareanställning.

Deltagarna poängterade att kommunerna behöver ta tillvara möjligheten att rekrytera visstidsanställda vikarier genom att peka på de utvecklingsmöjligheter som finns i arbetet, ifall den anställde satsar på en lämplig utbildning. Ett tydligt budskap var att introduktionsutbildningen blivit allt viktigare i dagens komplexa verksamhet.

I workshoppen fanns en samsyn om att satsningen Äldreomsorgslyftet – som flera vill benämna kompetenslyftet – ger goda förutsättningar för att höja utbildningsnivån i hela sektorn. Äldreomsorgslyftet kommer också stimulera utbildning till undersköterska

⁶⁵ Klinisk karriärstege Arbetsterapeut <https://dokument.regionostergotland.se/regsam/%C3%96vergripande%20dokument%20webben/HR/Karri%C3%A4rstege%20Fysioterapeut%202.0.pdf> – hämtad 2021-04-09.

⁶⁶ Individens behov i centrum, IBIC – <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/individens-behov-i-centrum-ibic/> – hämtad 2021-04-27.

med specialistkompetens. Flera framhöll också skyddad yrkestitel för undersköterskor samt yrkespaketet som avgörande komponenter i att professionalisera verksamheterna.

De medverkande i workshopen var ense om att utbildning ska premieras överallt. Men situationen ser i dag olika ut i kommunerna. I kommuner där en stor majoritet i personalen har undersköterskeutbildning innebär kompetensutvecklingen framför allt att få fler medarbetare med specialistkompetens till verksamheterna. I kommuner där en mindre andel har undersköterskeutbildning gäller det i stället att stödja att vårdbiträden vidareutbildar sig till undersköterskor.

Sammanfattningsvis handlar det om vilka behov arbetsgivarna har, vad utbildarna tillhandahåller och vilken omgivande arbetsmarknad som finns. Det är viktigt att krav på grundutbildning ställs. Det är också nödvändigt att den personal som finns får den kompetensutveckling och det stöd som kan behövas. Språkstöd är ett område som nämndes.

8.3 Utredningens bedömningar och rekommendationer

I det föregående har vi beskrivit ett antal utmaningar som vården och omsorgen om äldre står inför när det gäller kompetensförsörjningen. Grundläggande är att statusen på dessa arbeten behöver höjas. För detta fordras en ökad professionalisering och samverkan mellan olika yrkesgrupper. Utgångspunkten är att kommunerna har det övergripande ansvaret och är därmed den part som ger de viktigaste förutsättningarna för en hållbar kompetensförsörjning.

Nedan redovisar utredningen sina bedömningar och rekommendationer inom ett antal områden som är centrala för att vården och omsorgen om äldre ska få, behålla och utveckla kompetens. Det handlar om att säkra att all personal har lämplig utbildning, tydliggöra yrkesroller och möjliggöra karriärutveckling samt stödja ett teambaserat arbetssätt där olika kompetenser samverkar. Slutligen lämnas förslag på indikatorer för att kunna följa utvecklingen. Rekommendationer riktade till arbetsgivare gäller oavsett utförare.

8.3.1 Ta ansvar för att all personal har lämplig utbildning

Utredningens bedömningar: Utbildningsnivån inom vården och omsorgen om äldre behöver höjas.

Det är viktigt att fastställa kunskapskrav hos all personal som arbetar i vården och omsorgen om äldre.

Socialstyrelsens allmänna råd (2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre beslutades år 2011 och behöver bli föremål för en översyn för att säkerställa att de är ändamålsenliga. Denna bedömning gäller även andra föreskrifter och allmänna råd på området.

Bristande kunskaper i svenska språket är på många håll ett problem.

Vård- och omsorgscollege har potential att stödja kommunerna i att utveckla en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre.

Utredningens rekommendationer: Arbetsgivare inom vården och omsorgen om äldre bör ta ansvar för att all personal har lämplig vård- och omsorgsutbildning för arbetet.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av de allmänna råden (2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre för att säkerställa att dessa är ändamålsenliga.

Arbetsgivaren bör ta ansvar för att all nyanställd personal inom vård och omsorg får introduktionsutbildning. Socialstyrelsen har tagit fram en sådan.

Arbetsgivaren bör genomföra språkutbildningsinsatser för vård- och omsorgspersonal som saknar tillfredsställande kunskaper i svenska språket. Vård- och omsorgscollege har en modell för detta.

Höjd utbildningsnivå – en förutsättning för god kvalitet

Kommunen har ett ansvar att se till att all personal har lämplig utbildning, för att vården och omsorgen ska vara av god kvalitet. Ansvaret gäller oavsett utförare. Det åligger sedan arbetsgivaren att anställa personal med rätt kompetens.

Kommunerna har även ansvaret för gymnasieskolan och den kommunala vuxenutbildningen. De har således både ansvar och befogenheter att säkra kompetensförsörjningen när det gäller yrkesutbildad personal. Resursbrist kan självfallet begränsa möjligheterna att erbjuda tillräckligt många den utbildning som behövs och efterfrågas.⁶⁷ Av en litteraturgenomgång framgår att utbildning är den enskilt största kvalitetshöjande faktorn i äldreomsorgen. Rapporten visar också att behovet av att kunna kommunicera är centralt. Goda kunskaper i kommunikation ger bättre förutsättningar för ett empatiskt förhållningssätt i omsorgssituationen.⁶⁸

Vi har flera gånger påpekat att arbete inom vård och omsorg om äldre ställer krav på kunskap och kompetens. Utbildning måste premieras och intresset för studier inom vård- och omsorgsutbildningar stimuleras. En god vård och omsorg och en ökad professionalisering förutsätter kunskap och kompetens hos alla personalgrupper. Fokus i vårt utredningsuppdrag har varit baspersonalen, det vill säga vårdbiträden, undersköterskor och undersköterskor med specialistkompetens. Men även för ledningsgrupp och personal med legitimationsyrken är kunskap om åldrandets konsekvenser i form av sjukdom och funktionsnedsättningar nödvändig. Ett område som särskilt lyfts i utredningen är nödvändigheten av att dessa kunskaper förs in i LSS-verksamheterna.

En viktig satsning – ett reviderat yrkespaket – är på plats i juli 2021. Nationella yrkespaket som funnits sedan tidigare med kurser från vård- och omsorgsprogrammet har reviderats från juni 2021.⁶⁹

Den statliga satsningen Äldreomsorgslyftet bör också ge goda förutsättningar att höja utbildningsnivån i verksamheterna.

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre ges rekommendation till stöd för tillämpningen av bestämmelser i 3 kap. 3 § andra stycket SoL. Dessa allmänna råd gäller för den personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL. De allmänna råden utfärdades 2011 och är ett bra stöd i arbetet med kompetensfrå-

⁶⁷ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer s. 289. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁶⁸ SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten, s. 75. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

⁶⁹ www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/laroplan-for-vux-och-amnesplaner-for-komvux-gymnasial/nationella-yrkespaket-for-komvux/yrkespaket-vard-och-omsorg – hämtad 2021-01-15.

gorna, men behöver bli föremål för en översyn för att säkerställa att de är ändamålsenliga.⁷⁰ Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor som publicerades 2021 utgör en god grund i det arbetet.⁷¹

Vi bedömer att även andra föreskrifter och allmänna råd inom detta område behöver bli föremål för översyn för att säkerställa ändamålsenligheten.

Obligatorisk introduktionsutbildning

I den nationella samordnarens dialoger har framkommit att introduktion för nyanställda många gånger saknas. Detta skapar osäkerhet och stress, vilket leder till en dålig arbetsmiljö för alla i gruppen. Därför bör kommunen se till att de introduktionsutbildningar för nyanställda som finns används i verksamheterna. Den person som ska genomföra introduktionen behöver kunna avsätta tid för detta.

Introduktionen bör anpassas till arbetstagarens ålder, erfarenhet, vana vid arbetsuppgifter och arbetslivet, språkkunskaper, kulturell bakgrund och eventuell funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen har tagit fram en yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen som finns på Kunskapsguiden.⁷² Utredningen bedömer att en introduktionsutbildning bör erbjudas alla nyanställda.

Stärk språkkompetensen

Svenska ska vara det gemensamma språket i arbetsgruppen. Att säkra kunskaperna i det gemensamma arbetsspråket är nödvändigt av flera skäl. Det behövs för att medarbetarna ska känna sig säkra och trygga i sitt arbete och kunna möta den äldre personen utan risk för missförstånd. Det är också nödvändigt för att personalen ska kunna kommunicera med anhöriga och med varandra inom gruppen. Goda kunskaper i svenska språket krävs även för att kunna medverka i kvalitetsarbete och utveckla sin egen yrkeskompetens.

⁷⁰ De allmänna råden gäller inte för: personal som i sin yrkesutövning inom socialtjänstens omsorg om äldre huvudsakligen utför andra arbetsuppgifter än dem som omfattas av första stycket, personal som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett visst yrke i hälso- och sjukvården samt praktikanter och frivilligarbetare.

⁷¹ Socialstyrelsen (2021). Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor.

⁷² <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/> – hämtad 2021-04-14.

Coronakommissionen framhåller att kommunerna måste genomföra språkutbildningsinsatser som ger omsorgspersonal tillfredsställande språkkunskaper.⁷³ I dialogerna inom ramen för den här utredningen har vikten av språkkompetens och problemet med språkbrister varit en återkommande punkt.

Vård- och omsorgscollegerna är en betydelsefull aktör som med konceptet språkombud har förutsättningar att ge stöd till kommunerna för språkutveckling inom vården och omsorgen om äldre. Vi vill framhålla att det är viktigt att kommunerna använder sig av detta.

Regeringen har gjort en riktad satsning för att förbättra yrkesvenskan hos personal inom äldreomsorgen, till exempel vårdbiträden och undersköterskor som saknar tillräckliga kunskaper i det svenska språket för det yrke de utövar. Satsningen omfattar 31 miljoner kronor per år 2021 och 2022. Satsningen, plus de stödmaterial som finns, ger goda möjligheter att stärka språkkompetensen i verksamheterna.

Arbetsgivarna bör skapa förutsättningarna för språkutvecklande arbetsplatser. Planer behöver finnas för hur man tar sig an medarbetare med bristande kunskaper i svenska. I planen kan bland annat ingå behov av handledning.

8.3.2 Samverkan mellan olika kompetenser – en väg att professionalisera verksamheten

Utredningens bedömningar: På många håll är vården och omsorgen om äldre fragmenterad.

Samverkan mellan olika kompetenser behöver säkras för att kunna professionalisera verksamheten och erbjuda en personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet.

För att säkerställa att olika perspektiv tillgodoses behövs specialistkompetens från läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera yrkesgrupper. Även anhöriga behöver involveras och ges det stöd som fordras.

⁷³ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 250. Delbetänkande av Coronakommissionen.

Utredningens rekommendationer: Kommunerna, som har ett övergripande ansvar, bör se till att olika kompetenser och perspektiv kontinuerligt finns tillgängliga och samverkar i vården och omsorgen om äldre. Detta innebär att ge förutsättningar för ett teambaserat arbetssätt som genererar personcentrerad vård och omsorg.

Personcentrerad vård och omsorg förutsätter samverkan mellan olika personalkategorier

Kommunerna har det övergripande ansvaret för vården och omsorgen om äldre, oavsett utförare. Det betyder att kommunen måste ha en överblick över organisationen för att kunna utveckla en kunskapsbaserad och modern verksamhet. Sedan länge är det ett välkänt problem att vården och omsorgen om äldre upplevs som fragmenterad, både av dem som får insatserna och av deras anhöriga. Coronakommissionen beskriver det som ett av de största problemen.⁷⁴ Behovet av samordning kommer att öka, främst på grund av den växande grupp personer med komplexa behov. Uppskattningsvis cirka 1 miljon patienter och brukare har ett relativt komplext samordningsbehov samtidigt som de behöver omfattande stöd för att samordna vården och omsorgen.⁷⁵

För att åstadkomma en personcentrerad vård och omsorg behöver flera perspektiv och kompetenser hela tiden finnas närvarande och i balans - det förebyggande och rehabiliterande, omvårdnaden, det sociala och det medicinska. För att säkerställa att dessa perspektiv tillgodoses behövs specialistkompetens från läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer, dietister, logopedier med flera yrkesgrupper.

Samverkan mellan olika yrkesgrupper är nödvändig för att skapa en vård och omsorg av hög kvalitet. Att olika yrkesgrupper samverkar är även viktigt för att professionalisera hela verksamheten och bidrar sannolikt till att göra arbeten inom verksamheterna mer attraktiva. Teambaserat arbetssätt är en modell för att ta till vara olika kompetenser. Många gånger behöver även anhöriga vara involverade i det

⁷⁴ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 111. Delbetänkande av Coronakommissionen.

⁷⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, s. 9.

teambaserade arbetet och det är viktigt att anhöriga får det stöd som behövs för att kunna vårda eller stödja en närstående.

Utredningen bedömer att det behövs en annan sammansättning av personalgruppen än den som vanligtvis finns i dag, med mer av specifika kompetenser. Avgörande är att identifiera behoven och lösningarna för att tillgodose dessa. Lösningarna kan se olika ut beroende på de lokala förutsättningarna.

Stärk den medicinska kompetensen

Under pandemin har det tydligt framgått att den medicinska kompetensen behöver stärkas inom vården och omsorgen om äldre. Detta är också ett starkt budskap från de dialoger som den nationella samordnaren har genomfört. En erfarenhet från pandemin är att det varit mer eller mindre oklart för många aktörer hur mycket sjukvård som utförs med kommunen som huvudman. Inte ens de myndigheter som verkar inom området har haft tillräcklig överblick.

I dag utförs många insatser som tidigare var sluten vård som öppen vård utanför traditionell sjukhusmiljö. Det finns en föreställning om att den vård som flyttas från sjukhusen framför allt är den enkla vården. Utredningen God och nära vård påpekar att många gånger är denna vård, även om den är mindre avancerad, väl så komplex till sin natur. Det kan röra sig om insatser som ges till äldre med många sjukdomar, där insatsen i sig kan vara mindre medicinskt avancerad, men patientens multisjuklighet och övriga omständigheter gör att vården är minst lika resurskrävande som när den tidigare utfördes i sjukhusmiljö.⁷⁶

Coronakommissionen har framfört att den medicinska kompetensen behöver stärkas inom äldreomsorgen.⁷⁷ Detta är en fråga som varit aktuell under hela vårt utredningsarbete. Vi bedömer att det i vården och omsorgen om äldre behövs ökad närvaro av sjuksköterska, vars kompetensområde är omvårdnad. I omvårdnad ingår att identifiera problem, ställa diagnos, sätta upp mål, utarbeta en plan, genomföra planen och utvärdera resultatet. Det behövs även ökad tillgång till läkarkompetens. Det är också viktigt att det finns ett tyd-

⁷⁶ SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan, s. 361. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

⁷⁷ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 246, 250, 259. Delbetänkande av Coronakommissionen.

ligt anhörigperspektiv, så att anhöriga blir delaktiga i vården och omsorgen om äldre.

Frågan om att stärka tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen kommer att behandlas i utredningen om en äldreomsorgslag.⁷⁸ Uppdraget ska redovisas i juni 2022.

Utveckla det förebyggande och rehabiliterande arbetet

Både i den nationella samordnarens dialoger och i utredningen om ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård⁷⁹ betonas att förebyggande och rehabiliterande arbete är viktigt, men att detta ofta inte prioriteras.

Förebyggande arbete och rehabilitering gynnar såväl individens livskvalitet som samhället. Det bidrar till att den äldre kan leva ett mer självständigt liv och att behovet av vård och omsorg kan skjutas upp. För samhället innebär det att kostnader för vård och omsorg kan minska. Rehabilitering beskrivs ibland som en stabilisator. Den har sin grund i hälso- och sjukvården men målet är socialt – den enskildes självständighet, delaktighet och aktivitet. Rehabiliteringen blir därmed en brygga mellan olika kompetenser och perspektiv.

Det förebyggande och rehabiliterande perspektivet kan omsättas av alla personalgrupper i det dagliga arbetet tillsammans med den äldre, det vill säga i vardagsrehabilitering. Det fordrar utveckling, handledning, kulturförändring och adekvat bemanning.

Förebyggande arbete är i dag ofta det första som kommunen sparar in på. Ett skäl som anges är att detta inte är en skyldighet enligt SoL. Utredningen Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård⁸⁰ efterfrågar en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Vi välkomna att det i direktivet till utredningen om en äldreomsorgslag⁸¹ ingår att utreda behovet av en rättslig reglering av kommunernas skyldighet att inrätta en MAR.

⁷⁸ Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

⁷⁹ SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter, s. 315. Betänkande av Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

⁸⁰ SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, s. 315–317, 365–366.

⁸¹ Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

Teambaserat arbetssätt – en väg att professionalisera

Vi bedömer att ett teambaserat arbetssätt har förutsättningar att skapa trygghet, både för den äldre personen och dennes anhöriga samt bidra till att åstadkomma en god arbetsmiljö och attraktiva arbetsplatser. Medarbetarna i teamet kan arbeta i olika verksamheter i samma organisation, eller i olika organisationer och verksamheter. Teamet som helhet har en samlad kompetens som är större än varje enskild delkompetens. I lagrådsremissen Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform⁸² formuleras det på följande sätt:

En nyckel till en hållbar kompetensförsörjning av framtidens hälso- och sjukvård är att använda vårdens samtliga yrkeskategorier och deras kunskap och kompetenser på ett klokt sätt, där interprofessionella förhållningssätt, arbetssätt och lärandemiljöer tas tillvara i utvecklingsarbetet. Att använda personalens kompetenser effektivt kräver inte bara god kännedom om den egna yrkesgruppen och yrkesrollen utan också kunskap och förståelse för vad andra yrkesgrupper har för uppdrag och kompetenser.

Med stöd av vad som sagts ovan anser vi att kommunerna bör skapa förutsättningar för ett teambaserat arbetssätt. Se vidare kapitel 9.

8.3.3 Gör yrkesrollerna tydliga, erbjud kompetensutveckling och möjlighet till karriär

Utredningens bedömningar: Yrkesrollerna är otydliga inom vården och omsorgen om äldre och ofta saknas karriärvägar. Detta påverkar verksamheternas attraktivitet på ett negativt sätt.

Mer kunskap behövs om effekterna av att differentiera arbetsuppgifterna – för den äldre, dennes anhöriga och för en hållbar kompetensförsörjning.

Utredningens rekommendationer: Yrkesrollerna behöver förtydligas. Inventeringar och planer kan vara verktyg i detta arbete.

Utbildade vårdbiträden, undersköterskor samt undersköterskor med specialistkompetens utgör baspersonalen. Personal som arbetar med utförande av delegerade arbetsuppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, bör ha utbildning som

⁸² Lagrådsremiss Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s. 54. Stockholm den 16 april 2020.

undersköterska, det vill säga examen från gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller motsvarande. En individuell bedömning av reell kompetens för uppgiften måste dock alltid göras.

Arbetsgivarna bör erbjuda medarbetarna kontinuerlig kompetensutveckling. De bör även utveckla karriärvägar och stimulera medarbetarnas karriärutveckling.

Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att initiera en studie om effekterna av att differentiera arbetsuppgifterna inom vården och omsorgen om äldre och hur den kan organiseras på ett hållbart sätt.

Differentiering av arbetsuppgifter fordrar grundlig analys – mer kunskap behövs

Alla kommuner behöver – utifrån gällande lagar och föreskrifter samt lokala förutsättningar – fastställa en ändamålsenlig arbetsorganisation för vården och omsorgen om äldre. Utbildade vårdbiträden, undersköterskor samt undersköterskor med specialistkompetens utgör baspersonalen. Visstidsanställda utan ovan nämnda utbildningar kan ses som personer med intresse att fortsätta arbeta i verksamheten. Äldreomsorgslyftet, med möjlighet att utbilda sig på betald arbetstid, ger goda förutsättningar att ta tillvara intresse hos personer som till exempel arbetar som vikarier i verksamheterna.

I den nationella samordnarens dialoger har det framförts att yrkesrollerna behöver bli tydligare, att det bör vara skillnad på de arbetsuppgifter som utförs av utbildad personal och det som görs av anställda med kortare eller ingen utbildning. Att fastställa kunskapskrav hänger nära samman med att tydliggöra arbetsuppgifter och ansvar. Önskemålen gäller att yrkesrollerna måste bli tydligare för att kompetensen ska användas rätt när resurserna är ändliga. Att undersköterska blir en skyddad yrkestitel kommer sannolikt att bidra till detta. När utbildning premieras bidrar det i förlängningen till att göra branschen mer attraktiv och möjliggör en hållbar kompetensförsörjning.

Som tidigare nämnts visade en kartläggning som genomförts av utredningen Reglering av yrket undersköterska att det är vanligt att en undersköterska och ett vårdbiträde har liknande arbetsuppgifter,

trots skillnader i utbildning och formell kompetens.⁸³ Kommunerna ansåg sig inte ha något val eftersom de inte får tillräckligt många sökande till sina tjänster. Vi har dock också noterat att i en del kommuner tillämpas en tydlig differentiering av yrkesroller och arbetsuppgifter. Tillgången till utbildad personal avgör många gånger hur verksamheten organiseras.

Frågan om differentiering av arbetsuppgifter gäller både gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårdsinsatser och övriga insatser till den äldre samt mellan omvårdnadsinsatser enligt SoL och det som brukar benämnas service. När det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser finns ett regelverk. Hälso- och sjukvårdspersonal får bara delegera en arbetsuppgift till någon annan om kraven för en god och säker vård uppfylls. Personal som delegerar en arbetsuppgift har ansvar för sitt delegeringsbeslut och måste kontrollera att den man avser delegera till har de teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att utföra uppgiften på ett fullgott sätt. Den som tar emot en delegering ansvarar för hur arbetsuppgiften utförs.⁸⁴

Innebörden av delegering är således överlåtelse av en medicinsk arbetsuppgift från någon som är formellt och reellt kompetent till någon som saknar formell men har reell kompetens för uppgiften. Utbildningen till undersköterska innebär dock ingen garanti för att personen har reell (eller formell) kompetens för en uppgift och en individuell bedömning om en person har kompetens att utföra en specifik uppgift måste därför alltid göras.

Diskussionen om differentiering av arbetsuppgifter handlar dock inte främst om gränsdragningen mellan arbetsuppgifter enligt HSL och SoL – där det finns ett regelverk – utan om uppdelningen mellan personlig omvårdnad och serviceinsatser som i båda fallen ges med stöd av SoL. Insatserna enligt SoL utgör den största delen i vården och omsorgen om äldre.

Hemtjänsten är ett exempel på verksamheter där olika kompetenser behövs och där arbetet i dag organiseras på olika sätt. Hemtjänst delas ofta upp i serviceinsatser och personlig omvårdnad. Med service menas till exempel distribution av färdiglagad mat, hjälp med inköp, tvätt och städning. I den personliga omvårdnaden kan ingå att få hjälp med toalettbesök, att klä sig, duscha och att äta.

⁸³ SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg, s. 113. Betänkande av Utredningen. Reglering av yrket undersköterska.

⁸⁴ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2021-05-05.

All personal ska ha rätt kunskap och kompetens för att kunna arbeta salutogent, proaktivt och analytiskt. Viktigt är att kunna uppfatta förändringar i allmäntillståndet hos den äldre. Omsorgsarbetet handlar i grunden om relationer, där behoven är situationsbestämda och personligt präglade. Insatserna ska stärka den äldres autonomi och självbestämmande. Det är därmed svårt att skilja ut insatser till den äldre där utbildning inte skulle vara nödvändig.

Måltiden och städning – två exempel

I dialogerna har måltiden nämnts, eftersom maten är mycket betydelsefull för välbefinnandet. För att hantera situationer kring måltiden krävs kunskap. Måltidsservice för personer med demenssjukdom eller annan kognitiv svikt är sällan enbart en fråga om leveranser av matvaror och färdiglagat utan omfattar även hjälp att inta maten. Måltiden är i sig en omsorgssituation som fordrar kunskap om den äldres funktionsbortfall och hur man bäst kan göra för att måltiden ska bli njutbar och att den äldre får i sig tillräckligt med näring.

Städning är ett annat område som ofta lyfts i sammanhanget. I dialogerna har framförts att det är ineffektivt resursutnyttjande att utbildade undersköterskor städar. Dessutom hindrar det nya att söka sig till området eftersom de riskerar att inte fullt ut få använda sin kompetens. Att ha ett städteam är för många, på samma sätt som måltiden, starkt förknippat med välbefinnande. I ett antal kommuner finns nu serviceteam som professionellt utför städuppgifter. Samtidigt har det lyfts fram att hjälp med städning kan vara ett första steg för exempelvis en person med begynnande demenssjukdom att ta emot hjälp och där kvalificerat motivationsarbete behövs för att nå fram. Anhörigperspektivet är också aktuellt i denna diskussion.

Den äldre personens behov av kontinuitet – att inte behöva få insatser av så många olika personer – är ytterligare en aspekt av frågan om differentiering av arbetsuppgifter. Det har varnats för att vården och omsorgen riskerar att fragmenteras om inte insatserna hålls samman.

Helhetsyn behövs

Utredningens slutsats är att frågan om differentiering av arbetsuppgifter rymmer många olika aspekter och fordrar en grundlig analys. Denna analys behöver utgå ifrån en helhetsyn på omsorgssituationen och den äldre personens behov. Utgångspunkten måste vara en vård och omsorg av hög kvalitet och med kontinuitet för den äldre, där personalens olika kompetenser tas tillvara. Ett teambaserat och personcentrerat arbetssätt ger förutsättningar.

En ytterligare slutsats är att mer kunskap behövs om effekterna av att differentiera arbetsuppgifterna – för den äldre personen och dennes anhöriga och för en hållbar kompetensförsörjning. I dag finns inte tillräckligt mycket forskning som kan ge stöd vid val av arbetsorganisation ur detta perspektiv. Olika intressen ställs mot varandra. Det är även ett faktum att vården och omsorgen om äldre bedrivs på olika sätt i kommunerna, utifrån politiska beslut och andra lokala och regionala förutsättningar. Det finns ingen tydlig nationell bild. På grund av coronapandemin har vi inte kunnat genomföra någon studie, exempelvis med en nationell enkät till kommunerna för att få svar på frågan hur vården och omsorgen om äldre är organiserad.

Regeringen bör därför ge lämplig myndighet i uppdrag att initiera en studie om effekterna av att differentiera arbetsuppgifterna inom vården och omsorgen om äldre och hur arbetet på ett hållbart sätt kan organiseras i dagens vård- och omsorgslandskap. Ur ett anhörigperspektiv är det bland annat viktigt att se hur differentierade arbetsuppgifter påverkar möjligheterna att ha en överblick över de insatser som den närstående får.

Plan för kontinuerlig kompetensutveckling i varje verksamhet

Vården och omsorgen är, som vi flera gånger påpekat, en verksamhet som ställer stora krav på kunskap och kompetens. Det är också en verksamhet där ny kunskap ständigt tillförs. Därför bör alla medarbetare få tillgång till kontinuerlig kompetensutveckling. Personalen bör vid behov få fortbildning och handledning för att upprätthålla sina kunskaper och förmågor. I kompetensutvecklingen ingår även att kunna följa kunskapsutvecklingen på området. Varje verksamhet behöver ha en plan för både arbetsgruppens och enskilda medarbetares kontinuerliga kompetensutveckling. Planen kan före-

gå av en inventering. Yrkesresan är en satsning som pågår för att stimulera en kontinuerlig kompetensutveckling utifrån den nivå deltagaren befinner sig på.

Stimulera karriärutveckling

För att få medarbetare att vilja börja arbeta i vården och omsorgen om äldre, och vilja stanna, är det viktigt att utvecklingsmöjligheter finns. I dialogerna som den nationella samordnaren haft med olika aktörer har frågan om karriärutveckling nämnts som en väsentlig faktor för att höja statusen och därmed kunna locka fler till arbete i verksamheterna. Det har framhållits att definierade karriärvägar skulle stimulera medarbetarnas utveckling i arbetet.

Utredningen bedömer att olika former av karriärutveckling bör stimuleras. Det kan handla om att vårdbiträden utbildar sig till undersköterskor, att undersköterskor utbildar sig till undersköterska med specialistkompetens eller till sjuksköterska. En annan väg till karriärutveckling är att anställda får ansvar för särskilda temaområden, exempelvis hygien, IT, att vara språkombud. Detta kan vara en möjlighet till utveckling för vårdbiträden, som enligt parterna ska vara den första nivån i verksamheten. För en hållbar kompetensförsörjning är det betydelsefullt att värna vårdbiträdenas kompetens.

Varje verksamhet behöver ha en plan för både arbetsgruppens och enskilda medarbetares kontinuerliga kompetens- och karriärutveckling. Dessutom bör personalen vid behov få fortbildning och handledning för att upprätthålla sina kunskaper och förmågor. Personalen behöver också ha möjlighet att följa kunskapsutvecklingen på området.

8.3.4 Indikatorer för uppföljning

Kommunerna bör säkerställa ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och kontinuerligt följa upp sitt arbete med hjälp av de verktyg som finns.

Utredningens bedömning: Kommunerna bör följa kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre med hjälp av indikatorer.

Utredningens rekommendation: Inom detta kapitel's temaområde – förnya, behålla och utveckla kompetens – rekommenderas att följa indikatorn som anger hur stor andel av personalen på SÄBO som har adekvat utbildning. Adekvat utbildning definieras i Socialstyrelsens Enhetsundersökning.

Ovan har vi beskrivit hur ett långsiktigt arbete med kompetensutveckling i kommunerna kan genomföras. Ett antal faktorer har lyfts fram som har stor betydelse för en positiv utveckling och insatser för att nå dit har rekommenderats.

I kapitel 7 redogjorde vi för vikten av systematisk uppföljning för att kunna bedriva utvecklingsarbete samt att indikatorer kan användas. Utredningen rekommenderar en befintlig indikator för uppföljning inom området som handlar om att förnya, behålla och utveckla kompetens. Indikatorn anger andelen av personalen på SÄBO som har adekvat⁸⁵ utbildning. Skälet till att föreslå denna indikator är att en hög andel av medarbetarna bör ha en adekvat utbildning.

Utredningen är, som tidigare nämnts, medveten om att det saknas enkla, tillgängliga, heltäckande och uppdaterade indikatorer när det gäller kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. En brist är till exempel att det saknas indikatorer som gäller adekvat utbildning hos personalen i hemtjänsten, på samma sätt som när det gäller i SÄBO.

Den indikator som rekommenderas här är tillgänglig och belastar inte kommunerna med nya administrativa krav. Socialstyrelsens arbete med att utveckla statistikinhämtning gällande icke legitimerad personal blir en viktig del i ett förbättringsarbete, likaså att undersköterska blir skyddad yrkestitel. Den rekommenderade indikatorn kan ses som ett steg på vägen mot bättre möjligheter att följa upp området. Många kommuner har egna verksamhetssystem som kan komplettera bilden.

För ytterligare information om hur indikatorn används, se bilaga 2.

⁸⁵ Adekvat utbildning definieras av Enhetsundersökningen, se bilaga 2.

9 Stärk ledarskapet

Detta kapitel behandlar det andra av utredningens fyra temaområden – att stärka ledarskapet. Här redovisar vi våra iakttagelser när det gäller ledarskapets förutsättningar – organiseringen av verksamheten, tillgången till relevant kunskap och möjlighet till kompetensutveckling. Fokus är på den verksamhetsnära chefens, också benämnd första linjens chef, situation. Sist presenterar vi våra bedömningar och rekommendationer inom området ledarskap samt föreslår en indikator för uppföljning.

9.1 Förutsättningar och ansvar

Det vilar ett stort ansvar på cheferna inom vården och omsorgen – för verksamhetens innehåll och kvalitet, för personalens arbetsmiljö samt för den enskilde medarbetarens och arbetsgruppens möjlighet till kompetensutveckling. Vid de digitala dialoger som den nationella samordnaren har genomfört samt vid möten med olika aktörer har vikten av ett nära och tydligt ledarskap återkommande betonats.

I samband med coronapandemin har villkoren för ledarskapet inom vården och omsorgen om äldre uppmärksammats. Det har handlat om kopplingen mellan ansvar och förutsättningar. Under lång tid har ledarskapet inte prioriterats, trots att de problematiska förutsättningarna varit väl kända.

I en kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgen framgår att utvecklingen i Sverige har kommit att präglas av allt högre krav, ambitiösare mål, mer omfattande ansvar (exempelvis utökad administrativt ansvar) och mer begränsade resurser. Vidare framkommer att de verksamhetsnära cheferna saknar socialt stöd och handledning i sin yrkesroll och att det administrativa stödet brister. Utvecklingen har sammantaget lett fram till att första linjens

chefer har blivit alltmer distanserade och otydliga för sina anställda allt sedan slutet av 1990-talet. Detta försämrar arbetsmiljön bland medarbetarna och ökar risken för osäkerhet i yrkesutövningen. Inslagen av ekonomi och styrning har ökat.¹

Fackförbundet Ledarna, som organiserar chefer inom en mängd olika branscher, har pekat på att chefsarbete inom vård och omsorg ofta kännetecknas av ansträngd ekonomi, begränsat organisatoriskt stöd, obalans mellan krav och resurser och för stora arbetsgrupper.² Det råder olika förutsättningar att verka som chef beroende på arbetsområde. Omfattningen av illegitima arbetsuppgifter är som störst i de sektorer där kvinnor är i majoritet.³ Man påpekar att situationen var sådan redan innan coronapandemin bröt ut.⁴

Vårdförbundet har i en enkätundersökning från 2018 kunnat konstatera att rekrytering och bemanning upptar alltför mycket av chefens tid. I undersökningen anges sju konkreta ledarskapsåtgärder att genomföra nu.

- Rimligt antal medarbetare.
- Chefernas ansvar och befogenheter ska överensstämma.
- Administrativa stödresurser.
- En stödjande förvaltningsorganisation.
- Kontinuerlig ledarskapsutveckling.
- Cheferna tillåts leda i digitaliseringen.
- Omställning av hälso- och sjukvården till en personcentrerad vård.⁵

Forskning har beskrivit ett antal faktorer som påverkar förutsättningarna för chefen att utöva sitt ledarskap:

- antalet medarbetare som enhetschefen formellt har ansvar för
- antalet arbetsplatser som enhetschefen har chefsansvar för

¹ Thelin, A, Wolmesjö, M (2014). Tid att leda: En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet, s. 19.

² Ledarna (2019). Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden, s. 8.

³ Ledarna (2020). Lönlöst att få det att fungera! Illegitima arbetsuppgifter, personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden, s. 6.

⁴ Cheferna har ansvaret men inte förutsättningarna. Artikel i Dagens Samhälle 2020-04-07.

⁵ Vårdförbundet (2018). Chefs- och ledarenkät.

- antalet chefsnivåer mellan enhet och politisk nämnd
- tillgången till administrativt stöd på enhetschefens huvudsakliga arbetsplats
- organisatoriskt stöd till enhetschefen
- stöd genom ledning till enhetschefen.⁶

9.1.1 Ledarskap i en komplex organisation

Forskningen har också lyft fram att chefskapet inom vården och omsorgen är komplext, med en mängd viktiga värden och utmaningar att förhålla sig till. Cheferna kan tvingas ta beslut som strider mot deras egna etiska värderingar och den äldres behov. Stöd i chefskapet har betydelse för möjligheten att hantera dessa etiska dilemman.⁷ Chefskapet innebär att förhålla sig till de äldres, anhörigas och medarbetares behov, samtidigt som en mängd lagar och regler ska följas. Chefen är en nyckelperson när det gäller den strategiska styrningen såväl som i att diskutera problem i vardagen och sedan ta dem upp till en nivå där det går att göra något åt dem.

Det understryks hur viktig kontakten är mellan den verksamhetsnära chefen och den närmast högre nivån, för att ge vägledning och stöd när det gäller prioriteringar.

Överbelastning är vanligt. Det handlar om att inte hinna med det som borde göras i arbetet, att tvingas arbeta övertid eller ta med arbete hem, att hem- och familjeangelägenheter blir lidande samt att det är svårt att hinna med vila och avkoppling på fritiden.⁸

I den nationella samordnarens dialoger förmedlades samma bild av ett komplext chefskap som ofta får utövas under otydliga förutsättningar. Av Arbetsmiljöverkets tillsyn över första linjens chefer 2015–2017 framgick att strukturerna för hur enhetschefernas arbetsbelastning följs upp varierade stort, allt ifrån regelbundna avstämningsmöten och enkätundersökningar till möten i mån av tid. Enhetscheferna ansåg att detta var alltför otillräckligt.⁹

⁶ Dellve, L, Hasselgren, C, Allard, K, Bäck Andersson, M (2020). Attraktivt och hållbart chefsarbete: organisatoriska förutsättningar och chefsarbete i Göteborgs stad, s. 17. Gothenburg Studies in Work Sciences, 2020:22.

⁷ Dellve, L, Wolmesjö, M (2016). Ledarskap i äldreomsorgen: att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar. Vetenskap för profession 35:2016. Högsolan, Borås.

⁸ Ibid.

⁹ Arbetsmiljöverket (2018). Första linjens chefer i vård och omsorg, s. 12. Projektrapport.

Vem är chefen inom vården och omsorgen om äldre?

I en sammansatt verksamhet finns det anledning att förtydliga vem som vanligtvis definieras som den verksamhetsnära chefen. I Arbetsmiljöverkets tillsyn över första linjens chefer i vård och omsorg under perioden 2015–2017 har första linjens chefer haft olika titlar såsom enhetschef, sektionschef eller verksamhetschef.¹⁰

Enligt betänkandet av Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen fanns år 2015 drygt 4 100 enhetschefer inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre personer.¹¹ De ansvarar vanligtvis antingen för en enhet för särskilt boende för äldre (SÄBO) eller för en enhet för hemtjänst och hemsjukvård, en enhet som enbart omfattar hemtjänst eller i kombination med dagverksamheter eller träffpunkter.

Chefer inom vård och omsorg om äldre leder i regel en dygnet-runt-verksamhet som är personalintensiv. En viktig aspekt är också att chefer ofta har medarbetare på flera arbetsplatser med geografisk spridning.

I syfte att öka kunskapen om första linjens chefer inom vården och omsorgen om äldre har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att göra en kartläggning av organisation och bemanning, exempelvis när det gäller enhetschefer inom hemtjänsten. Kartläggningen ska bland annat omfatta antalet första linjens chefer, var i organisationen de är placerade och hur många medarbetare varje chef har ansvar för. Kartläggningen ska även visa vilken utbildning första linjens chefer har samt vilket stöd från arbetsgivaren de får för att utföra sitt uppdrag. En delrapport lämnades i mars 2021.

I delrapporten definieras första linjens chef. En första linjens chef har bland annat ansvar för personal, budget, utveckling och arbetsmiljö. Den titel som vanligtvis används för första linjens chef är enhetschef eller verksamhetschef. Samordnare, teamledare eller annan personal med delegerat ansvar inkluderar inte Socialstyrelsen i definitionen av första linjens chef och därmed inkluderas de inte i kartläggningen.¹²

¹⁰ Ibid, s. 5.

¹¹ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 420. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

¹² Socialstyrelsen (2021). Delredovisning av uppdraget att kartlägga första linjens chefer i äldreomsorgen. Dnr: 27562/2020.

Av studien framgår att stödet för ekonomi- och budgetarbetet för cheferna fungerar väl, medan stödet i personalfrågorna fungerar sämre. Den information som ska ges till personalen från cheferna behöver i större utsträckning anpassas till personalen i äldreomsorgen. Majoriteten av de intervjuade cheferna som refereras i delrapporten uppger att arbete med utbildning och fortbildning inte fungerar tillfredställande.¹³ Slutrapporten lämnas i augusti 2021.

9.1.2 Modeller för styrning och ledning

Ledarskap och styrning skapar ramar för verksamheterna. Tillitsdelegationen har haft som huvuduppdrag att stödja statliga myndigheter i att utveckla en mer tillitsbaserad styrning och ledning.¹⁴ Delegationen har genomfört projekt tillsammans med sex statliga myndigheter.

Hos såväl kommuner och regioner som hos medarbetarna finns ett behov av att utveckla en styrning som i högre grad baseras på tillit och förmåga att utveckla verksamheten. Tillitsfull styrning bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Tillitsdelegationen skriver:

Utvecklingen av tillitsbaserad styrning och ledning i offentlig sektor bör fortsätta och omfatta såväl nationella som lokala offentliga aktörer, från regeringen, myndigheter till kommuner och landsting. Myndigheterna bör uppmuntra och skapa förutsättningar för ett tillitsbaserat ledarskap och medledarskap. De bör utgå från medborgarens fokus och sträva efter en helhetssyn i syfte att utveckla bättre resultat för medborgare och företag.¹⁵

Delegationen har lagt ett antal förslag i den riktningen.¹⁶ Tillitsfull styrning kan sammanfattas med att den gör det möjligt för verksamheterna och medarbetarna att möta enskildas olika behov utifrån syftet med verksamheten. Detta är särskilt viktigt där behoven är av mer komplex natur.¹⁷

¹³ Ibid.

¹⁴ FI 2016:03. Tillitsdelegationen.

¹⁵ SOU 2019:43. Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten, s. 198. Betänkande av Tillitsdelegationen.

¹⁶ Ibid, s. 52.

¹⁷ SOU 2017:56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? s. 30. Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

Tydlighet och mandat

Tydlighet och mandat att leda är en aspekt av ledarskapet som genomgående har betonats i dialogerna med kommunerna. I detta sammanhang är mandat liktydigt med uppdrag. Ett återkommande uttalande är att mandatet – eller uppdraget – många gånger är oklart. Då blir även ledarskapet otydligt. Fokus i dialogerna har legat på första linjens chefer. När man talar om tydlighet och mandat, så avses båda riktningarna – från den verksamhetsnära chefen till medarbetarna och från chefen uppåt i organisationen. Det gäller även i förhållandet mellan verksamheten och den politiska ledningen. När mandatet är oklart försvåras ledarskapet och det påverkar hela organisationen.

Systematiskt kvalitetsarbete skapar struktur

För att hålla ordning på alla olika aktiviteter som pågår i en verksamhet och utveckla kvalitetsarbetet måste ett medvetet arbete utvecklas. Systematiskt kvalitetsarbete förutsätter ett ledningssystem som fastställer principer för ledning av verksamheten (se kapitel 7). Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera
- förbättra verksamheten.

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetarna att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Medarbetarnas erfarenheter av verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.

Socialstyrelsen har tagit fram en checklista till stöd för arbetet med myndighetens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (ledningssystemsföreskriften). Checklistan ska användas som ett komplement till föreskriften, som innehåller bindande bestämmelser och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsen har också utvecklat en webbplats om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården. Här finns information om bland annat ansvarsfördelningen, att fördela arbetsuppgifter och om delegering.¹⁸

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram en vägledning som utgår från Socialstyrelsens ledningssystemsföreskrifter.¹⁹

Samverkan i det verksamhetsnära ledarskapet

I dialogerna har deltagarna understrukt att systemkunskap är nödvändig på ledningsnivå, det vill säga god kunskap om angränsande områden. En genomgående kommentar har varit att detta är ett område som behöver utvecklas för att stärka integrationen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Ett verksamhetsnära ledarskap baseras på delaktighet och interprofessionellt arbete, det vill säga teambaserat arbetssätt. I dialogerna har det återkommande framförts att vården och omsorgen om äldre i dag upplevs som fragmenterad. Ett steg mot att få till stånd en mer sammanhållen vård och omsorg är kvalitetsledningssystem som integrerar insatser som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Integrationen mellan social omsorg och hälso- och sjukvård, både på administrativ nivå och vid det faktiska utförandet av insatserna, är en betydelsefull kvalitetsfaktor. För att göra denna integration möjlig behövs regelförändringar. I betänkandet Informationsöverföring inom vård och omsorg (SOU 2021:4) läggs förslag om en ny lag. Bestämmelserna i patientdatalagen (2008:355), PdL om sammanhållen journalföring och kvalitetsregister föreslås överföras till den nya lagen. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär

¹⁸ <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/ledningssystem-systematiskt-kvalitetsarbete/> – hämtad 2021-04-14.

¹⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (2012). Vägledning. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

att vård- och omsorgsgivare får göra dokumentation om patienter och omsorgsmottagare elektroniskt tillgänglig mellan sig, om personen samtycker. Särskilda regler gäller för personer som inte kan samtycka. Olika utförare och den ansvariga nämnden inom socialtjänsten kan därmed ta del av varandras dokumentation, liksom vårdgivare kan ta del av socialtjänstens dokumentation och vice versa.²⁰

9.1.3 Stora arbetsgrupper försvårar ledarskapet

Storleken på arbetsgrupperna är en fråga som återkommit i dialogerna, både med kommunerna och organisationerna. Med många medarbetare att ansvara för blir det svårt för chefen att vara närvarande och att ge det stöd som behövs.

Arbetsmiljöverket har i sin tillsyn uppmärksammat hur de stora arbetsgrupperna får konsekvenser för såväl medarbetare som chefer och för arbetsmiljön generellt. Arbetsmiljöfrågorna och ledarskapet hänger nära samman.²¹

Enligt en studie som fackförbundet Ledarna²² genomfört, med enkätsvar från drygt 28 000 chefer i ett stort antal branscher, framkommer det att chefer inom vård och omsorg har betydligt större arbetsgrupper jämfört med andra, mer mansdominerade arbetsområden.²³ Inom hälso- och sjukvården är det i genomsnitt 29 underställda per chef och inom äldreomsorgen i genomsnitt 36 medarbetare. Detta, påpekas det, påverkar arbetsmiljön för både chefer och medarbetare negativt. Medarbetarna får betydligt mindre stöd och återkoppling på sitt arbete än vad de behöver. Studien visar också att stora arbetsgrupper leder till ökad personalomsättning.²⁴

Fackförbundet Vision har i en rapport beskrivit att de chefer som själva anser att de har ett alltför stort antal direkt underställda varken har tillräckligt med tid för återkoppling eller handlingsutrymme för att utföra ett professionellt ledarskap. De har också större behov av stöd från en annan personalfunktion, inte minst med frågor kring

²⁰ SOU 2021:4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg.

²¹ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 6. Projektrapport. Äldreomsorgen 2017–2019.

²² Ledarna är en facklig organisation för chefer i alla branscher och på alla nivåer. Organisationen har cirka 94 000 medlemmar.

²³ Ledarna (2019). Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden. Bilaga, tabell 1.

²⁴ Ibid, s. 20.

personalens arbetsmiljö och hälsa, rehabilitering och arbetsrättsliga dilemman.²⁵

Den chefs- och ledarenkät som genomfördes av Vårdförbundet 2018 bekräftar att storleken på arbetsgruppen har betydelse och där bedöms att ett rimligt antal medarbetare är mellan 10–25.²⁶

Även Arbetsmiljöverket har påtalat att första linjens chefer inom äldreomsorgen, en starkt kvinnodominerad sektor, ofta har ett stort antal anställda under sig, jämfört med branscher där männen är i majoritet.²⁷

Tillgång till stödresurser underlättar

I dialogerna har beskrivits hur chefer i dag får ägna mycket tid åt att lägga scheman och tillsätta vikarier på grund av bland annat hög sjukfrånvaro. Bristen på stödfunktioner – IT, HR, administration, ekonomi – gör också att det blir för lite tid för kontakt med medarbetarna och för egen reflektion. Tiden räcker heller inte till utvecklingsarbete och egen kompetensutveckling, när resurserna måste läggas på att lösa den dagliga situationen. Även organisationerna som deltog i dialogerna påtalade hur bristen på stödfunktioner får till följd att chefen har svårt att vara närvarande i sitt ledarskap.

Vårdföretagarna²⁸ har lyft fram att det är andra faktorer än storleken på arbetsgrupperna som påverkar ledarskapet. Det handlar om vilka slags funktioner som finns till stöd för den verksamhetsnära chefen. I vissa verksamheter kan exempelvis finnas biträdande verksamhetschef samt teamchefer med ansvar för 10–15 anställda.

En synpunkt som också framkommit i dialogerna är att verksamheterna behöver bli bättre på att ta tillvara de olika kompetenser som finns i gruppen, och som kan vara ett stöd för chefen när det gäller exempelvis handledning.

²⁵ Vision (2013). Om bara chefen var bättre. Kvalitet i äldreomsorgen – lika enkelt som ledarskap? s. 3.

²⁶ Vårdförbundet (2018). Chefs- och ledarenkät.

²⁷ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 6. Projektrapport. Äldreomsorgen 2017–2019.

²⁸ Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi, till exempel i form av aktiebolag, kooperativ eller ideella föreningar.

9.1.4 Chefens behov av kompetensutveckling

Ledarskap är en lärande process. I dialogerna underströks att det är viktigt att cheferna får möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling. Flera initiativ har tagits som riktats mot chefer inom vården och omsorgen om äldre.

För cirka 10 år sedan fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag²⁹ att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna och Famna dels utarbeta ett vägledande underlag vad gäller kunskapsbehov, dels ta fram förslag till en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen. Rektorsutbildningen på skolområdet skulle användas som en modell.³⁰

Socialstyrelsen utformade och upphandlade en nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer.³¹ Utbildningen omfattade 30 högskolepoäng och var uppdelad på fyra delkurser. Den var delvis webbaserad och gavs på kvartsfart, vilket innebar att det tog fyra terminer att genomföra hela utbildningen. Utbildningen anordnades vid tre lärosäten.

Nästan 20 procent av målgruppen slutförde utbildningen. Under de två och ett halvt år, 2013–2015, som satsningen pågick genomfördes två utbildningsomgångar. Majoriteten ansåg att de efter utbildningen kände sig säkrare på de områden som berörts i delkurserna: den nationella värdegrunden, lagstiftning och styrdokument, ledarskap samt upphandling, systematiskt förbättringsarbete och evidensbaserad praktik.

De svårigheter som noterades i utvärderingarna var framför allt att deltagarna upplevde att de inte hade tillräckligt stöd från sina arbetsgivare. Även arbetsbelastning i kombination med studier nämns som ett hinder. En slutsats i utvärderingen (enligt de som intervjuades och deltog i Socialstyrelsens utvärdering) var att denna typ av utbildning behövs, att den bör jämföras med den obligatoriska rektorsutbildningen och vara ett krav för att få anställning som enhetschef inom äldreomsorgen.³²

²⁹ Regeringsbeslut S2010/3177/ST. Uppdrag om nationell ledarskapsutbildning för chefer inom äldreomsorgen.

³⁰ Rektorsutbildningen är en professionsutbildning som syftar till att stärka yrkesrollen och har både praktisk och teoretisk inriktning och vänder sig till skolledare och förskolechefer.

³¹ Regeringsbeslut (S2012/7552/FST). Uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning på högskolenivå.

³² Socialstyrelsen (2016). Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer, s. 16. Slutrapport.

Förutsättningarna som ges är avgörande

Den svagaste länken var alltså förutsättningarna för deltagarna. I rektorsprogrammen har man försökt förebygga avhopp genom olika stödmaterial att ta del av för både huvudman och deltagare. Även om rollerna och områdena skiljer sig åt finns det erfarenheter att dra lärdom av. På Skolverkets webbplats finns rektorsprogrammet beskrivet.³³ Där anges att goda förutsättningar är avgörande för att kunna genomföra utbildningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick i november 2019 regeringens uppdrag att ta fram ett underlag till nationella insatser för att utveckla och samordna ledarskapsfrågor inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Uppdraget redovisades i februari 2021. Myndigheten har bland annat belyst förutsättningarna för ledarskap, tillgänglighet till ledarskapsutbildningar, möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer samt behovet av kunskapsunderlag.

Myndighetens drar följande slutsatser:

- Cheferna behöver få bättre organisatoriska förutsättningar.
- Det behövs mer kunskap om effekterna av ledarskapsutbildningar.
- Ledarskapsutvecklingen i kommunal vård och omsorg kan bli mer kunskapsbaserad och samordnad.³⁴

Myndigheten ger därför följande rekommendationer:

- Regeringen bör ge en statlig forskningsfinansiär i uppdrag att fördela medel för forskning om ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg.
- Regeringen bör stödja samarbeten mellan kommuner och lärosäten i att ta fram och genomföra ledarskapsutbildningar.
- Om regeringen beslutar att införa en nationell ledarskapsutbildning, bör den införas stegvis och utformas på ett sådant sätt att det är möjligt att utvärdera effekter.

³³ www.skolverket.se/skolutveckling/kurser-och-utbildningar/rektorsprogrammet---befattningsutbildning-for-skolledare#h-Darforskadudelta/ – hämtad 2021-04-14.

³⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg, s. 27.

9.1.5 Ny kunskap om ledarskapet i vården och omsorgen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har – utöver det uppdrag som nämnts ovan – tidigare haft ett regeringsuppdrag³⁵ som rör ledarskap inom vård och omsorg. Fem utvecklingsområden för stärkt ledarskap inom hälso- och sjukvården har pekats ut:

- stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och personcentrerat ledarskap
- ökad attraktivitet för chefskap
- stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring
- strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling och
- en sammanhängande regional och nationell styrning för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar.

Flera av de utvecklingsområden som lyfts fram är redan kända, men på många håll finns fortfarande behov av att arbeta med dessa grundläggande förutsättningar för att göra det möjligt för chefer att leda och utveckla verksamheterna. En stor del av arbetet för att stärka ledarskapet handlar alltså om att chefer har rimliga förutsättningar och stöd för sitt uppdrag.

Tre mål för nationella insatser på området har identifierats:

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling
- ökad attraktivitet för ledarskap.³⁶

En grupp som särskilt lyfts fram och som tidigare inte uppmärksammats är chefer i kommunal hälso- och sjukvård. De kan finnas i olika typer av verksamheter, exempelvis som chefer på särskilda boenden eller i den kommunala hemsjukvården. De har ofta medarbetare från flera yrkesgrupper, varav vissa är legitimerad personal. Sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och

³⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). Visa vägen i vården. Ledarskap för stärkt utvecklingskraft, s. 97.

³⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap inom hälso- och sjukvården, s. 59.

dietister är exempel på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Det finns sällan tid till kompetensutveckling eller att införliva ny kunskap i den praktiska verksamheten. Detta blir ännu svårare i verksamheter med hög personalomsättning.³⁷

9.2 Kunskapsbaserade metoder

I dagens kunskapsbaserade verksamheter måste någon ta ansvar för att kunskapen är uppdaterad, både vad gäller relevanta lagar och regler samt det som har med verksamheten att göra. Ansvaret vilar på chefen att se till att arbetet sker enligt bästa tillgängliga kunskap. I dialogerna lyftes även att det är en viktig uppgift för chefen att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och se till att de får möjlighet till fortbildning.

I dag skrivs patienter snabbare ut från sjukhus och de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat. Verksamheterna behöver ha kunskap om – och följa – nationella riktlinjer och vägledande dokument inom en rad olika områden. Det gäller bland annat om demens, fallprevention, hygienrutiner, palliativ vård, nutrition, psykisk ohälsa och stöd till anhöriga.^{38 39}

I rapporten Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, konstaterar Socialstyrelsen att äldreomsorgen under det senaste decenniet har utvecklats till en kunskapsintensiv verksamhet. Därför krävs att medarbetarna regelbundet ges möjlighet till kompetensutveckling. Morgondagens äldreomsorg kommer troligen i ännu större utsträckning ställa krav på att ledningen stimulerar medarbetarna till ständigt lärande för att möta de äldres ofta alltmer komplexa omsorgs- och vårdbehov.⁴⁰

Inom hälso- och sjukvården har diskussioner om evidensbaserad praktik funnits som en naturlig del sedan lång tid. Socialtjänstens utveckling mot en evidensbaserad verksamhet tog fart 1999 genom en artikel av Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör, som påpekade att det på socialtjänstens område saknades en diskussion om

³⁷ Ibid, s. 67.

³⁸ Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre, s. 38–44. Lägesrapport 2020.

³⁹ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre, s. 41–47. Lägesrapport 2021.

⁴⁰ Socialstyrelsen (2012). Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen, s. 10.

evidens.⁴¹ Drygt 20 år senare har mycket hänt. Regering, riksdag, myndigheter och kommuner har tagit en rad initiativ för att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Det gäller förändrad lagstiftning såväl som nationella, regionala och lokala utvecklingsarbeten.

9.2.1 Stöd i arbetet mot en kunskapsbaserad verksamhet

De modeller och metoder som används ska så långt det är möjligt vara kunskapsbaserade, vilket innebär att systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap.

Rådet för styrning med kunskap (2015:155) bildades 2015 med syftet att verka för att rätt kunskap når fram till huvudmännen och till professioner inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I rådet ingår nio myndigheter. Ett område som lyfts fram är den kommunala hälso- och sjukvården, där det framkommit att kunskapsstöd behövs.⁴²

Till stöd i det kunskapsbaserade arbetet finns webbplatsen Kunskapsguiden.se. Där är kunskapsstödjande material från Socialstyrelsen, andra myndigheter och nationella aktörer samlade. Webbplatsen innehåller publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer, checklistor med mera. Målgruppen är i första hand personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Innehållet är kostnadsfritt att ta del av och öppet för alla.⁴³ Äldre är ett eget kunskapsområde.

Mot en evidensbaserad praktik

En evidensbaserad praktik innebär att den professionelle vid beslut om insatser väger samman sin expertis med bästa tillgängliga kunskap, den enskildes situation, erfarenheter och önskemål.⁴⁴ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är den myndighet som har i uppdrag att ge vägledning om vilken typ av behandling, omsorg eller insatser som är säkrast eller mest effektiva att

⁴¹ SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag, s. 521. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst samt www.dn.se/arkiv/debatt/dn-debatt-hjalp-till-svaga-barachansning-ny-undersokning-fran-socialstyrelsen-varannan-socialchef/

⁴² Socialstyrelsen (2019). En gemensam omvärldsanalys från myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap, s. 17.

⁴³ <https://kunskapsguiden.se/om-kunskapsguiden/> – hämtad 2021-04-14.

⁴⁴ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/evidensbaserad-praktik/> – hämtad 2021-04-14.

använda. SBU har kartlagt systematiska översikter som visar nyttan av olika bedömningsmetoder eller insatser inom äldreomsorg och funnit att det finns stora kunskapsluckor och efterlyser mer forskning på området.⁴⁵

Samverkan för en kunskapsbaserad verksamhet

Under åren 2010–2016 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) flera överenskommelser om att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Inom ramen för överenskommelserna bildade kommunerna i varje län regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS).⁴⁶ För att åstadkomma en långsiktig samverkan mellan regional och nationell nivå har SKR, Socialstyrelsen och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) tillsammans skapat en modell som rör kunskapsstyrning av socialtjänst och näraliggande hälso- och sjukvård. Modellen kallas Partnerskapet.⁴⁷

Våren 2019 beslutade RSS-nätverket även att bilda ett nationellt nätverk för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Nätverket ska bidra till att alla kommuner stärker sin förmåga att använda kunskapsbaserade metoder.

I utredningen Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård föreslås att staten bidrar till att förstärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) genom att medel avsätts inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård.⁴⁸ Staten bör också, enligt nämnda utredning, i högre utsträckning än i dag utforma kunskapsstöd med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov.⁴⁹

⁴⁵ www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/kunskapslaget-for-bedomning-och-insatser-inom-aldreomsorgen2/?pub=43231 – hämtad 2021-04-14.

⁴⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (2017). Regionala samverkans- och stödstrukturer – Kunskapsutveckling inom socialtjänsten.

⁴⁷ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/partnerskapetsocialtjanst.13268.html> – hämtad 2021-04-27.

⁴⁸ SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter, s. 319, 365. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

⁴⁹ *Ibid.*, s. 365.

9.2.2 Implementering – att införa nya arbetssätt

Äldreomsorgen har – med sina olika yrkesgrupper – en särskild utmaning i att få kunskapsbaserad praktik att bli en fråga för alla medarbetare. I dialogerna bekräftades bilden av att kunskapsbaserad praktik inte är ett ämne som diskuteras i vardagen. Implementering av nya arbetssätt har varit föremål för forskning och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har sammanställt kunskapen i en promemoria och konstaterar att det inte finns en lösning för den perfekta implementeringsprocessen, men man bör vara uppmärksam på bland annat följande:

- Sannolikheten för mer lärande är ofta större i småskaliga initiativ än i radikala, stora och omvälvande processer.
- Det är rent generellt positivt att professioner på ett tidigt stadium involveras i implementeringsprocessen, eftersom resultatet kan påverkas av professionernas intresse för och vilja att vara den implementerade metoden trogen.⁵⁰

Utredningen Framtidens socialtjänst föreslår att en ny bestämmelse införs i socialtjänstlagen, om att verksamheter inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Bedömningen som ligger till grund för förslaget är att utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst behöver stärkas. En fråga som utredningen lyft handlar om ifall professionerna i socialtjänsten har tillräcklig kompetens för att arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁵¹

Flera yrkesgrupper med mycket varierande utbildningsnivå arbetar inom socialtjänstens verksamheter. Dessa yrkesgrupper har olika förutsättningar att arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta kommer ställa krav på att verksamheterna anpassar sina ledningssystem. Utredningen Framtidens socialtjänst påpekar att det sannolikt kommer finnas behov av att utveckla innehållet i grundutbildningar, fördjupningsutbildningar och i den kompetensutveckling som kommunerna själva ska tillhandhålla.⁵²

⁵⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). Implementering i vården och omsorgen, s. 59. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv.

⁵¹ SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1, s. 531. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

⁵² Ibid.

9.3 Utredningens bedömningar och rekommendationer

Ledarskapet – både på den politiska nivån och på tjänstemannanivån – har en grundläggande betydelse i arbetet med att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Ledarskapet handlar både om övergripande styrning och utveckling samt om att stödja den enskilde medarbetaren. Det ställer krav på kompetens. Det fordras också att rimliga förutsättningar finns för att kunna leda.

Utredningens fokus har i första hand varit de verksamhetsnära cheferna med personalansvar och deras villkor.

Nedan presenterar utredningen sina bedömningar och rekommendationer. De rör storleken på arbetsgrupperna, chefernas tillgång till stödresurser, kompetenskrav och möjlighet till ledarskapsutveckling för cheferna. Här lämnas också rekommendationer angående arbete enligt kunskapsbaserade metoder. Sist ges förslag på en indikator för att kunna följa utvecklingen inom området ledarskap. Rekommendationer riktade till arbetsgivare gäller oavsett utförare.

9.3.1 Begränsa arbetsgruppernas storlek och säkra tillgången till stödresurser

Utredningens bedömning: Ett rimligt antal medarbetare att ansvara för samt tillgång till stödresurser (exempelvis ekonomi-funktion, administrativt stöd, IT-support, HR-funktion, metod-stöd) är viktiga förutsättningar för att den verksamhetsnära chefen ska kunna utöva ett aktivt och närvarande ledarskap. I dag saknas ofta dessa förutsättningar.

Utredningens rekommendationer: Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör sätta ett tak för antalet medarbetare som den verksamhetsnära chefen med personalansvar ska ansvara för. 20–30 personer är lämpligt. Här bör både tillsvidareanställda och visstidsanställda räknas in.

Arbetsgivarna bör säkra att den verksamhetsnära chefen har tillgång till stödresurser, såsom administrativt stöd, ekonomi-funktion, HR-funktion, IT-support.

Ett tak för antalet medarbetare per chef

Den verksamhetsnära chefen, har ett omfattande och kvalificerat ansvar, ofta med alltför många medarbetare att leda. Ledarskapet, och storleken på arbetsgrupperna, har varit ett återkommande ämne i alla de dialoger som den nationella samordnaren har genomfört. Deltagare från såväl kommuner som organisationer har fört fram att första linjens chefer måste ha ett rimligt antal medarbetare att ansvara för.

Vården och omsorgen om äldre är, som vi flera gånger påpekat, en komplex verksamhet där personalen kan ställas inför en mängd svåra situationer och etiska dilemman. Det är nödvändigt för medarbetarna att kunna reflektera tillsammans med, och få stöd av, sin chef. Betydelsen av ett nära och tydligt ledarskap har lyfts både i tidigare utredningar⁵³, rapporter från myndigheter och andra aktörer. Arbetsgivarna behöver ge förutsättningar för att chefer kan avsätta tid till systematiskt arbetsmiljöarbete.

Frågan om antalet medarbetare per chef inom vården och omsorgen har varit aktuell under många år. I en rapport från 2006 skrev Socialstyrelsen att det finns belägg för att antalet medarbetare som en chef har ansvar för får betydelse för medarbetarnas förtroende för arbetsgivaren samt för tillfredsställelsen och engagemanget i arbetet. Men också omsättningen av personal påverkas positivt av att det är få medarbetare per chef. Det finns även studier som visar att antalet medarbetare per chef har betydelse för kvalitet och effektivitet i verksamheten. Det optimala antalet medarbetare per chef beror på vilken verksamhet som bedrivs, vilka mål som ska uppfyllas, i vilken omgivning organisationen verkar och vilken kompetens som medarbetarna har.⁵⁴

Tre år tidigare, år 2003, gav myndigheten ut en rapport med resonemang om vad som kan vara ett rimligt antal medarbetare per chef. Med utgångspunkt i de arbetsuppgifter som en enhetschef inom vård och omsorg om äldre har (bland annat medarbetarsamtal, lönesamtal, arbetsplatsträffar och andra återkommande möten) kan en övre gräns för antalet medarbetare per chef beräknas. Redan vid strax under 30 medarbetare har den tillgängliga årsarbetstiden överskri-

⁵³ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 428. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁵⁴ Socialstyrelsen (2006). Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen? s. 36.

dits. Denna typ av beräkning kan ses som ett målvärde. I verksamheter där personalrörligheten är hög och medarbetarnas yrkeskompetens låg krävs färre medarbetare per chef.⁵⁵

Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen skriver i sitt betänkande att huvudmän och privata utförare bör verka för att minska antalet medarbetare per enhetschef. Ett mål bör, enligt denna utredning, vara högst 30 medarbetare per chef. Skälet till att välja högst 30 medarbetare per chef är att det enligt tillgängliga studier är ett högsta antal för att klara de uppgifter som en enhetschef vanligtvis har. Ett lägre antal medarbetare per chef kan dock behövas i verksamheter där personalomsättningen är hög och den formella kompetensen bland medarbetare låg, skriver utredningen.⁵⁶

I dialogerna som har genomförts inom ramen för den här utredningen har 20 medarbetare per chef nämnts som ett rimligt antal. Aktörer på området har också påtalat att antalet medarbetare per chef är beroende av olika faktorer, såsom antalet äldre personer som får insatser och chefens tillgång till stödresurser.

Vår bedömning är att 20–30 personer är ett lämpligt antal medarbetare per chef. Här bör både tillsvidareanställda och visstidsanställda räknas in.

Säkra tillgången till stödresurser

Tillgången till stödresurser är en grundläggande förutsättning för att första linjens chefer ska ha möjlighet att utöva ett kvalificerat ledarskap. Detta framkom tydligt i dialogerna.

Många chefer berättar om hur de i dag måste avsätta mycket tid till administration och ekonomi, lägga scheman, rekrytera vikarier, ha hand om nycklar, beställa reparation av trasiga bilar med mera. Följden blir att tiden blir alltför knapp till ledarskapet och utvecklingen av det som är själva kärnan i verksamheten, att äldre personer ska få en god vård och omsorg och att personalen ska få det stöd som fordras för att kunna utföra sina uppgifter.

⁵⁵ Socialstyrelsen (2003). Hur många direkt underställda kan en chef ha? Om kontrollspann i vård och omsorg, s. 9. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-131-23_200313123.pdf – hämtad 2021-04-14.

⁵⁶ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 418, 438. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

För att detta ledarskap ska bli möjligt behöver chefen tillgång till stödresurser, såsom IT-support, administration, HR-specialist, ekonomi. Att tillsätta teamledare innebär att den verksamhetsnära cheferns ledarskap kan underlättas. Även forskning bekräftar att olika former av stödresurser främjar ett hållbart ledarskap.⁵⁷ En ytterligare aspekt som spelar roll är ledningsgruppens betydelse som stöd för chefen.

Utredningen instämmer i att ett rimligt antal medarbetare att ansvara för samt tillgång till stödresurser är avgörande förutsättningar för att den verksamhetsnära chefen ska kunna utöva ett nära ledarskap.

9.3.2 Lämplig utbildning och kompetenskrav för den verksamhetsnära chefen

Utredningens bedömningar: Det råder otydlighet om vilka krav på utbildning som kan ställas på den verksamhetsnära chefen. En nationellt fastställd utbildningsnivå för chefer är önskvärd.

Det är viktigt att medicinsk kompetens finns i den övergripande ledningen för vården och omsorgen om äldre.

Kontinuerlig kompetensutveckling för chefer behöver säkerställas.

Utredningens rekommendationer: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett underlag med bedömningar av för- och nackdelar med att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för verksamhetsnära chefer inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.

Kommunerna bör säkra att medicinsk kompetens finns i den övergripande ledningen i verksamheter för vård och omsorg om äldre.

Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör skapa förutsättningar för enhetschefer att ta del av den ledarskapsutbildning som erbjuds målgruppen. Arbetsgivarna bör ta ansvar för att tillräcklig tid och resurser avsätts till kontinuerlig kompetensutveckling för chefer i vården och omsorgen om äldre.

⁵⁷ Thelin, A, Wolmesjö, M (2014). Tid att leda: En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet, s. 22.

Utbildningskraven för verksamhetsnära chefer behöver tydliggöras

Chefer på olika nivåer skapar förutsättningarna för verksamheterna. I den nationella samordnarens dialoger har fokus i första hand legat på den verksamhetsnära chefen. Men även förutsättningarna för chefer på övergripande nivå (socialchefen och äldreomsorgschefen) har diskuterats.

För att äldre personer ska få en trygg och säker vård och omsorg är det nödvändigt att det verksamhetsnära ledarskapet, enhetscheferna, har lämplig utbildning för sitt uppdrag. Den tidigare sociala omsorgsutbildningen, socionomprogrammet samt sjuksköterskeprogrammet är de vanligaste grundutbildningarna bland de verksamhetsnära cheferna/enhetscheferna. I dialogerna bekräftas bilden av att dagens chefer på dessa nivåer inom vården och omsorgen om äldre har varierande utbildning.

Med höjd status på arbeten inom vård och omsorg om äldre följer ökade krav på cheferna. Det finns chefer på den verksamhetsnära nivån som saknar akademisk utbildning, och som fungerar väl som chefer. Den senaste uppgiften om enhetschefernas utbildningsnivå finns i Socialstyrelsens Lägesrapport från 2012. Den visade att 37 procent av enhetscheferna inom äldreomsorgen som högst hade en tvåårig högskoleutbildning och 10 procent saknade eftergymnasial utbildning. Utifrån denna kunskap satsade regeringen på en ledarskapsutbildning som Socialstyrelsen upphandlade under perioden 2015–2017.

I dialogerna fanns det delade meningar om vilken kompetens som fordras av en chef inom vården och omsorgen om äldre. Somliga deltagare lyfte fram att det behövs specifik kunskap om äldre personer, gärna geriatrisk kompetens i kombination med egen erfarenhet av området. Andra förordade mer övergripande kunskaper om ledarskap. De flesta var dock överens om att det skulle hjälpa huvudmännen i rekryteringsprocessen ifall det var tydligt vilken kunskap och utbildningsnivå som behövs.

Ett sätt att styra ledningsfunktionen är att tydligt reglera vad som krävs. När det gäller till exempel föreståndare vid hem för vård eller boende⁵⁸ (HVB) är det reglerat vilken kompetens en föreståndare

⁵⁸ Enligt Socialstyrelsens termbank: Boende som tillhandahåller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård eller behandling.

ska besitta.⁵⁹ Av 3 kap. 5 § socialtjänstförordningen (2001:937) framgår att vid varje hem för vård eller boende och vid varje stöd-boende ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten. Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende. Regleringen innebär för detta område att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vid tillståndsgivning och tillsyn kan granska ledningsfunktionen när det finns en föreskrift att luta sig emot.

Utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen föreslog i sitt betänkande att en bestämmelse införs i socialtjänstförordningen att i särskilda boendeformer, hemtjänst och dagverksamhet för äldre personer ska enhetschef eller motsvarande person ha lämplig utbildning, så långt det är möjligt.⁶⁰

I dag saknas reglering för vad som krävs av en chef/föreståndare inom hemtjänsten. Det gäller oavsett driftsform.

I 4. socialtjänstförordningen finns bestämmelser om enskild verksamhet och om anmälningsplikt. För att få tillstånd att driva ett särskilt boende ska det finnas en föreståndare för verksamheten, som ansvarar för det dagliga arbetet och säkerställer att verksamheten håller god kvalitet och ger god omvårdnad. I tillståndsgivningen har IVO utvecklat en praxis som innebär att en utbildning i form av bland annat sjuksköterskeexamen, tillsammans med gedigen erfarenhet av arbete i ledande ställning inom hälso- och sjukvårdsverksamheter kan ge den sammantagna kompetens som krävs för att förestå ett äldreboende.⁶¹

Vi bedömer att utbildningskraven för verksamhetsnära chefer bör tydliggöras. Utbildningen behöver omfatta både kunskap om åldrandet samt om ledarskap. Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett underlag med för- och nackdelar med att reglera eller på annat sätt tydliggöra utbildningskrav för verksamhetsnära chefer inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre.

⁵⁹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende.

⁶⁰ SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, s. 418–419. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

⁶¹ www.ivo.se/tillstand/sol-och-lss-tillstand/sarskild-boendeform-for-aldre/ – hämtad 2021-02-23.

Säkra den medicinska kompetensen i ledningen för verksamheten

Ett starkt budskap från dialogerna är att alltid säkra den medicinska kompetensen i den övergripande ledningen för verksamheten. Detta har ytterligare aktualiserats i samband med coronapandemin.

Av 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL framgår att alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef som har det samlade ansvaret för verksamheten. I 4 kap. 4 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) anges att verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. Enligt 11 kap. 4 § HSL måste det i kommunen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som har ett särskilt ansvar bland annat för en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut (MAR) fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Mer om lagstiftning och annan reglering som styr vården och omsorgen om äldre finns i kapitel 5.

I dialogerna framkom att i vissa fall saknas den medicinska kunskapen i den övergripande ledningen för verksamheterna och att sådan kompetens inte heller alltid släpps in – detta trots att kommunen i många fall ansvarar för en omfattande hälso- och sjukvård. Denna brist påverkar i högsta grad övriga förutsättningar och planering av verksamheten.

Bilden bekräftas i betänkandet Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård⁶² som beskriver att den kommunala hälso- och sjukvården i regel är organisatoriskt inrättad som del av kommunens socialförvaltning, med socialchef eller motsvarande som högsta tjänsteman. Det innebär att den kommunala hälso- och sjukvården i praktiken i flera forum företräds av socialchefer som inte primärt har hälso- och sjukvårdskompetens.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller att systemförståelse, att förstå angränsande områden, i dag är en brist i utbild-

⁶² SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter, s. 309. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

ningarna och att sådan förståelse är en förutsättning för att bedriva effektiv hälso- och sjukvård och att genomföra utvecklingsarbete.⁶³

Vi bedömer att kommunen bör se till att den medicinska kompetensen säkras i den övergripande ledningen för vården och omsorgen om äldre. Frågan kommer att behandlas i utredningen om en äldreomsorgslag.⁶⁴ Den utredningen ska se över om det skulle vara ändamålsenligt att införa en medicinskt ansvarig läkare (MAL) som en ny funktion i kommunen.

Även med en stärkt medicinsk kompetens i den övergripande ledningen för verksamheterna måste det sociala perspektivet hela tiden vara närvarande.

Ledarskapsutveckling och kontinuerlig kompetensutveckling

Den verksamhetsnära chefen har ett stort ansvar – att stödja varje enskild medarbetare och att coacha hela arbetsgruppen samt utveckla verksamheten. Ledarskap är en process i ständigt lärande, och det måste finnas möjlighet till egen kompetensutveckling.

För att öka professionaliseringen och kunna erbjuda attraktiva arbetsplatser för chefer måste kompetensutveckling av ledarna ständigt stå på dagordningen. Vi bedömer att ansvaret för kompetensutveckling är delat. Individerna, arbetsgivaren och staten behöver samverka för att lyckas. Det är avgörande att tid kan avsättas – på eller utanför arbetsplatsen. Detta bekräftades i dialogerna som gav många exempel på hur kompetensutveckling för cheferna sker utifrån olika förutsättningar.

För att öka kompetensen hos de chefer som redan är rekryterade till vården och omsorgen om äldre efterfrågas en nationell standard för ledarskapsutbildning. Detta är en slutsats från den nationella samordnarens dialoger. Flera jämförde med den rektorsutbildning som erbjuds skolledare.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett regeringsuppdrag⁶⁵ att utreda förutsättningarna för ledarskapsutveckling i kommunen. I rapporten finns en uppdaterad genomgång av de

⁶³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården, s. 7, 34.

⁶⁴ Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

⁶⁵ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg,

utbildningsalternativ som erbjuds i dag. En slutsats som myndigheten drar är att forskningen de senaste åren bidragit med ny kunskap om vilka faktorer som är betydelsefulla för att ledarskapsutbildningar och andra ledarskapsutvecklande insatser ska leda till positiva effekter för verksamheten. Kunskap behövs dock, konstaterar myndigheten, om ovanstående slutsatser även gäller för ledarskapsutvecklande insatser inom svensk kommunal vård och omsorg. Få studier har genomförts inom dessa verksamheter.

En rekommendation från myndigheten är, att om en nationell ledarskapsutbildning för chefer inom vård och omsorg ska tas fram så bör regeringen ge lämplig myndighet i uppdrag att utarbeta ett förslag på upplägg och innehåll för utbildningen. Den bör utformas utifrån tillgänglig forskning om viktiga faktorer för framgångsrika utbildningsinsatser. Vi instämmer i detta.

Vi bedömer att den ledarskapsutbildning som bedrivs i dag – både som uppdragsutbildningar och som ordinarie kurser på ett antal högskolor samt annan relevant ledarskapsutbildning utifrån behov – bör erbjudas verksamhetsnära chefer som ett första steg. Kommuner kan gärna genomföra satsningarna på ledarskapsutbildning i samarbete med lärosäten.

Fördelen med en obligatorisk utbildning är att det sätter press på kommunen att ta ansvar för och prioritera ledarskapsfrågorna. Detta framförs av flera chefer i rapporten från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En förutsättning för att genomförandet ska vara möjligt är att ledningen ger organisatoriskt utrymme, det vill säga att cheferna kan genomföra utbildningen under arbetstid och samtidigt få avlastning. Detta har inte fungerat vid tidigare satsningar. Vi instämmer med slutsatserna från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, att dagens förutsättningar för cheferna att tillgodogöra sig en nationell satsning är osäkra och behöver utredas vidare.

I en kunskapsöversikt som utredningen tagit del av konstateras att i arbetsmiljöer som präglas av förändring, kriser och störningar behöver första linjens chefer erbjudas extra handledning och kompetensutveckling i sin yrkesroll. Handledning och kompetensutveckling behöver utvecklas i relation till varandra.⁶⁶

⁶⁶ Thelin, A, Wolmesjö, M (2014). Tid att leda – en kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet.

Vi delar bedömningen att ledarnas möjligheter till kontinuerlig kompetensutveckling är central för att verksamheterna ska kunna ta sig an dagens och framtidens utmaningar.

9.3.3 Stärk det kunskapsbaserade arbetet

Utredningens bedömning: Arbetet enligt kunskapsbaserade metoder inom vården och omsorgen om äldre behöver stärkas i kommunerna.

Utredningens rekommendation: Kommunerna bör stödja de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som är en viktig arena för att stärka kunskapsstyrningen på området.

Stöd utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom vården och omsorgen om äldre

Arbete inom vården och omsorgen om äldre ställer, som vi återkommit till, höga krav på kunskap och kompetens. För verksamhetens kvalitet är det avgörande att medarbetarna får möjlighet att tillgodogöra sig och använda den samlade kunskap som forskningen tillhandahåller. Chefen har huvudansvaret att hålla sig informerad om utvecklingen på området. Det är viktigt att aktuell forskning sprids och nyttiggörs. Det finns ett behov av att utveckla verksamhetsnära forskning i vården och omsorgen om äldre.

Den statliga kunskapsstyrningen ska vara en resurs för frågor som rör kunskapsförmedling. Syftet med kunskapsstyrningen är att åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används. Medarbetare ska utifrån bästa tillgängliga kunskap besluta om lämpliga insatser i kombination med patientens eller brukarens egna erfarenheter. En förutsättning är att personalens behov av kunskapsstöd och andra kompetenshöjande insatser tillgodoses.

Utredningen har tagit del av ett pilotprojekt som har sin utgångspunkt i kunskapsområdena evidensbaserad praktik, implementering

och samverkan.⁶⁷ Här framgår hur viktigt det är att anpassa evidensbaserad praktik efter de förutsättningar och den förståelse som olika yrkesgrupper inom äldreomsorgen har. Det saknas i stor utsträckning evidensbaserade metoder inom den del av äldreomsorgen som inte utgörs av hälso- och sjukvård. Slutsatsen är att en evidensbaserad praktik måste anpassas efter äldreomsorgens förutsättningar och dem som arbetar där, om implementering ska kunna lyckas. En viktig faktor att ta hänsyn till är att nästan 90 procent av personalen inom äldreomsorgen är undersköterskor och vårdbiträden som inte har högskoleutbildning.

Tid är en nyckelfaktor. Ett samfällt budskap från dialogseminarierna är att både chefer och medarbetare behöver tillräckligt med tid för att hålla sig uppdaterade och kunna arbeta efter den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen och beprövade erfarenheten. Om detta skriver också utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.⁶⁸ Men lika starkt som vikten av tid betonas, lika samstämmig är uppfattningen om att tid i praktiken är en knapp resurs.

Vi bedömer att vården och omsorgen om äldre behöver stöd i att utveckla en evidensbaserad praktik med baspersonalen i fokus. Chefer på olika nivåer har en central roll för att skapa rätt förutsättningar för medarbetarna. Inom socialtjänstens verksamhetsområde är äldreomsorgen det största och har flest yrkesgrupper representerade, med olika utbildningsnivå. Stödmaterial och terminologi måste anpassas så att det passar alla yrkesgrupper, även den grupp som saknar högskoleutbildning.

De regionala samverkans- och stödstrukturerna – viktiga arenor för kunskapsutveckling

Kommunerna ska ha förutsättningar för att i varje möte med brukare tillhandahålla ett stöd som bygger på bästa tillgängliga kunskap, skriver SKR. Det ska finnas stöd för att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för att följa upp och lära.⁶⁹

⁶⁷ Abrahamsson Löfström, C (2015). Kunskapsstyrning i äldreomsorg. Implementering av och samarbete kring evidensbaserad praktik, s. 71. FOU Väst/ÖG.

⁶⁸ SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter, s. 311. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

⁶⁹ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrning/socialtjanst.622.html> – hämtad 2021-04-27.

Sedan 2010 har det pågått ett arbete för att utveckla regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten samt angränsande hälso- och sjukvård. Stödstrukturerna är utformade utifrån förutsättningarna i respektive län. Målen med de regionala stödstrukturerna är bland annat att de ska medverka till att skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård och utgöra ett utvecklingsstöd för implementering av ny kunskap, till exempel nationella riktlinjer och nya metoder.

De regionala samverkans- och stödstrukturerna fungerar i dag som en viktig arena för kunskapsutveckling för både kommuner och regioner. Vi hade initialt ett stort stöd av nätverket inför planeringen av bland annat de regionala konferenser som utredningen skulle genomföra.

Utredningen bedömer att de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är en viktig arena för att stärka kunskapsstyrningen på området. Det nätverk som skapats för äldreomsorgen bör stödjas av kommunerna.

9.3.4 Teambaserat arbetssätt – en evidensbaserad metod

Utredningens bedömning: För att kunna erbjuda en personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet samt för att professionalisera verksamheten bör arbetssätt stimuleras där olika yrkesgrupper samarbetar. Arbete i team är den modell som har stöd i forskning.

Utredningens rekommendationer: Kommunerna bör, som en del i utvecklingen av ett kunskapsbaserat arbetssätt, stödja arbete i team inom vården och omsorgen om äldre oavsett huvudman.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att med utgångspunkt från kunskapsmaterialet om arbete i demensteam, ta fram ett material som behandlar teambaserat arbetssätt i arbete med äldre personer som har sammansatta behov.

Figur 9.1 Utveckla en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg



Utvecklingen av teambaserat arbetssätt bör stödjas

I dialogerna har nödvändigheten av samarbete lyfts fram. Det handlar både om samarbete inom arbetsgruppen och mellan medarbetare med olika kompetenser. Teambaserat arbetssätt är ett exempel på en kunskapsbaserad metod i vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen definierar team som en mindre grupp personer, oftast från olika professioner, som arbetar tillsammans över de formella organisatoriska gränserna, med syfte att ge service åt en speciell grupp av patienter/brukare.⁷⁰ Teamen som finns ser olika ut, både organisatoriskt och innehållsmässigt och förändras över tid. Teambaserat arbetssätt lyftes fram i dialogerna som en tydlig metod för kunskapsutveckling som involverar hela personalgruppen. Det är också en metod som har stöd i forskningen.

SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) har granskat kunskapsöversikter om metoder i vården och omsorgen om äldre, och lyfter fram att lidande och dödsfall skulle kunna förebyggas och sköra äldre bättre klara av sin vardag om man i vården samarbetade över professionsgränser och vårdnivåer. Efter exempelvis stroke och höftfraktur kan samordning och struktur göra stor

⁷⁰ Multiprofessionella team – <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results> – hämtad 2021-04-26.

nytta och minska onödiga utgifter. Men SBU konstaterar att de flesta sjukhus i landet inte arbetar så.⁷¹

Ingenting i forskningen motsäger att resultatet även gäller den kommunala hälso- och sjukvården och hemtjänsten. Samordning kan, enligt SBU:s granskning, ske i vårdteam som överbryggar gränserna mellan olika professioner, huvudmän och vårdnivåer. Teamet inkluderar flera yrkeskategorier med olika kompetens – exempelvis sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, logoped och läkare, ibland även biståndshandläggare. I teamet kan ingå personal från både sjukhus, primärvård och hemsjukvård.

Genom att arbeta i team blir det tydligare vilka behov patienten har, och arbetet blir mer strukturerat. Forskarna har svårt att förklara exakt varför resultaten för metoden är positiva. Kanske är det inte bara en fråga om bättre struktur och organisation, eller att få en tydligare helhetsbild av individens behov, utan också om ett gemensamt engagemang i teamet – något som i sin tur kanske ökar den äldres delaktighet och motivation. Det är en tolkning och några säkra svar finns inte.⁷²

Resultat från en studie som redovisas i Utredningen om en fast omsorgskontakt i hemtjänsten visar att de som vid utskrivning från sjukhus fick stöd från flexibla tvärprofessionella team var nöjdare med både den praktiska och känslomässiga omsorgen än personer med endast insatser från hemtjänsten.⁷³

Även utredningen God och nära vård framhåller att samverkan är nödvändig för att möta personens olika behov. Det betyder dock inte bara samverkan mellan olika huvudmän och organisationer. Det krävs också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet. De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden. Hos vårdens unga medarbetare, som uppmuntrats till detta synsätt under utbildningen och sedan möts av en verklighet där sådana arbetssätt inte tillämpas fullt ut, uppstår däremot en frustration.⁷⁴

Teambaserat arbetssätt leder också ofta till bättre förutsättningar för mer informellt samarbete mellan personalgrupper, anhöriga och

⁷¹ www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/varsteam-ar-avgorande-for-de-skora/ – hämtad 2021-04-14.

⁷² Ibid.

⁷³ SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten, s. 81. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

⁷⁴ SOU 2019:29. God och när vård. Vård i samverkan, s. 37. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

den äldre, bättre förutsättningar för ett kontinuerligt lärande, en ökad trygghet för den äldre personen. I dialogerna bekräftades att teamarbete är särskilt viktigt när den äldre har en demenssjukdom och får bistånd genom hemtjänsten. Det skapar en trygghet för både personalen och den äldre.

Framgångsrik samverkan i multiprofessionella team kännetecknas av stabilitet och långsiktighet, där en teamkultur har kunnat utvecklas. Syftet med det multiprofessionella och teambaserade arbetssättet är att bidra till kontinuitet i vården och omsorgen och att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser. Det bidrar också till ett helhetsperspektiv i den vård och omsorg som erbjuds.

Om det finns en bra samverkanskultur och fungerande samverkansformer underlättar det införande av ett teambaserat arbetssätt. Teamen måste också få utvecklas utifrån de lokala förutsättningarna som råder. För den kommunala hemtjänsten och hemsjukvården kan arbetet i ett multiprofessionellt team tillföra kunskaper och ge en ökad säkerhet i arbetet som innebär både bättre insatser och lägre kostnader. Arbetet kan tack vare samverkan bedrivas mer hållbart och dubbelarbete kan undvikas.

Den nationella samordnaren inbjöd till en workshop på temat balans mellan olika perspektiv i vården och omsorgen om äldre. Teamarbete var ett givet tema under workshopen. Deltagarna listade några faktorer som kännetecknar framgångsrika team:

- struktur
- kontinuitet
- gott samarbetsklimat, lösningsfokusering och lärande.

Det är alltså samma faktorer som nämnts ovan. Problem i teamarbetet kan, enligt de medverkande i workshopen, orsakas av

- avsaknad av uppdrag eller att uppdraget är otydligt
- brist på gemensam tid – tid för samsyn, tid att tänka tillsammans
- olika organisatoriska förutsättningar.

Det framhölls att teamarbete kan bidra till kompetensförsörjningen genom att fler upplever stimulans och arbetsglädje och väljer att

stanna i verksamheterna. Arbetena kan bli intressantare och mer attraktiva. Däremot sågs inte teamarbete som en lösning på kompetensförsörjningen.

Vi bedömer att ett teambaserat arbetssätt ger möjlighet till ett mer långsiktigt arbetssätt där den äldres behov kan styra de insatser som erbjuds utifrån vitt skilda kompetenser. Det gagnar kompetensförsörjningen då arbetsglädjen och tillfredställelsen ökar i arbetet. Det är väsentligt att även involvera anhöriga.

Utveckla stödmaterial utifrån erfarenheter av teamarbete

Demensteam är ett exempel på multiprofessionella team som riktar sig till personer med demenssjukdom. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderar att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete.⁷⁵

I Socialstyrelsens underlag till en nationell strategi för demenssjukdom slås fast att i utredningen, planeringen och utformningen av olika vård- och omsorgsinsatser vid demenssjukdom behövs det som regel bedömningar och åtgärder från flera olika yrkesgrupper. Många gånger är läkare och sjuksköterskor de första som personen får kontakt med. Men allt eftersom personens behov av vård och omsorg ökar blir andra professioners kunskap och insatser allt viktigare. Socialstyrelsen rekommenderar därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. Sjuksköterska och undersköterska, båda med specialutbildning, samt arbetsterapeut och fysioterapeut bör utgöra kärnan i teamet. Andra yrkesgrupper som framhålls av många är kurator, biståndshandläggare och läkare.^{76 77}

Ett teambaserat arbetssätt har förutsättningar att skapa trygghet både för den äldre personen och dennes anhöriga samt bidra till att åstadkomma en god arbetsmiljö och attraktiva arbetsplatser. Det gäller dock att det skapas ett klimat som är öppet för nya kompe-

⁷⁵ Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, s. 41–42.

⁷⁶ Socialstyrelsen (2017). En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022, s. 50.

⁷⁷ Svenskt Demenscentrum (SDC) har för Socialstyrelsen gjort en enkätundersökning för att undersöka vissa nyckelpersoners uppfattning om vilka professioner som bör ingå i ett demensteam och vilka arbetsuppgifter ett sådant team bör ha (bilaga 2).

tenser och nya arbetssätt. Redan i dag finns kommuner och verksamheter som har ett teambaserat arbetssätt.

Utifrån erfarenheter från dialogerna, forskning och tidigare utredningar förordar utredningen därför ett teambaserat arbetssätt. Utredningen bedömer vidare att det behövs material som ger verksamheterna stöd i införande och organisering av ett teambaserat arbetssätt.

Utredningen anser att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med relevanta aktörer ta fram stödmaterial som kan användas vid insatser till äldre personer med sammansatta behov. Det kunskapsmaterial om demenssjukdom som redan är framtaget kan vara ett användbart underlag i detta arbete.

9.3.5 Indikator för uppföljning

Kommunerna bör säkerställa ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och kontinuerligt följa upp sitt arbete med hjälp av de verktyg som finns.

Utredningens bedömning: Kommunerna bör följa kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre med hjälp av indikatorer.

Utredningens rekommendation: Inom detta kapitelns temaområde – stärk ledarskapet – rekommenderas att följa en indikator som beskriver tillgången till medicinsk kompetens på särskilda boenden för äldre (SÄBO) under vardagar. Den rekommenderade indikatorn anger antal sjuksköterskor per antalet patienter i särskilt boende under vardagar.

Vi har ovan redogjort för att ledarskapet inom vården och omsorgen om äldre behöver stärkas. I kapitel 7 beskriver vi vikten av systematisk uppföljning i allt utvecklingsarbete och att indikatorer kan användas i detta.

Utredningen föreslår en befintlig indikator på temaområdet ledarskap. Den som valts indikerar tillgången till medicinsk kompetens på särskilt boende för äldre (SÄBO). Indikatorn anger antalet patienter

per sjuksköterska på SÄBO under vardagar. Tillgången till medicinsk kompetens har ofta tagits upp i den nationella samordnarens dialoger.

Skälet till att föreslå denna indikator under temaområdet ledarskap är att vårdbiträden och undersköterskor är de stora personalgrupperna på särskilda boenden och att sjuksköterskor, genom ansvaret för hälso- och sjukvården på plats, leder omvårdnadsarbetet och därmed har en arbetsledande funktion. Däremot innebär det inte att sjuksköterskorna har ansvar för arbetsmiljö, ledning och styrning. Det ansvaret vilar på enhetschefen.

Utredningen är, som tidigare nämnts, medveten om att det saknas enkla, tillgängliga, heltäckande och uppdaterade indikatorer när det gäller ledarskap inom vården och omsorgen om äldre. Den rekommenderade indikatorn är tillgänglig och belastar inte kommunerna med nya administrativa krav.

Indikatorn beskriver enbart det medicinska perspektivet. Att endast vardagar föreslås beror på högre svarsfrekvens på denna fråga, inte för att det är mindre viktigt med medicinsk kompetens under helgerna. Uppgiften om helg finns i Enhetsundersökningen.

För ytterligare information om hur indikatorn används, se bilaga 2.

10 Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö

Detta kapitel behandlar utredningens tredje temaområde – skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö. Det betyder en arbetsmiljö där man inte riskerar att bli sjuk eller skadas, där anställda kan arbeta fram till pensionsåldern och inte tvingas avbryta sitt yrkesliv i förtid. Trygga anställningsvillkor innebär bland annat att man har möjlighet att stanna hemma från arbetet vid sjukdom. Arbetsmiljön har nära samband med trygghet i anställningsvillkoren. Iakttagelserna som presenteras bygger på erfarenheter som förmedlats i de dialoger som den nationella samordnaren haft med kommuner, organisationer, privata och ideella arbetsgivare och utbildningsanordnare. Till grund för kapitlet ligger även forskning samt rapporter från myndigheter och andra aktörer.

Sist redovisar vi våra bedömningar och rekommendationer samt indikatorer för uppföljning.

10.1 Många har otrygga anställningsförhållanden

Anställningsförhållanden hänger nära samman med arbetsmiljön. Det underströks i dialogerna, både med kommunerna och organisationerna. Att inte kunna arbeta heltid fast man vill, att inte få en tillsvidareanställning fast man önskar det, att vara hänvisad till SMS-anställningar och timtider som är svåra att förutse skapar otrygghet. Det påverkar såväl den enskilde anställda som verksamheten och möjligheten att hålla samman den. En annan effekt är att personer med osäkra anställningsvillkor många gånger går miste om utbildningssatsningar, arbetsplatsträffar med mera. I den allmänna debat-

ten lyfts otrygga anställningsformer fram som en betydelsefull faktor för arbetsmiljön och en anledning till att arbeten inom vården och omsorgen om äldre framställs som mindre attraktiva och att statusen är låg. Särskilt i samband med coronapandemin har sjuknärvaron inom verksamheterna uppmärksammas, det vill säga att anställda går till arbetet trots att de är sjuka. Folkhälsomyndigheten lyfter de problem som kan följa med många timanställda och en ökad risk för smittspridning i vården och omsorgen när timvikarier oftare arbetar på flera arbetsplatser och eventuellt inte stannar hemma vid symtom, på grund av att de riskerar att inte få sjukpenning.¹

Otrygga anställningsvillkor – en risk för hela verksamheten

Otrygga anställningsvillkor påverkar medarbetarnas känsla av sammanhang och därmed också incitament för att vilja fortsätta utvecklas inom arbetsområdet. Coronapandemin har satt ytterligare fokus på risken med att en för stor andel av de anställda inom vården och omsorgen om äldre har otrygga anställningsförhållanden. I Sverige är en påtagligt hög andel av personalen på äldreboenden timavlönad. Detta framgår av en underlagsrapport till Coronakommissionen.² I Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) personalstatistik som gäller kommunal personal kan utvecklingen följas.³ Andelen timavlönade varierar över landet. Andelen timavlönade är störst inom gruppen vårdbiträden, särskilt på SÄBO. Av totalt 38 890 sysselsatta vårdbiträden inom SÄBO var 22 994 timavlönade i november 2020. Antalet sysselsatta undersköterskor på SÄBO var vid samma tid 74 750, varav 10 572 timavlönade. Aktuella uppgifter om timavlönade på SÄBO i privat regi saknas på nationell nivå.

Av underlagsrapporten till Coronakommissionen framgår även att många saknar relevant utbildning och har sämre kännedom om de äldre och rutinerna på den enhet där de arbetar.⁴

¹ Folkhälsomyndigheten (2020). Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19. Återrapportering av regeringsuppdrag, ärendenummer 02934-2020, s. 21.

² Szebehely, M (2020). Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden, s. 74. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

³ Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Personalstatistik 2020. Tabeller Kommunal personal 2020, tabell 4.

⁴ Szebehely, M (2020). Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden, s. 74. Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.

Fackförbundet Kommunal har i en rapport om arbetsrätt och anställningsvillkor i välfärden – Trygghet på arbetsmarknaden – pekat på att det höga antalet medarbetare inom vård, omsorg och utbildning som saknar tillsvidareanställning är den stora utmaningen i välfärden.⁵

10.2 En riskfylld arbetsmiljö

Brister i arbetsmiljön inom vården och omsorgen anges som betydelsefull både för synen på arbetet i verksamheterna och för kompetensförsörjningen. I samband med coronapandemin har arbetsmiljön inom vården och omsorgen om äldre fått mycket uppmärksamhet.

Under 2017–2019 genomförde Arbetsmiljöverket på regeringens uppdrag en nationell tillsyn av äldreomsorgen. Både hemtjänst och särskilda boenden blev inspekterade. Syftet med tillsynsinsatsen var att bidra till förbättrad arbetsmiljö. Målet är att kvinnor och män som arbetar i verksamheterna ska uppleva en bättre organisatorisk och social arbetsmiljö samt att arbetsgivarna har ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete. 87 procent av alla arbetsställen hade brister i arbetsmiljön och alla 196 arbetsgivare fick krav på sig att åtgärda brister i arbetsmiljön.⁶ Exempelvis fanns arbetsplatser med hög sjukfrånvaro utan att högsta ledningen känner till det.

Arbetsmiljöverket har konstaterat att trenden under senare år – såväl inom hemtjänsten som inom särskilda boenden – varit att arbetsolyckorna minskat medan arbetssjukdomarna ökat.⁷ Bland de anmälda arbetsolyckorna med sjukfrånvaro är det främst fallolyckor, belastningsolyckor, hot och våld. Även olyckor med bilkörning och cykling i tjänsten förekommer. Bland de anmälda arbetssjukdomarna med sjukfrånvaro är anledningen främst olika stressreaktioner samt muskel- och ledbesvär som härleds till mycket hög arbetstakt, problem i relationer till kollegor och överordnade samt tunga arbetsmoment och lyft.

⁵ Kommunal (2020). Trygghet på arbetsmarknaden – en rapport om arbetsrätt och anställningsvillkor i välfärden, s. 43.

⁶ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 8. Projekt rapport Äldreomsorgen 2017–2019.

⁷ Ibid, s. 2.

Olika personalgruppers arbetsmiljö påverkar varandra

Omsorgspersonalens arbetsmiljö påverkar varandra – exempelvis sjuksköterskornas och undersköterskornas. Brist på utbildning hos omsorgspersonalen ökar arbetsbördan för sjuksköterskorna, med fler telefonsamtal och besök från hemsjukvården. Omsorgen och hemsjukvården är beroende av varandra vid uppföljning av insatser till den äldre. I värsta fall sänds personer i onödan till sjukhusets akutmottagning.

10.2.1 Lagstiftning på arbetsmiljöområdet

Det finns ett antal lagar med syfte att skapa en god arbetsmiljö. Arbetsmiljölagen (1977:1160) har som ändamål att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö, Lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet reglerar förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare. Lagen (1974:358) om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen är ett ytterligare exempel. Det finns därutöver föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) som reglerar kunskapskrav, mål, arbetsbelastning, arbetstid och hur kränkande särbehandling ska hanteras. Arbetsplatsträffar är ett viktigt forum för dialog kring inslag i arbetsmiljöarbetet och där är föreskriften för Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ett stöd.

10.2.2 Tid som arbetsmiljöfråga

I alla dialogerna har tiden – ur olika perspektiv – lyfts fram som en central arbetsmiljöfråga. Man kan också beskriva det som att utnyttjandet av tiden handlar om hur arbetet organiseras. Svårigheten att i en detaljstyrd verksamhet tillämpa hälsofrämjande arbetssätt är ytterligare ett exempel som getts på att tid – eller snarare brist på tid – är en arbetsmiljöfråga.

Resursfördelningen och graden av detaljstyrning av uppdrag hanteras olika från kommun till kommun. Detta påverkar förutsättningarna för arbetet. De olika val i resursfördelningssystemet som en kommun gör får konsekvenser, både för biståndshandläggningen och för arbetet i verksamheterna.

Minutscheman styr

Många påpekar att minutscheman, och inte den äldres behov, i dag i stor utsträckning styr insatserna. Hur scheman läggs, möjligheten till flexibilitet och samarbete har stor betydelse för arbetsglädjen. En vanlig synpunkt är att schemat är den viktigaste arbetsmiljöfrågan. I flera dialoger underströks att låg bemanning är det övergripande problemet, och orsaken till pressade scheman. Delade turer⁸ är exempel på schemaläggning som i många fall är negativ för den anställde, med svårigheter att upprätthålla en balans mellan arbete och fritid. I dialogerna har påtalats att strävan måste vara att åstadkomma en sammanhållen arbetstid för den anställde. När organisationen inte är dimensionerad efter att många av de äldre i verksamheten har flera sjukdomar och omfattande behov, så har det effekt på arbetsmiljön.

Tid för reflektion

Arbete inom hemtjänsten är i dag till stora delar ensamarbete. Sällan ges möjlighet att reflektera tillsammans med kollegor och närmaste chef. Bristen på tid tillsammans är ett hinder, både för att ta upp svåra frågor i arbetet, bli lyssnad på och få dela med sig av sin kompetens. Det har betonats att gemensam reflektion är nödvändig för att verksamheten ska utvecklas och vara kunskapsbaserad. Gemensam reflektion har betydelse för att kunna se sin egen plats i omvårdnads- och vårdkedjan och få kunskap om kollegors och andra personalgruppers arbete. I dialogerna har det förts fram att teamarbete har förutsättningar att åstadkomma en god arbetsmiljö, då olika kompetenser möts.

En arbetsmiljö som gör heltidsarbete möjligt

I dialogerna framhöll många att det borde vara självklart att orka arbeta heltid och att det är en viktig arbetsmiljöfråga. SKR och Kommunal samverkar i ett partsgemensamt arbete för att stimulera

⁸ Delade turer är en arbetsform som innebär att arbetsdagen delas upp i två eller flera arbetspass med flera timmars obetalt uppehåll mellan passen. Varje enskilt pass kan vara kort, men tillsammans med uppehållet blir arbetsdagen lång.

en resa från deltid till heltid.⁹ Ungefär var femte anställd på den svenska arbetsmarknaden arbetar deltid, framgår av en rapport som SKR publicerade 2015.¹⁰ Sedan 2008 har andelen deltidsarbetande i kommuner och regioner minskat, till skillnad mot i statlig och privat sektor. Andelen som arbetar deltid är dock fortfarande högre i kommuner och regioner än i övriga sektorer. Deltidsarbete är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män i alla sektorer.

Av rapporten framgår även att andelen medarbetare som har en heltidsanställning varierar kraftigt mellan verksamheter och mellan arbetsgivare. Hur många av de heltidsanställda som faktiskt arbetar heltid skiljer sig också åt. Skillnaderna mellan de kommuner som har högst andel heltidsanställda eller heltidsarbetande och de som har lägst andel är mycket stora.¹¹

Hos många arbetsgivare pågår ett målmedvetet arbete för att fler medarbetare ska få heltidsanställningar. Samtidigt räcker det inte att medarbetare är anställda på heltid så länge många ändå väljer att gå ner i tid. Fler måste också arbeta heltid för att samhället ska klara kompetensförsörjningen i välfärden framöver. Utvecklingen i kommunerna går åt rätt håll, men ett fortsatt och systematiskt arbete med frågan är nödvändigt.¹²

10.2.3 Könsperspektiv på arbetsmiljön

Vården och omsorgen om äldre är en kraftigt kvinnodominerad verksamhet och det har sannolikt betydelse för arbetsmiljön. I Arbetsmiljöverkets undersökning av arbetsmiljön 2019 framgår att många i kvinnodominerade verksamheter, exempelvis vård och omsorg, upplever press eftersom de utsätts för en kombination av höga krav och litet eget inflytande.¹³ Det kan handla om att inte hinna tänka på annat än arbetet, tvingas hoppa över lunchen varje vecka, inte kunna påverka hur arbetet ska läggas upp eller när det ska utföras. Dessa branscher ligger även i topp när det gäller arbeten som anses psykiskt ansträngande. Det är dubbelt så vanligt att kvinnor utsätts för våld på sina arbetsplatser, jämfört med männen. Störst är problemen

⁹ <https://heltid.nu/> – hämtad 2021-04-15.

¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (2015). Om fler jobbar mer. Heltidsfrågan i välfärden, s. 8.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ Arbetsmiljöverket (2020). Arbetsmiljön 2019, s. 6. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2020:2.

inom vård och omsorg. Undersökningen genomfördes under hösten 2019 och våren 2020, till stor del innan coronapandemin bröt ut.

Arbetsmiljöverkets inspektion av arbetsmiljön inom hemtjänsten och särskilda boenden, som tidigare nämnts, har gjorts med utgångspunkt från dessa förhållanden. Man har dock inte jämfört arbetsmiljön för manliga och kvinnliga anställda.¹⁴ Exempel på brister som man fann vid inspektionen var att anställda använder egen bil, telefon och dator för att lösa bristen på tillgång till dessa. Arbetstagarna tar ansvar och kompenserar de bristande förutsättningarna i arbetet. Det konstateras också att anställda utför arbete som inte synliggörs och bedöms vid den totala arbetsbelastningen, exempelvis hämtar ut receptbelagd medicin, transporterar prover, städar personallokalen eller tvättar arbetskläder.

Andra exempel som påpekades var känslomässiga påfrestningar i arbetet, brister i arbetsmiljökunskap, att arbetsgivare inte undersökt hälsoriskerna med att operativa chefer är tillgängliga utanför arbetstid. Lokalerna i hemtjänsten kan vara undermåliga och små i förhållande till antalet arbetstagare. I några fall finns det inga gemensamma lokaler för hemtjänstpersonalen.

Arbetskläder är ett exempel på skillnader i verksamheter där kvinnor dominerar och där män gör det. I mansdominerade arbeten är arbetskläder sällan ett problem. I äldreomsorgen är det däremot inte självklart att anställda har arbetskläder. Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att kartlägga hur arbetskläder inom äldreomsorgen tillhandahålls, hanteras och finansieras. Sammantaget tyder mycket på att pandemin medfört att arbetsgivaren i större utsträckning förser personalen med arbetskläder.¹⁵

¹⁴ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 8. Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019.

¹⁵ Socialstyrelsen (2021). Arbetskläder inom omsorgen, s. 38. En kartläggning av hur arbetskläder tillhandahålls, hanteras och finansieras.

10.2.4 Kunskap och systematiskt arbete – viktigt för att skapa god arbetsmiljö

I dialogerna betonade både kommunerna och organisationerna vikten av att det finns kunskap om arbetsmiljöfrågor i hela organisationen – både hos den enskilde anställde, hos chefer och i den politiska ledningen.

Arbetsmiljöverket har pekat på att det finns tre faktorer som kännetecknar verksamheter med en god arbetsmiljö.

- De har rutiner för systematiskt arbetsmiljöarbete.
- De säkrar att personalen har de kunskaper som krävs för att kunna utföra arbetet på ett bra sätt.
- Arbetsmiljöarbetet inkluderar alla nivåer i en organisation.

Att arbetsmiljöarbetet utförs systematiskt har stor betydelse. Sunt arbetsliv¹⁶ och Prevent¹⁷ – en samverkan mellan arbetsgivare och fackliga organisationer för att skapa friskare arbetsplatser – lyfts fram som viktigt stöd. Ett problem i dag, framhölls det, är att mycket tid går åt till att lösa akuta problem och detta sker på bekostnad av det långsiktiga arbetet.

Introduktionen – en viktig arbetsmiljöfråga

I dialogerna har det betonats att alla medarbetare behöver få en ordentlig introduktion i arbetet. När inskolningen i arbetet brister skapar det arbetsmiljöproblem för hela gruppen. Introduktionen, som måste få ta tid, handlar bland mycket annat om att känna till och arbeta efter socialtjänstlagens värdegrund. Det är centralt, då själva kärnan i arbetet är mötet med en annan människa.

¹⁶ www.suntarbetsliv.se/ – hämtad 2021-04-13

¹⁷ www.prevent.se/bransch/vard-och-omsorg/ – hämtad 2021-04-13

10.2.5 Sjuktalet och arbetsmiljön

För att arbete inom vården och omsorgen om äldre ska bli attraktiva måste medarbetarna kunna arbeta utan att riskera att bli sjuka på grund av ohälsosam arbetsbelastning. Sjukfrånvaro är en omständighet som ofta lyfts fram för att visa om en arbetsplats har en god arbetsmiljö eller inte.

Sjukfrånvaron är hög inom vården och omsorgen, en bransch som sysselsätter många kvinnor. Inom denna sektor finns många psykosociala belastningar men även fysiska, som hot och våld. Ergonomiska belastningar – tunga lyft och obekväma arbetsställningar – finns också. Även män i dessa branscher löper stor risk att bli sjukskrivna.¹⁸

Kommunutredningen beskriver sjuktalet i dag som generellt sett relativt höga i kommunerna, vilket till stor del kan förklaras av ökad sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser.¹⁹ En viktig faktor, enligt Försäkringskassan, som påverkar sjukfrånvaron är att det är en större andel personal i kontaktyrken med kända arbetsmiljörisker som arbetar inom offentlig verksamhet.²⁰

Sveriges Företagshälsor påpekar att en analys utifrån krav och kontroll på yrkesnivå ger ledtrådar till varför kvinnors och mäns sjukfrånvaro skiljer sig åt så kraftigt som den gör: i genomsnitt har kvinnor haft ungefär dubbelt så hög sjukfrånvaro som män. Andelen som i en krav- och kontrollmodell²¹ har ett spänt arbete (höga krav och lite kontroll) tenderar att vara högre i kvinnodominerade yrken. Denna andel är högst inom kontaktyrken (vård, skola, omsorg). Inom dessa yrkesgrupper är kvinnor överrepresenterade sett till antalet anställda.²²

¹⁸ Försäkringskassan (2018). Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar inom olika branscher och yrken. Socialförsäkringsrapport 2018:2, s. 6.

¹⁹ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 253. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

²⁰ Försäkringskassan (2018). Sjukfrånvaro på svensk arbetsmarknad – socialförsäkringsrapport 2018:2, s. 16.

²¹ Krav- och kontrollmodellen utgår ifrån samspelet mellan krav och kontroll i arbetet. Modellen kategoriserar de anställda i fyra grupper som var och en är en unik kombination av krav (som arbetet ställer) och kontroll (som individen upplever att den har över sin arbetssituation. De fyra grupperna är: 1. Avspänt arbete – hög kontroll och låga krav. 2. Aktivt arbete – hög kontroll och höga krav. 3. Passivt arbete – låg kontroll och låga krav. 4. Spänt arbete – låg kontroll och höga krav.

²² Sveriges Företagshälsor (2019). Arbetsmiljö, hälsa och organisation – hur hänger det ihop och varför? s.11.

Sjukfrånvaron leder till att tillfälligt anställda och vikarier ersätter den ordinarie personalen. Dessa lösningar försämrar förutsättningarna att ha hög personalkontinuitet, vilket får betydelse för kvaliteten i omsorgen.²³

En hög sjukfrånvaro i kommunerna påverkar personal- och kompetensförsörjningen, arbetsmiljön samt stabiliteten i organisationen.²⁴ SKR har tillsammans med arbetsmarknadens parter tagit fram en avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner.²⁵

10.2.6 Personalkontinuitet och möjligheten att påverka

Personalkontinuitet är en viktig arbetsmiljöfråga. När arbetet blir sammanhållet ökar förutsättningarna för att statusen på arbetet höjs.

Kontinuitet, att så långt det är möjligt få ge insatser till samma personer, är ett viktigt perspektiv på arbetsmiljön som har pekats ut i dialogerna. Det har också stor betydelse för den äldre. Att kontinuitet är angelägen i samband med delegering uppmärksammades också. Det beskrevs hur personal med delegering utför uppgifter hos äldre personer som de aldrig tidigare träffat. Det skapar stress och risker för patientsäkerheten.

Personalkontinuiteten försämrades nationellt under perioden 2007–2020.²⁶ Inrapporteringen visar en ökning från 12 till 15 olika anställda från hemtjänsten som en äldre person möter under en fjortondagarsperiod. Utvecklingen har stabiliserats de senaste åren, men det finns betydande variationer i personalkontinuitet mellan kommunerna.²⁷

Coronapandemin har också visat på riskerna för smittspridning när många personer besöker den äldre. Inspektionen för vård och

²³ Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020, s. 33.

²⁴ SOU 2020:8 Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 253. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

²⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Avsiktsförklaring – åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner – <https://skr.se/download/18.42336a32177c8ab158d3c75b/1615218826673/Avsiktsf%C3%B6rklarings-atgarder-for-friskare-arbetsplatser-i-kommuner-och-landsting.pdf> – hämtad 2021-04-08.

²⁶ Uppgifterna som bygger på kommunernas frivilliga redovisning i Kolada gäller personer med behov av minst två insatser (hemtjänst) under tiden 07.00–22.00 veckans alla dagar.

²⁷ Socialstyrelsen (2021). Vård och omsorg för äldre, s. 95. Lägesrapport 2021.

omsorg (IVO) har lyft fram personalkontinuiteten som en nyckelfaktor.²⁸

Regeringen tillsatte 2019 en utredare med uppdrag att se över och lämna förslag på hur en fast omsorgskontakt kan införas i hemtjänsten. Syftet med att införa en fast omsorgskontakt är att öka delaktigheten och självbestämmandet för äldre personer som har hemtjänst och att öka tryggheten både för de äldre och deras anhöriga. Betänkandet lämnades till regeringen i november 2020. I betänkandet poängteras vikten av kontinuitet, både för den äldre och för personalen.²⁹ Utredningen remissbehandlas för närvarande.

10.3 Utredningens bedömningar och rekommendationer

Trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö är avgörande för att kunna åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning i vården och omsorgen om äldre. Anställningsförhållanden och arbetsmiljö har en nära koppling till varandra. Trygga anställningsvillkor och en bra arbetsmiljö fordras för att fler ska vilja söka sig till sektorn, kunna arbeta heltid och stanna i arbetslivet fram till pensionsåldern.

Nedan presenterar utredningen bedömningar och rekommendationer på några områden som vi anser har stor betydelse för anställningstryggheten och arbetsmiljön. Tillsvidareanställning och heltid bör vara norm. Den politiska ledningen i kommunerna behöver ta sitt lagstadgade ansvar för det systematiska arbetsmiljöarbetet inom vården och omsorgen om äldre. Delade turer bör tas bort och ersättas med sammanhållen arbetstid för att åstadkomma en bättre balans mellan arbete och fritid samt ge möjlighet till återhämtning. Arbetsgivarna bör se till att tid avsätts för kompetensutveckling, handledning, dialog och reflektion. Vi föreslår också indikatorer för att kunna följa utvecklingen på området. Rekommendationer riktade till arbetsgivare gäller oavsett utförare.

²⁸ Inspektionen för vård och omsorg (2020). Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre, s. 2.

²⁹ SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten, s. 36. Betänkande av Utredningen om fast omsorgskontakt i hemtjänsten.

10.3.1 Tillsvidareanställning och heltid som norm

Utredningens bedömning: Trygga anställningsvillkor är en betydelsefull faktor för att höja statusen på arbete inom vården och omsorgen om äldre och därmed bidra till en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.

Utredningens rekommendationer: Arbetsgivarna bör därför se till att heltids- och tillsvidareanställning är norm.

Arbetsgivare inom vården och omsorgen om äldre bör ta del av den kunskap som finns i satsningen Heltidsresan.

Tillsvidareanställning som norm

Ett tydligt budskap från dialogerna är att anställningsförhållandena har en avgörande betydelse för att kunna åstadkomma en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Utredningen delar den bedömningen. I många dialoger påtalades att det finns ett nära samband mellan låg bemanning, otrygga anställningsförhållanden och dålig arbetsmiljö, med exempelvis pressade scheman som följd.

Vad gäller trygga anställningsförhållanden handlar det konkret om att tillsvidareanställning behöver vara normen. Det finns en medvetenhet om att vikarier behövs, men andelen visstidsanställda behöver begränsas kraftigt och anställningsformen bör inte användas slentrianmässigt. Erfarenheten är att tillsvidareanställningar minskar personalomsättningen, ökar tryggheten i gruppen och i förlängningen blir arbetsmiljön bättre. Även Coronakommissionen har påpekat att arbetsgivarna i äldreomsorgen måste förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten samt kraftigt minska andelen personal med timanställning.³⁰

Visstidsanställd personal har heller inte samma möjlighet att ta del av utbildningar som sina tillsvidareanställda kollegor och har endast rätt till sjuklön under inbokade arbetspass. En hög andel tidsbegränsat anställda är också negativ för kontinuiteten. Det blir många olika personer som går hem till den äldre. Otrygga anställ-

³⁰ SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin, s. 250. Delbetänkande av Coronakommissionen.

ningsförhållanden ger kort sagt dåliga förutsättningar, både för en äldreomsorg som utgår från individens behov och önskemål samt för att skapa attraktiva arbetsplatser.

Vår bedömning är att omfattningen av tidsbegränsade anställningar behöver minska eftersom de ger osäkrare inkomst, sämre löneutveckling och så småningom lägre pension. Andra former för bemanning bör användas. Höjd grundbemanning och vikariepooler med tillsvidareanställd personal är modeller för att hantera arbetstoppar och sjukfrånvaro. En annan lösning är att kommunen under en period sätter ett tak för hur bemanningen ska fördelas för olika anställningsformer. Dialogerna har varit samstämmiga i att tryggheten i anställningen påverkar arbetsmiljön och hur man ser på arbeten i branschen.

Heltidsanställning som norm

Ett klart ställningstagande från dialogerna är att heltidsanställning behöver vara norm, både för kvinnor och män. Om fler arbetar mer innebär det att rekryteringsbehovet kan minska. I dag är det dock många som säger att jobbet är så tungt att de inte orkar arbeta heltid. Utredningen understryker att detta visar hur angeläget ett systematiskt och förebyggande arbetsmiljöarbete är. Det måste vara lika möjligt för anställda att arbeta heltid i vården och omsorgen om äldre som i andra branscher.

Utredningen bedömer, efter analys av dialogerna, att arbetsbelastningen måste diskuteras i samband med att heltid blir norm. Om arbetsbelastningen inte vägs in i diskussionen är det många som kan bli tveksamma till genomförbarheten. Arbetstid hänger ihop med bemanning. Mer konstant bemanning och hälsosamma scheman har positiva effekter för arbetsmiljön och närvaron.³¹

I dialogerna poängterades också att det finns en grupp som fördrar att arbeta deltid. SKR skriver i rapporten Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020³² att det finns en tradition i många av verksamheterna inom vården och omsorgen att medarbetare erbjuds ”önskad sysselsättningsgrad”. Det innebär en möjlighet för deltidsanställda att gå upp till heltid, vilket är positivt.

³¹ <https://heltid.nu/>

³² Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020.

Men det ger också möjlighet för heltidsanställda att gå ner i tid, utan att behöva motivera varför. Många anställda har därför valt att gå ner i arbetstid, trots att deras kompetens behövs på heltid. En slutsats i rapporten är att detta bör fasa ut. Utredningen instämmer, och det är angeläget att gå ifrån denna ”tradition” nu.

Heltid är en tydlig jämställdhetsfråga.³³ Män är både heltidsanställda och heltidsarbetande i större utsträckning än kvinnor. Kvinnorna är deltidanställda i högre utsträckning än män. Dessutom är det vanligare att heltidsanställda kvinnor väljer att gå ner i arbetstid och arbeta deltid. Dessa skillnader behöver fortlöpande analyseras.

Satsningen Heltidsresan ger viktig kunskap

Heltidsresan är ett femårigt projekt där SKR och Kommunal arbetar gemensamt för att heltidsarbete ska bli norm. Även om utvecklingen är positiv, så är det mycket som behöver göras. Med utgångspunkt i kommunernas erfarenheter har SKR listat några framgångsfaktorer.

- Utgå från lokala förutsättningar.
- Ett tydligt politiskt beslut är en förutsättning.
- Realistisk tidplan – heltidsarbetet tar tid.
- Gör förändringen begriplig och skapa delaktighet.
- Tänk nytt när verksamheten organiseras.
- Uppmuntra fler att jobba mer.

Äldreomsorgslyftet ökar förutsättningarna

Äldreomsorgslyftet är en omfattande statlig satsning vars syfte är att höja kompetensen i äldreomsorgen och omfattar åren 2020–2023.^{34 35} SKR och Kommunal har träffat en överenskommelse kopplad till satsningen. Den rör bland annat anställningsförhållanden och arbetsmiljö.³⁶

³³ Kommunal (2017). Deltid som otrygghet och strategi, s. 12.

³⁴ Prop. 2020/21:1. Budgetpropositionen för 2021, utgiftsområde 9, s. 166.

³⁵ Regeringsbeslut 2020-06-04 S2020/05025/SOF (delvis).

³⁶ <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/aldreomsorg/kompetenslyftaldreomsorgen.33177.html> – hämtad 2021-01-05.

- Kommunals och SKR:s överenskommelse ska tillsammans med regeringens satsning både underlätta den akuta bemanningssituationen och den långsiktiga kompetensförsörjningen.
- Satsningen ska öka andelen heltids- och tillsvidareanställningar.
- Satsningen ska bidra till en större trygghet och bättre villkor för medarbetarna samt förbättra arbetsmiljön för befintlig personal genom en tryggare bemanning.

Vi bedömer att satsningen ger förutsättningar att lyfta hela området när det gäller att förbättra arbetsmiljön och anställningsförhållanden. Det krävs dock att satsningen mynnar ut i ett långsiktigt arbete som håller över tid.

10.3.2 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt

Utredningens bedömning: Det systematiska arbetsmiljöarbetet brister på många håll. Ett sådant arbete är nödvändigt för att skapa en god arbetsmiljö och vård- och omsorgsmiljö. Såväl tjänstemannanivån som den politiska ledningen i kommunen har ansvar för arbetsmiljöarbetet.

Utredningens rekommendationer: Den politiska ledningen i kommunen behöver ta sitt lagstadgade ansvar för att ett systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs inom vården och omsorgen om äldre, oavsett utförare.

Arbetsgivarna bör använda de stödmaterial som finns för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Både parterna och Arbetsmiljöverket har tagit fram sådana material.

Kommunens politiska ledning har ett lagstadgat ansvar för arbetsmiljöarbetet

Arbetsmiljöarbete kräver engagemang och kunskap i organisationens alla led. Detta är ett starkt budskap från den nationella samordnarens dialoger. Arbetsmiljöarbetet ska vara systematiskt och en

ständigt pågående process. Ett aktivt arbetsmiljöarbete förebygger att någon blir sjuk eller skadar sig på jobbet.

Vid Arbetsmiljöverkets inspektion av hemtjänst och särskilda boenden 2017–2019 gällde den vanligast förekommande bristen (53 procent) systematiskt arbetsmiljöarbete, att verksamheten inte regelbundet gör riskbedömningar. Konkret handlar det om att man inte gör det som åläggs enligt lagar och föreskrifter.

Både vid denna inspektion samt i de dialoger som den nationella samordnaren genomfört betonades att kunskap behövs i alla led inom organisationen för att kunna bedriva ett systematiskt arbete – hos den politiska ledningen, chefer och övriga anställda.

Trots att det sedan länge finns lagar och föreskrifter på området, så pekas arbetsmiljön ut som ett tydligt förbättringsområde. Detta har gjorts i alla dialoger som den nationella samordnaren genomfört samt i möten med myndigheter och andra aktörer. Behoven kan sammanfattas i tre punkter.

- Arbetsmiljöarbetet måste vara systematiskt och förebyggande.
- Engagemang ska finnas i organisationens alla led.
- Alla medarbetare behöver kunskap om arbetsmiljöarbete.

I 2 a § arbetsmiljölagen (1977:1160) finns bestämmelser om att arbetsgivaren systematiskt ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på god arbetsmiljö. Alla arbetsgivare – oavsett om de har en eller flera hundra anställda – måste enligt lagen bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM, definieras i föreskrifterna (AFS 2001:1) som ”arbetsgivarens arbete med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och att tillfredsställande arbetsmiljö uppnås”. De centrala aktiviteterna brukar ibland beskrivas som ett hjul, det så kallade SAM-hjulet. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är en ständigt pågående process där alla delarna hänger ihop och behövs. Det handlar om att

- undersöka verksamheten
- bedöma de risker som kommit fram vid undersökningen
- vidta åtgärder för att minska riskerna

- kontrollera att åtgärderna faktiskt har bidragit till en bättre arbetsmiljö.³⁷

Över tid har fokus ändrats i synen på arbetsmiljön. Längre ägnades stor möda åt att kartlägga de faktorer som den enskilde medarbetaren upplevde som positiva eller negativa i den omedelbara närheten. Med tiden kom fokus att flyttas till chefen och det nära ledarskapet. I och med att den organisatoriska arbetsmiljön tog plats vid sidan om den psykosociala har intresset för chefens organisatoriska förutsättningar vuxit. Det senaste steget har varit att lyfta och studera olika organisationers övergripande omgivning.³⁸ En annan tendens är att stimulera utvecklingen mot en mer tillitsbaserad styrning och ledning. Det gäller även inom välfärdssektorn.³⁹

I dialogerna har det betonats att det systematiska arbetsmiljöarbetet måste vara en självklar och naturlig del av verksamheten. Så är det inte i dag i alla verksamheter. Det är också angeläget att alla anställda är engagerade och aktiva i arbetsmiljöarbetet. Av 1 a § arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, framgår att arbetsgivare och arbetstagar ska samverka för att skapa en god arbetsmiljö. Så är det heller inte alltid, enligt dialogerna.

Att arbetsmiljöarbetet är en angelägenhet för hela organisationen, har det bekräftats i dialogerna. Alla behöver ha kunskap om vad som krävs – och var ansvaret ligger för att åstadkomma en god arbetsmiljö. För att skapa och behålla engagemanget för ett systematiskt arbetsmiljöarbete är det viktigt att detta inte stannar vid dokumentation utan leder till konkreta och synliga förändringar. Att tillbudsrapportering uppmuntras och tas på allvar har här en väsentlig betydelse.

Sveriges Företagshälsor påpekar att styrning och organisation har stor betydelse för arbetsmiljön, men att arbetsmiljöarbetet fortfarande i alltför liten utsträckning tar med dessa perspektiv. Det stannar ofta vid att medarbetarnas upplevelser av ett antal risk- och friskfaktorer mäts och närmaste chefen åläggs att rätta till bristerna. Sveriges Företagshälsor framhåller att de flesta organisationer förmodligen skulle ha mycket att vinna på att tydligare koppla ihop

³⁷ www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbeta-med-arbetsmiljon/systematiskt-arbetsmiljoarbete-sam/ – hämtad 2020-11-25.

³⁸ Sveriges Företagshälsor (2019). Arbetsmiljö, hälsa och organisation – hur hänger det ihop och varför? s. 28.

³⁹ SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.

organisatoriska strukturer/ledning och styrning med villkoren på enskilda arbetsplatser eller i enskilda arbetsgrupper.⁴⁰ Utredningen ser en stor potential här.

Tid är också en väsentlig aspekt av arbetsmiljöarbetet. Medarbetare och chefer behöver ges tid för alla delarna i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Utredningen vill särskilt lyfta fram att den politiska ledningen i kommunen behöver avsätta tid för att hålla sig uppdaterad om verksamheternas arbetsmiljöarbete.

Stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet

Det finns flera stödmaterial för arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöverket har gett ut en vägledning och en guide för det systematiska arbetsmiljöarbetet.^{41 42} Myndigheten har också tagit fram föreskrifter och en vägledning om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.^{43 44} I Sunt arbetsliv samverkar parterna bland annat för att ge stöd i arbetsmiljöarbetet.⁴⁵

10.3.3 Schemat – en viktig arbetsmiljöfråga

Utredningens bedömningar: Schemat är en betydelsefull arbetsmiljöfråga. Det bör vara möjligt att uppnå balans mellan arbete och fritid. Tid behöver också finnas för återhämtning. Inom vården och omsorgen om äldre är delade turer ofta ett hinder för detta.

Möjlighet till handledning, dialog och reflektion tillsammans med chef och kollegor är en viktig arbetsmiljöfråga.

⁴⁰ Sveriges Företagshälsor (2019). Arbetsmiljö, hälsa och organisation – hur hänger det ihop och varför? s. 30.

⁴¹ Arbetsmiljöverket (2018). Så förbättras verksamhetens arbetsmiljö – vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1

⁴² Arbetsmiljöverket. Liten guide för att komma igång med systematiskt arbetsmiljöarbete, www.av.se/globalassets/filer/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/systematiskt-arbetsmiljoarbete-komma-igang-guide.pdf - hämtad 2020-11-25

⁴³ Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna.

⁴⁴ Arbetsmiljöverket (2016). Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön – viktiga pusselbitar i en god arbetsmiljö. Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, AFS 2015:4.

⁴⁵ www.suntarbetsliv.se/.

Utredningens rekommendationer: Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör se till att delade turer tas bort och ersätts med sammanhållen arbetstid.

Arbetsgivarna bör se till att det i arbetsschemat ingår tid för kompetensutveckling, handledning, dialog och reflektion.

Schemat har betydelse för arbetets attraktivitet

Det finns en gemensam uppfattning om att arbetsschemat är en betydelsefull arbetsmiljöfråga. Det har framförts att detta är en av de allra viktigaste. Hur arbetsscheman läggs är avgörande för att människor ska vilja börja arbeta i verksamheterna och välja att stanna. Deltagarna i dialogerna lyfter särskilt fram tre faktorer:

- möjligheten att kunna påverka sitt arbete,
- möjligheten att kunna kombinera arbete och fritid samt till återhämtning,
- möjlighet till reflektion och dialog.

Ersättningssystem och uppdragsbeskrivningar påverkar förutsättningarna för planering och hur schemat läggs. Biståndsbeslutet är däremot den rätt till stöd den äldre personen har.

Fremst hemtjänsten är en logistiskt svår verksamhet att organisera. Den ska finnas tillgänglig alla tider på dygnet under alla veckans dagar, men arbetsbelastningen är som störst morgon och kväll. Insatser ska kunna ges med mycket kort varsel, till exempel när en person skrivs ut från sjukhus. Strävan är att fler ska arbeta heltid. Ambitionen är också att den äldre inte ska behöva träffa för många anställda. Detta ställer kvar i samband med schemalagningen.

Sammanhållen arbetstid ger balans

Det finns en stark koppling mellan schemat och upplevelsen av att kunna påverka arbetet. Arbetsmiljöverket konstaterade i sin inspektion av hemtjänsten och särskilda boenden att ”tidsstyrning, som att inte kunna påverka sin arbetstid, oväntade situationer som uppstår hos kund eller mellan kunder är faktorer som påverkar arbetsbelast-

ningen mycket”.⁴⁶ I sin rapport Arbetsmiljön 2019⁴⁷ skriver myndigheten om de negativa effekter det har på arbetsmiljön när den anställde inte kan påverka hur och när en arbetsuppgift ska utföras. Kombinationen höga krav och låg kontroll är en betydande stressfaktor.

Från verksamheter där strikt inrutade scheman tillämpas beskriver personal hur de känner sig styrda. Att arbetet ska vara klart en viss minut upplever de som stressande. För att inte missa något av den schemalagda tiden händer det att personal, för att kunna logga ut i rätt tid, stannar kvar och gör det i trapphus, på gatan eller i bilen. Att hemtjänstpersonal även förväntas dokumentera sina insatser med hjälp av sin mobil kan också påverka upplevelsen av att arbeta i en professionell organisation.⁴⁸ Vi har fått exempel på hur vissa arbetsuppgifter inte genomförs om något oförutsett inträffar, eftersom anställda upplever rädsla för att inte kunna hålla schemat.

Deltagarna i dialogerna menade att möjligheten att påverka sitt arbete har stor betydelse för hur attraktivt det är att vilja arbeta i dessa verksamheter – och viljan att stanna. Detta bekräftas också av Kommunals medlemsundersökning från 2017, där många av dem som planerar att lämna arbetet inom äldreomsorgen anger svårigheten att påverka som skäl.⁴⁹

Deltagarna i dialogerna har understrukit att det måste gå att kombinera arbete och fritid. Arbetsschemat ska ge den möjligheten. I dag är det dock ofta svårt att få detta att fungera.

Delade turer nämndes återkommande i dialogerna som ett exempel på schema där den anställde har små möjligheter att planera sin dag och kombinera arbetet med annat. Delade turer – det vill säga att arbeta två pass under en dag med några timmar ledigt mellan passen – förekommer i stort sett endast i Sverige. Detta framgår i en underlagsrapport till Coronakommissionen där jämförelse görs mellan de nordiska ländernas äldreomsorg. Som en konsekvens av dessa skillnader i arbetstid och schemaläggning är det betydligt fler i Sverige som anser att arbetstiderna är svåra att kombinera med familjeliv och

⁴⁶ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 5. Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019.

⁴⁷ Arbetsmiljöverket (2020). Arbetsmiljön 2019, s. 5. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2020:2.

⁴⁸ Hjalmarson (2015). Röster från hemtjänsten – några erfarenheter från hemtjänsten i Stockholm 2015, s. 42. Bilaga till rapporten Tillit och relationer. Om kvalitet i hemtjänsten – en kunskapsöversikt (2015:4). Stockholms läns Äldrecentrum.

⁴⁹ Kommunal (2017). Personal som stannar. En rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen, s. 23.

sociala aktiviteter – 43 procent i Sverige, 31 procent i Finland, 23 procent i Norge och 8 procent i Danmark.⁵⁰

Flera av de svarande som vill lämna arbetet inom äldreomsorgen påtalar att arbetstiderna och schemalaggningsen påverkar familjelivet.⁵¹

I dialogerna var deltagarna i stort sett överens om att scheman med delade turer ska tas bort, eftersom en sådan schemalaggningsen står i motsats till intentionerna om att skapa en god arbetsmiljö. Det fanns även en samsyn om att verksamheterna generellt behöver ta till sig kunskap om schemalaggningsen som både tillgodoser krav på effektivitet och en god arbetsmiljö.

Utredningen bedömer att det sammantaget finns mycket kunskap och erfarenhet av hur arbetsschemat påverkar arbetsmiljön. Det är viktigt för trivseln och motivationen att anställda är delaktiga i att planera arbetet. Personalen har värdefull kunskap om de äldres behov och önskemål. Dessa insikter bör genomsyra arbetet med schemalaggningsen. En konsekvens bör vara att scheman med delade turer tas bort.

Möjlighet till reflektion och dialog

Möjligheten att reflektera över arbetet och samråda med kollegor är faktorer som både bidrar till bra arbetsmiljö och god kvalitet i alla människovårdande yrken.⁵²

Vikten av reflektion har lyfts fram i dialogerna som den nationella samordnaren har genomfört samt i forskning och rapporter från myndigheter och andra aktörer. Vård och omsorg om äldre innebär ofta att man ställs inför komplexa situationer hos personer med svåra sjukdomar och stora behov av insatser. Man kan behöva ta ställning i svåra frågor och få göra bedömningar som man behöver ventilera med sina kollegor. Flera poängterade att möjligheten till gemensam reflektion inte bara är viktig för den enskilde anställde – det utvecklar hela organisationen. Varje medarbetare får syn på sin plats i kedjan. Gemensam reflektion i strukturerad form är nödvändig för att kunna skapa en lärande organisation. Utredningen instämmer i detta.

⁵⁰ Szebehely, M (2020). Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden, s. 74. Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin.

⁵¹ Szebehely, M, Stranz, A, Strandell, R (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? s. 13. Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.

⁵² Hjalmarson, I (2015). Röster från hemtjänsten – Några erfarenheter från hemtjänsten i Stockholm 2015, s. 15. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2015:5.

Hemtjänst är många gånger ett ensamarbete och anställda beskriver att det därför är mycket viktigt att få möta kollegor för reflektion och informationsutbyte – men att sådan tid ofta saknas. Det är till och med sådant som verksamheter drar ner på för att spara.

System där hemtjänsten enbart ersätts för tiden hos personerna som får insatserna har lett till att mötestider i en del verksamheter har reducerats eller helt tagits bort.⁵³ Samtidigt finns en medvetenhet om betydelsen av att få tid för både informationsutbyte och reflektion. I rapporten Rösterna från hemtjänsten⁵⁴ uttrycker en chef det så här:

Varför är det viktigt? Jo för att de som vi hjälper är inte bara de vanliga äldre. Det är också personer med psykisk sjukdom och missbruk (...)
Vi möter mer komplexa problem.

I Arbetsmiljöverkets inspektion av hemtjänsten och särskilda boenden tar anställda upp att de saknar tid för reflektion, att kollegialt hinna träffas innan och efter arbetspass.⁵⁵ Utredningens bedömning är att detta behov bör uppmärksammas.

10.3.4 Indikatorer för uppföljning

Kommunerna bör säkerställa ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och kontinuerligt följa upp sitt arbete med hjälp av de verktyg som finns.

Utredningens bedömning: Kommunerna bör följa kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre med hjälp av indikatorer.

Utredningens rekommendation: Inom detta kapitelns temaområde – skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö – rekommenderas att följa tre indikatorer som beskriver andel av arbetskraften som är

⁵³ Ibid, s. 43.

⁵⁴ Ibid, s. 31.

⁵⁵ Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg, s. 5. Projektrapport Äldreomsorgen 2017–2019.

- heltidsanställd
- tillsvidareanställd
- män

Ovan har vi beskrivit den nära kopplingen mellan anställningsförhållanden och arbetsmiljön. Dessa områden har stor betydelse för hur attraktiva arbeten inom vården och omsorgen om äldre upplevs.

I kapitel 7 redogör vi för vikten av systematisk uppföljning för att kunna bedriva utvecklingsarbete. Indikatorer kan användas i uppföljningen. Utredningen rekommenderar tre befintliga indikatorer för uppföljning inom detta kapitelns temaområde.

Den ena indikatorn anger hur stor andel av arbetskraften som arbetar heltid. Skälet till att föreslå denna indikator är att heltid bör vara norm inom vården och omsorgen om äldre.

Den andra indikatorn anger andelen tillsvidareanställda. Anledningen till att vi rekommenderar denna är att tillsvidareanställning bör vara norm inom verksamheterna.

Den tredje indikatorn anger andelen män i verksamheterna. Motivet till att vi valt denna indikator är att könsfördelningen, med en kraftigt övervägande andel kvinnor, bör jämnas ut. Breddad rekrytering, med fler män till verksamheterna, är ett steg i att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning.

Indikatorerna beskriver andel av arbetskraften som är kommunalt månadsanställda på heltid inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Utredningen är, som tidigare nämnts, medveten om att det saknas enkla, tillgängliga, heltäckande och uppdaterade indikatorer när det gäller arbetsmiljön inom vården och omsorgen om äldre. Exempelvis saknas indikatorer som beskriver förekomsten av systematiskt arbetsmiljöarbete. Förslaget ovan är valt för att det är tillgängligt och inte belastar kommunerna med nya administrativa krav.

För ytterligare information om hur indikatorerna används, se bilaga 2.

11 Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst

Detta kapitel behandlar det fjärde av utredningens fyra temaområden – ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst. För varje år ökar användningen av det som brukar benämnas välfärdsteknik och den förväntas spela en allt större roll i framtiden. Utredningen har haft i uppdrag att särskilt analysera hur ny teknik kan användas för att bidra till en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre.

Till grund för kapitlet ligger den nationella samordnarens dialoger med olika aktörer samt även rapporter från utredningar, myndigheter med flera.

Sist redovisar vi våra bedömningar och rekommendationer inom området samt indikatorer för uppföljning.

11.1 E-hälsa och välfärdsteknik

Nedan redogörs för några centrala begrepp. Utvecklingen i landet vad gäller användning av välfärdsteknik beskrivs i korthet. Slutligen redovisas överenskommelser och nationella satsningar för att stimulera utvecklingen på området.

11.1.1 Vision e-hälsa 2025

Sverige har höga ambitioner inom området e-hälsa. Vision e-hälsa 2025 visar den riktning för arbetet som regeringen har slagit fast.

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.¹

Denna vision gör det tydligt att arbetet ska fokusera på de två målgrupperna

- individen (patienten, brukaren, klienten) samt
- personalen i vård och omsorg.

Av överenskommelsen om visionen framgår att en eller flera handlingsplaner ska tas fram. Den första handlingsplanen, som omfattade åren 2017–2019, beslutades i januari 2017. Parterna, det vill säga staten och SKR, bedömer att vision e-hälsa även i fortsättningen ska vara utgångspunkten för gemensamma insatser och att det samarbete som pågått på området under 2017–2019 ska fortsätta samt utvecklas. Ett strategiskt dokument för åren 2020–2022 med fyra inriktningsmål har tagits fram.^{2 3} Både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten pågår ett omfattande förnyelsearbete inom området digital teknik. Gemensamt för alla de satsningar som pågår är att de för med sig behov av att ställa om arbetsprocesser, organisering och samverkansformer.

11.1.2 Definition av välfärdsteknik

Välfärdsteknik definieras i Socialstyrelsens termbank som ”digital teknik som syftar till att behålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning”.⁴

Exempel på välfärdsteknik är digitala trygghetslarm, tillsyn via kamera och sensorer för påminnelser. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, av personal eller någon annan i personens närhet.

¹ www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/ – hämtad 2021-05-06.

² www.regeringen.se/490725/contentassets/3f5ccc23708542b6971b8a7d3eaa4379/godkannande-av-overenskommelse-om-en-strategi-for-genoforande-av-vision-ehalsa-2025.pdf – hämtad 2021-04-14.

³ <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ehalsa/visionehalsa2025.8859.html> – hämtad 2021-04-27.

⁴ <https://termbank.socialstyrelsen.se/> – hämtad 2020-10-27.

Välfärdsteknik kan ges som bistånd, förskrivs som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Ett mål på samhällsnivå är högre kvalitet och effektivitet i vård och omsorg.⁵

Eftersom produkter som räknas som välfärdsteknik också kan förskrivas som hjälpmedel kan det vara svårt att dra en skarp gräns mellan de båda. Skillnaden kan vara att välfärdsteknik alltid är digital teknik medan hjälpmedel kan innehålla digital teknik, men inte behöver göra det.⁶ Detta kapitel fokuserar på användningen av digital teknik.

11.2 Långsam och ojämn utveckling i kommunerna

Det är en komplex verksamhet som ska ta till sig ny teknik, och det gäller både för personalen, de äldre och deras anhöriga. Vår samlade bild är att utvecklingen är ojämn i kommunerna när det gäller att använda ny teknik. Detta stöds i ett flertal rapporter från utredningar och myndigheter.

För sjunde gången redovisade Socialstyrelsen år 2020 utvecklingen av välfärdsteknik och e-hälsa i kommunerna.⁷ 248 av 290 kommuner besvarade enkäten. Även om inställningen ofta i grunden är positiv, så visar det sig att det finns svårigheter att genomföra förändringar i praktiken.

11.2.1 Teknik som används

Trygghetslarm är den vanligaste formen av välfärdsteknik. I januari 2019 hade cirka 200 000 personer 65 år och äldre ett trygghetslarm. Fler kommuner har börjat använda digital nattillsyn. Fler kommuner erbjuder också gps-larm. I hemtjänsten har så kallade passiva larm, eller sensorer, varit i bruk i många år. Det är till exempel larmmattor, dörrlarm och rörelselarm.

Samordnad individuell planering (SIP) med hjälp av video eller webbkamera är en vanligt förekommande form av e-hälsa. Inför utskrivning från sjukhus kan den enskilde – tillsammans med personal på

⁵ Socialstyrelsen (2020). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020, s. 19. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

⁶ SOU 2020:14 Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 56. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

⁷ Socialstyrelsen (2020). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

sjukhuset – möta biståndshandläggare, omsorgs- eller vårdgivare och eventuella anhöriga.

I särskilda boenden för äldre personer förekommer flera typer av välfärdsteknik. De vanligaste är dörrlarm, fall-larm och rörelsedetektorer. Samordnad individuell vårdplanering (SIP) via video eller webbkamera och avvikelserlarm finns också. Andra typer av välfärdsteknik är digitala lås, elektronisk signering av mediciner, elektroniska medicinskåp, robotkatter, virtuella spel för stimulans och träning för personer med demens. Andra produkter är duschrobotar, musikdockor och inkontinenssensorer.

När det gäller teknik till stöd för personalen finns mobilappar där man kan registrera adresser och portkoder, registrera besök, lägga in scheman med mera. Med digitala lås hos personerna som får hemtjänst behöver personalen inte hantera nycklar. Vid hembesök och arbete utanför kontoret har personalen allt större möjligheter att dokumentera mobilt. Både inom hemtjänsten och inom den kommunala hälso- och sjukvården har användningen av ny teknik ökat sedan föregående år.

Av de svarande kommunerna var det 77 procent som uppgav att hyresgäster på särskilda boenden för äldre kunde få tillgång till internet. Tillgången varierade mellan olika boenden. Framför allt nya boenden hade fiber eller wifi. Det varierade också huruvida de boende hade tillgång till internet i den egna bostaden eller enbart i gemensamma lokaler.

Fler använder ny teknik – men svårigheter kvarstår

Användning av välfärdsteknik ökar trots allt i kommunerna. Samtidigt har många kommuner svårt att breddinföra tekniken, det vill säga införa den i ordinarie drift. Mycket stannar vid pilotprojekt och långa testperioder.

70 procent av de svarande kommunerna har tagit fram styrande dokument i form av digitaliseringsplaner eller liknande för att kunna bedriva en planerad verksamhetsutveckling med digitalisering. 74 procent har avsatt personalresurser för att driva utvecklingen av e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Kommunerna uttrycker att de behöver stöd från myndigheter och nationella aktörer, exempelvis SKR.

Det som inte visar på en positiv utveckling är säker hantering av identiteter och behörigheter inom socialtjänsten. Endast 15 procent av kommunerna har säkrat samtliga system där personuppgifter behandlas.

11.2.2 Hinder och framgångsfaktorer

Inom ramen för Socialstyrelsens kartläggning genomfördes också en intervjustudie med 13 kommuner för att identifiera hinder och framgångsfaktorer för utvecklingen. Hindren kan sammanfattas i följande punkter.

- bristande ekonomiska resurser
- brist på kompetens på flera nivåer
- rädsla och motstånd mot ny teknik hos personalen
- kommunens organisering och arbetssätt
- hög personalomsättning
- brist på teknisk interoperabilitet, det vill säga förmågan hos olika system att fungera tillsammans
- brist på heltäckande och stabil infrastruktur
- svårt att hitta stöd från nationella aktörer.

Framgångsfaktorer som nämndes var

- tillgång till resurser för utvecklingsarbete
- intresse, dialog och vilja till förändring på alla nivåer
- kunskap om digitalisering
- personal som leder den digitala utvecklingen
- information och utbildning till alla berörda
- samarbete inom kommunen och med andra aktörer
- styrande dokument för införande av digital teknik
- ramupphandlingar och gemensamma upphandlingar.⁸

⁸ Ibid, s. 43.

Utredningen om välfärdsteknik har gjort ett omfattande arbete på området och beskriver hinder och framgångsfaktorer för att använda välfärdsteknik i äldreomsorgen. Beskrivningen sammanfaller med den som Socialstyrelsen gör, men utredningen nämner även osäkerhet om de juridiska förutsättningarna, brist på samverkan mellan huvudmännen samt mellan stat, regioner och kommuner.⁹

Samtliga dessa hinder och framgångsfaktorer har också uppmärksamats i dialogerna som den nationella samordnaren haft. Många anställda är positiva till ny teknik och till att införa nya arbets sätt, men när det kommer till det vardagliga arbetet blir det svårare. Många gånger handlar det om brist på tid, att organisation saknas för att tillsammans införa nya arbetsformer och att kunskapen är otillräcklig.

Förändrade arbets sätt och koordination

En slutsats som vi delar med flera aktörer är att förändrade arbets sätt är nödvändiga för att kommunerna ska klara sina uppdrag inom vården och omsorgen. Det handlar både om arbetsformer, organisering och ledningssystem. Detta påpekar exempelvis E-hälsomyndigheten i en rapport från 2019.¹⁰ Digitaliseringen av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård kan inte ses som fristående från kommunens samlade digitalisering utan förutsätter att det finns en viss basstruktur för digitalisering i kommunen. För att säkerställa ett effektivt arbete krävs dialog och samverkan kring berörda områden inom kommunen.

Digitaliseringsrådet för också fram att de offentliga verksamheterna behöver ha en mer koordinerad och högre kompetensbas. Kompetensbehovet handlar i huvudsak om fyra olika områden:

- förstå vad digitalisering handlar om rent tekniskt,
- ha förmåga att blicka ut och tolka trender i omvärlden,
- kunna driva digitalt förändringsarbete och förstå vilken kompetens som behövs samt
- förstå innebörden av att sätta medborgaren i centrum i en digital förändring.¹¹

⁹ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 495. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

¹⁰ E-hälsomyndigheten (2019). Årsrapport 2019 – trender på e-hälsoområdet, s. 10.

¹¹ Digitaliseringsrådet (2018). En lägesbild av digital kompetens, s. 49.

11.2.3 Fördelar och risker

I dialogerna diskuterades fördelar och risker med införandet av ny teknik. Överlag är inställningen positiv. Farhågor som lyftes handlade om risken för digitalt utanförskap, både hos äldre personer som får insatserna och hos personalen.

Flera myndigheter har haft i uppdrag att analysera fördelar och risker med ny teknik. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att belysa effekten av välfärdstekniska lösningar för personal, brukare och anhöriga samt kostnader för omsorgens organisation. Uppdraget omfattar både äldreomsorgen och verksamheter för personer med funktionsnedsättning.¹²

Fördelar

Slutsatsen är att välfärdsteknik har övervägande positiva effekter för brukare, personal och anhöriga. Användning av ny teknik kan bidra till ökad självständighet, delaktighet och större välbefinnande för den äldre. Den kan innebära avlastning och större trygghet för anhöriga. För personal kan den ge möjlighet till resursfördelning, bättre arbetsmiljö och större motivation. Men myndigheten menar också att det kan finnas negativa effekter, som risk för minskad trygghet. Det finns potential att effektivisera, men det är svårt att veta hur stor den är, och det kan vara svårt att förverkliga den är en slutsats myndigheten drar. Tre områden är särskilt viktiga för att dra nytta av välfärdsteknik:

- förstärkt personcentrering
- kunskapsstöd och kunskapsstyrning, samt
- arbetsmiljöarbete.¹³

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar i sin tillsynsrapport att såväl personal som de äldre i många fall är positiva till att använda välfärdsteknik. Men att införa nya arbetsätt innebär utmaningar. En av dessa gäller kompetensförsörjningen, att verksamheterna kan rekrytera personal med rätt kompetens och erbjuda kom-

¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Innovation efter funktion. Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv.

¹³ Ibid, s. 132.

petensutveckling.¹⁴ IVO har påpekat att digitaliseringen har positiva effekter, men att den även kan ge upphov till nya risker som vården och omsorgen behöver hantera.¹⁵ En iakttagelse från IVO är att avvikelsehanteringen på området är ett utvecklingsområde. Om verksamheterna utvecklar system kommer de att i högre utsträckning kunna lära av – och dra nytta av – sina misstag.

Risker att beakta

I den nationella samordnarens dialoger framkom att hänsyn måste tas till att det finns både medarbetare och äldre personer som inte har intresse av att ta till sig ny teknik eller som upplever att de inte kan. Det kan skapa stress. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påpekar att effekterna för personalen kan skilja sig åt mellan individer, vara föränderliga över tid och beroende av sammanhanget.¹⁶

I en ESO-rapport, som innehåller en genomgång av forskningslitteraturen, dras slutsatsen att kvaliteten kan förbättras på nästan alla områden. Samtidigt betonar författarna att vinsterna inte kommer av sig själva ”utan behöver aktivt stöd i form av styrning, organisering och samarbete” och att riskerna för patienterna kan vara betydande om dessa risker inte hanteras.¹⁷

Samma synpunkter som ovan – om fördelar som kan uppnås och risker som måste hanteras – har också lämnats i dialogerna som den nationella samordnaren haft. Risken för digitalt utanförskap har lyfts fram. Detta gäller personal som har otillräcklig utbildning, men även äldre personer och deras anhöriga.

Trots teknikens möjligheter – stora framtida behov av personal

En studie, gjord av McKinsey Global Institute behandlar hur digitala tekniker som automatisering och artificiell intelligens kan komma att påverka olika sektorer i samhällsekonomin. Prognosen är att digitalisering och automatisering kan leda till betydande produktivitets-

¹⁴ Inspektionen för vård och omsorg (2020). www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelser-i-korthet-valfardsteknik2-2020.pdf.

¹⁵ Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2019?

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Innovation efter funktion Valfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv. Rapport 2020:2.

¹⁷ Blix, M, Levay, C (2018). Operation digitalisering, s. 7 – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården. Rapport 2018:6.

vinster. Enligt samma studie kommer den demografiska utvecklingen – att allt fler människor lever allt längre med fler kroniska sjukdomar – leda till en fortsatt ökning i antalet arbetade timmar i hälso- och sjukvårdssektorn. Av alla sektorer som granskades i studien var hälso- och sjukvården den enda där antalet arbetade timmar inte bedömdes minska för någon av typ av arbetsuppgift.¹⁸ Slutsatsen är att det, trots den tekniska utvecklingen, kommer finnas ett stort behov av personal i sektorn.

I en rapport från Kommunal dras slutsatser att införandet av tekniska lösningar kommer att få stor betydelse för arbetets innehåll, där arbetsgivarna har högt ställda förväntningar på teknikens möjligheter att ersätta arbetsmoment.¹⁹

Kommunutredningen konstaterar att kommunerna kan minska personalbehovet inom hemtjänsten genom att använda digitala tjänster, exempelvis för att skicka och ta emot meddelanden samt använda tillsynskameror nattetid. Besparingarna kan skapas genom att det krävs färre transporter, kortare insatstider och färre fysiska besök. Dock påtalar utredningen att en förhållandevis stor del av de arbetsuppgifter som utförs inom vård, skola och omsorg kräver förmågor som svårigen kan automatisera. Det gäller särskilt stora yrkesgrupper i kärnverksamheterna, till exempel lärare, vård- och omsorgspersonal och socialsekreterare. Men även i dessa arbeten finns det redan i dag moment som kan automatiseras.²⁰

I socialdepartementets rapport Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan diskuteras hur personalens professionalitet och kunskap behöver läggas där den bäst behövs, det vill säga på de insatser som inte kan ersättas med tekniska lösningar.²¹

11.2.4 Systematiskt arbete med välfärdsteknik saknas

Över tid har det påpekats – så också i dialogerna – att en fungerande infrastruktur är avgörande för möjligheten att använda digitala arbetsätt i vården och omsorgen om äldre. Det gäller att se utvecklingen av dessa verksamheter som en del i kommunens digitalisering.

¹⁸ McKinsey Global Institute (2018). Möjligheter för Sverige i digitaliseringens spår.

¹⁹ Kommunal (2019). Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet, s. 55

²⁰ SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget, s. 270. Slutbetänkande av Kommunutredningen.

²¹ Regeringens skrivelse 2017/18:280. Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan, s. 11.

Konkret handlar det om att varje enhet behöver ha tillgång till bredband.

På många håll saknas i dag strukturer för att organisera arbetet på ett nytt sätt, och system som underlättar samarbete mellan omsorgen och hälso- och sjukvården. Exempel som återkommande nämnts är journalsystem, medicinsignering och digitala beslutsstöd. Det har lyfts fram att med rätt stöd skulle digital teknik kunna ge förutsättningar att prioritera arbetet på ett annat sätt, som ger mer utrymme för mänskliga möten. Det är organisatoriska frågor, har det återkommande påpekats. Dessa aspekter behöver finnas med i hela processen, vilket betyder att såväl personal som de äldre och deras anhöriga är delaktiga.

Ledarskapets betydelse vid införande av ny teknik

Särskilt kommunerna har understrukit ledarskapets betydelse och ansvar för att kunna utmana traditionella arbetsätt. Centralt är också, menar man, att samordnat sätta upp mål för vad man vill uppnå med den nya tekniken. Det handlar om bättre arbetsmiljö för personalen och ökad trygghet och självständighet för den äldre. Det betonas att en plan behövs för digitaliseringsarbetet, som bygger på att strukturera arbetet, avsätta resurser och följa upp. I flera av dialogerna lyftes också fram att det behövs stöd vid upphandling och när krav på tekniken ska formuleras.

Arbetsmiljö, utbildning och nya kompetenser

Med ny teknik kan man förbättra arbetsmiljön genom att tunga och repetitiva moment försvinner. Teknik kan spara personal, men den ska främst ses som en möjlighet att möta fler behov med oförändrad personalstyrka. En synpunkt som återkommande framförts är att välfärdsteknik inte handlar om införskaffande av produkter i första hand, utan om att med hjälp av digitala lösningar utveckla verksamheten för att öka den enskildes självständighet och trygghet samt underlätta för personalen. Det är således inte i första hand en IT-fråga, utan en verksamhetsfråga.

Den nationella samordnaren har vid återkommande tillfällen noterat vikten av att kunna avsätta tid till utbildningsinsatser. I dialo-

gerna fanns en samsyn om att ny teknik fordrar kunskap i hela organisationen. Det krävs ett kontinuerligt lärande på alla nivåer. Den tekniska utvecklingen för med sig nya uppgifter för utbildningsanordnarna. Nya kompetenser kan komma att behövas i vården och omsorgen, vilket kan göra arbeten i dessa verksamheter mer attraktiva och höja statusen.

11.2.5 Nationella initiativ för att stimulera utvecklingen

Ett antal nationella initiativ har tagits för att stödja och stimulera utvecklingen och användningen av välfärdsteknik. Nedan följer en kort sammanfattning av de satsningar som påverkar målbilden mot en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre, med fokus på området välfärdsteknik.

Rekommendation om strategi för ny teknik

För att stärka kvaliteten inom omsorgen nattetid på särskilda boenden för äldre (SÄBO) tog SKR redan 2017 fram en rekommendation – Strategi för ny teknik. Detta gjordes i dialog med kommuner, Föreningen Sveriges socialchefer, FAMNA och Vårdföretagarna. Rekommendationen löd: Kommunen bör ta fram en teknikstrategi som omfattar såväl infrastruktur, informationssäkerhet samt tillämpning av lagstiftning.²²

Överenskommelse mellan staten och SKR

2018 avsatte regeringen medel till en överenskommelse med SKR för att höja den digitala kompetensen hos ledning i kommuner och regioner. Syftet med den gemensamma satsningen var att kommuner och regioner ska bli bättre på att utnyttja digitaliseringens möjligheter och hantera dess utmaningar.

I januari 2020 ingick regeringen en ny överenskommelse med SKR: Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. Den innebär att kommunerna får

²² Sveriges kommuner och Regioner (2018). Sätt ljus på natten. Rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre.

168,7 miljoner kronor i stimulansmedel för att stärka den digitala utvecklingen. Vidare utgår ett bidrag om 15 miljoner kronor till tio modellkommuner samt 16,3 miljoner kronor till SKR för att utveckla ett stöd till kommunerna för digitalisering.²³ Arbetet inom ramen för överenskommelsen pågår nu. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa upp arbetet med överenskommelsen.

Life science

Syftet med denna nationella strategi är att långsiktigt stärka Sverige som life science-nation. Regeringens life science-strategi vänder sig till de aktörer som har mandat och möjlighet att förändra förutsättningarna för svensk life science. Sektorns aktörer är framför allt universitet och högskolor, myndigheter, hälso- och sjukvårdens och omsorgens huvudmän, företag verksamma inom life science-området samt offentliga och privata finansiärer av forskning och innovation. Strategin innehåller åtta prioriterade områden, varav det femte fokuserar på välfärdsteknik för ökad självständighet, delaktighet och hälsa.²⁴

11.2.6 Nordiskt samarbete om välfärdsteknik

Sverige jämförs gärna med övriga nordiska länder. Genom Nordens välfärdscenter²⁵ bedrivs sedan flera år nordiskt samarbete inom området välfärdsteknik. Vård och omsorg på distans är ett projekt där man kartlägger hela Norden för att hitta väletablerade digitala lösningar som fungerar. Fokus är på lösningar som redan har implementerats och som används inom kommuner och regioner i de nordiska länderna.²⁶ En verktygslåda – connect – har tagits fram för att underlätta implementeringen av projekt inom välfärdsteknik i de nordiska länderna.²⁷ En tankesmedja för välfärdsteknik har etable-

²³ Regeringen. Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus. www.regeringen.se/4b04f8/contentassets/413da0bc1b478e83c342e2fc94a29b/overenskom-melse-aldreomsorg.pdf – hämtad 2021-04-27.

²⁴ Regeringen (2019). En nationell strategi för life science.

²⁵ Nordens välfärdscenter är en institution under Nordiska ministerrådet, med uppdrag att bidra till utvecklingen av insatser på välfärdsområdet i Norden.

²⁶ <https://nordicwelfare.org/projekt/vard-och-omsorg-pa-distans/>.

²⁷ <https://nordicwelfare.org/publikationer/valfardsteknologi-verktygslada/>.

rats. Varje år diskuteras ett välfärdstekniskt problem. Diskussionen resulterar i en publikation med rekommendationer.²⁸ Samordnarens slutsats är att mycket finns att vinna på ett fortsatt nordiskt utbyte inom detta område.

11.3 Utredningens bedömningar och rekommendationer

För att kunna ta till vara den fulla potentialen med ny teknik i vården och omsorgen krävs att kommunerna arbetar systematiskt med aktiviteter som driver fram ett förändringsarbete i verksamheterna, oavsett utförare. Alla kommuner bör ha en politiskt förankrad plan för införande och användning av ny teknik. Med hjälp av den nya tekniken kan arbetsmiljön bli bättre och fler lockas att arbeta i verksamheterna.²⁹ Det krävs strategisk och långsiktig planering som innefattar personalens, de äldres och anhörigas delaktighet. Detta för att det inte ska stanna vid kortsiktiga satsningar. Kontinuerlig utbildning för medarbetarna behövs, liksom tillgång till stödresurser. Det fordras även nationellt stöd i olika former för att stimulera utvecklingen.

Nedan presenterar utredningen sina bedömningar och rekommendationer på området samt lämnar förslag på indikatorer för att kunna följa utvecklingen. Rekommendationer riktade till arbetsgivare gäller oavsett utförare.

11.3.1 Planera strategiskt för arbetet med ny teknik

Utredningens bedömning: Utvecklingen när det gäller digitalisering och användning av ny teknik är långsam och ojämn i kommunerna. På många håll brister kompetensen och stöd behövs.

Utredningens rekommendationer: Alla kommuner bör ha en politiskt förankrad plan för digitalisering och införande och användning av ny teknik i vården och omsorgen om äldre.

²⁸ <https://nordicwelfare.org/projekt/nordisk-tankesmedja-om-valfardsteknologi/>.

²⁹ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 452. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

En sådan plan bör föregås av en inventering av befintlig teknik, behovet av ny teknik samt av utbildningsinsatser hos användare och personal.

Ett stöd i arbetet kan vara den kunskap som tas fram inom ramen för regeringens och SKR:s överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.

En politiskt förankrad plan för införande och användning av ny teknik

En strategisk inriktning på arbetet med välfärdsteknik är nödvändig. Annars är risken stor att satsningarna blir enskilda projekt utan samordning, prioritering och varaktighet. Under arbetet med denna utredning har det upprepat: välfärdsteknik måste ingå som en självklar del i kommunernas digitalisering. En fungerande infrastruktur är avgörande för möjligheten att använda digitala arbetssätt i vården och omsorgen om äldre.

Såväl Utredningen om välfärdsteknik som Socialstyrelsen konstaterar att många kommuner har haft svårt att ta steget från projekt till breddinförande när det gäller att använda ny teknik.^{30 31} Båda pekar på ett antal hinder och framgångsfaktorer som vi tidigare redogjort för, och som även stämmer väl överens med vad som framkommit i de dialoger som den nationella samordnaren har genomfört.

Det behövs en strategisk planering för att integrera arbetet med välfärdsteknik i hela kommunens organisation. Utredningen om välfärdsteknik skriver att införande av ny teknik innebär en så genomgripande förändring – både i mötet med invånarna och i de interna processerna – att det är ytterst viktigt att politiker på alla nivåer är involverade i arbetet.³² Vi delar den bedömningen, liksom nämnda utrednings syn på vad en strategi för användning av välfärdstekniken bör innehålla och vilka som har ett särskilt ansvar att driva arbetet.

Strategin kan ta upp frågor som övergripande syfte och mål med digitalisering, organisation, ansvar och roller och tilldelning av resurser. Den kan även omfatta frågor om gränsdragningar när det

³⁰ Ibid. s. 519.

³¹ Socialstyrelsen (2020). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, s. 68–69. Uppföljning av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

³² SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 452. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

gäller vad som är kommunens åtagande och invånarens, liksom grunder för prioritering. Grundläggande är att arbetet utgår från en behovsanalys. När ny teknik ska införas och tillämpas måste reella behov vara styrande. Det fordrar en grundlig inventering av behoven och vilka tekniska förutsättningar man har. Risken för digitalt utanförskap och hur detta ska hanteras bör också lyftas fram.

Alla nivåer av ledningen inom organisationen – både politiker och tjänstemän – behöver vara insatta, motiverade och aktiva i arbetet. Det sägs ibland att ny teknik innebär att lära sig tänka på ett nytt sätt. I dialogerna betonade särskilt kommunerna att ledarskapet har en avgörande roll för att kunna förändra gamla arbetssätt. En samsyn måste också finnas mellan olika professioner.

Det är viktigt att följa upp hur införandet av ny teknik uppfattas av de äldre och medarbetarna. Vi vill framhålla att välfärdsteknik inom äldreomsorgen varit ett av IVO:s prioriterade områden för tillsyn under 2018–2020.

Utgå från behoven i planeringen

I allt strategiskt arbete med välfärdsteknik är det grundläggande att se till syftet med förändringen. Det handlar inte om att införskaffa nya produkter, utan om tjänster som är viktiga för vården och omsorgen och som ökar den äldre personens självständighet och trygghet. När ny teknik införs och när arbetsorganisationen förändras måste man ta avstamp i den verklighet som har varit, i hur verkligheten ser ut just nu och hur vi vill att verksamheten ska utvecklas. ”Det är bra med en backspegel – men den får inte ta upp hela framrutan”.

Det finns ett uttryck inom lean production, som även går att tillämpa när det gäller planer på att införa nya tekniska lösningar: ge den förberedande diskussionen god tid. Då går genomförandet desto smidigare. Nya tekniska och organisatoriska lösningar bidrar – om de är genomtänkta – till bättre kvalitet, högre produktivitet och bättre arbetstillfredsställelse.

Utifrån vad deltagarna i dialogerna framfört och vad tidigare utredningar beskrivit, så bedömer vi att det är ett antal steg man behöver ta när ny teknik ska införas och fortsätta att användas i vården och omsorgen om äldre.

- Ta reda vilka behov äldre personer, deras anhöriga och personalen har som med fördel skulle kunna avhjälpas med tekniska lösningar.
- Analysera konsekvenserna för olika grupper av att ny teknik införs. Sådana lösningar får inte motverka målet med verksamheten – en god livskvalitet för den äldre personen.
- Fastställ vem som har ansvar för vad i processen med att införa ny teknik och som en följd introducera nya arbetsätt.
- Fastställ vilka resurser som ska avsättas. Det gäller inte enbart inköp av tekniken utan även exempelvis utbildning av personal och kontinuerlig support.
- Samverka med andra sektorer i kommunen, exempelvis skolan, samt med regionen för att säkra att införandet av ny teknik i vården och omsorgen blir en del av kommunens hela digitaliseringsarbete samt att satsningen är långsiktig. Samverkan är nödvändig för att involvera olika professioner.
- Se till att alla berörda – äldre personer, anhöriga och anställda – är delaktiga i processen.
- Lägg fast en tidplan och säkra att den är känd av alla som berörs.
- Garantera alla berörda fortlöpande utbildning i att använda den nya tekniken. Logistiken måste fungera så att det är möjligt att kombinera utbildningen med arbetet.
- Garantera att tillgång till teknisk support ska finnas dygnet runt.
- Utvärdera nyttan med den nya tekniken – för de äldre personerna, de anhöriga och personalen. Testa först, utvärdera, sedan eventuellt breddinförande.
- Se över vad som behöver förändras och fortsatt arbetet tillsammans med alla berörda.³³

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

Den överenskommelse som regeringen och SKR träffat – Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet, effektivitet med den äldre i fokus – ger goda förutsättningar för kommunerna att bedriva

³³ www.suntarbetsliv.se/digi-ronden

ett systematiskt arbete på området, bland annat med stöd av det kompetenscenter som har inrättats. En väl förankrad plan är en bärande del i kommunens arbete.

11.3.2 Utbildning och stödresurser

Utredningens bedömning: Kunskapen om välfärdsteknik är ojämn hos personalen inom vården och omsorgen om äldre. Det är arbetsgivarnas ansvar att personalen får kunskap om nya arbetssätt som inkluderar användning av välfärdsteknik.

Utredningens rekommendationer: Arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör erbjuda all personal möjlighet till fortbildning om digitalisering och välfärdsteknik.

Arbetsgivarna bör i samband med införande av ny teknik samtidigt ta fram utbildningsplaner och IT-stöd för personalen.

Utbildning och utvecklingsplaner för personalen

Framtidens äldreomsorg ska kännetecknas av kollegialt lärande, kontinuerlig kompetensutveckling och att medarbetarna är med och driver utvecklingen. Lärandet är betydelsefullt, både för nya medarbetare och för dem som varit anställda länge. Det digitala inslaget blir större i allt fler yrken och arbetsuppgifter. Livslångt lärande blir allt viktigare.³⁴ För att möta rekryteringsbehoven behöver huvudmännen gemensamt och strategiskt arbeta med kompetensplanering, med att utveckla attraktiva arbetsplatser och satsa på kompetensutveckling av personalen.³⁵

Det finns en stor överensstämmelse hos alla de aktörer utredningen har haft kontakt med om att digitaliseringen ställer krav på kompetensutveckling i organisationens alla led. Medarbetare på alla nivåer behöver få möjlighet att fortbilda sig på arbetstid. Anhöriga är också en viktig målgrupp för utbildningsinsatser.

³⁴ Jämför bland annat Digitaliseringsrådet (2018). En lägesbild av digital kompetens, s. 7.

³⁵ I Socialstyrelsens förstudie, där detta uttalades, föreslogs en flerårig åtgärdsplan som bland annat innefattar stöd till kompetensutveckling och utveckling av kunskapsbaserade stöd. I mars 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen. Se regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen, 2019-03-28.

Vi har tidigare berört de risker för ett utanförskap som i olika sammanhang har påtalats. Det talar för att kontinuerliga utbildnings-satsningar behövs. Stöd finns redan i dag genom exempelvis Forte, som tillsammans med fem myndigheter har tagit fram ett kunskapsstöd, riktat till beslutsfattare och verksamhetsutvecklare inom kommunala verksamheter som har mycket kontakt med äldre personer. Materialet kan även användas av personer som arbetar inom socialtjänst, kulturverksamhet, IT-service eller annan verksamhet och som har möjlighet att initiera insatser som berör äldre personer.³⁶

Vi bedömer att utbildningsplaner för personalen behöver tas fram och tidsättas i samband med införande av ny teknik.

11.3.3 Möjlighet till fortbildning om ny teknik

I utredningens digitala dialogseminarier pekade deltagarna på att brist på kunskap kan leda till en rädsla och skepsis inför ny teknik. Introduktion av digital teknik leder ofta till nya arbetssätt, och det ställer krav på kompetensutveckling, delaktighet i beslutsprocessen och förebyggande arbetsmiljöarbete. I dialogerna har också chefernas behov av kunskap särskilt lyfts fram, för att de ska kunna fatta informerade beslut vad gäller ny teknik. Även anhörigas kunskaper behöver beaktas. Flera undersökningar som rör välfärdsteknik visar att det behövs ökad kompetens om själva tekniken, vilket stödjer samordnarens förslag om kontinuerlig kompetensutveckling.³⁷

Vår bedömning är att arbetsgivarna inom vården och omsorgen om äldre bör erbjuda all personal möjlighet till fortbildning om välfärdsteknik på arbetstid. Parterna har tagit fram stödmaterial som kan användas.³⁸

Tillgång till IT-stöd i förändringsarbetet

Ett förändringsarbete fordrar tillgång till stödresurser. I en plan för införande av ny teknik i vården och omsorgen om äldre bör därför ingå hur denna verksamhet ska få del av kommunens samlade IT-

³⁶ Folkhälsomyndigheten (2018). Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer – Ett kunskapsstöd.

³⁷ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 451. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

³⁸ www.suntarbetsliv.se/digironden/ och www.prevent.se/infor-ratt-it/ – hämtade 2021-04-14.

stöd. Eftersom vården och omsorgen om äldre är en verksamhet som pågår dygnet runt under alla årets dagar så måste teknisk support alltid finnas tillgänglig. I dialogerna har det påpekats att det är viktigt att ta tillvara kunskap och intresse för teknik hos den befintliga personalen. Dessa medarbetare kan vara ett stöd för kollegor som känner sig osäkra inför ny teknik. Vi delar den bedömningen.

11.3.4 Långsiktigt nationellt stöd behövs

Utredningens bedömning: Kommunernas förutsättningar skiljer sig mycket åt när det gäller att införa och hålla sig uppdaterade om ny teknik.

Utredningens rekommendationer: Regeringen bör säkra ett långsiktigt stöd i kommunernas arbete med att införa och använda ny teknik.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att fortsätta följa utvecklingen på området.

Nationellt stöd till kommunernas arbete med ny teknik

Vi kan konstatera att införandet av ny teknik i vården och omsorgen om äldre är ojämnt i landet. Både i Utredningen om välfärdsteknik³⁹ och i dialogerna påpekades att förutsättningarna skiljer sig mycket åt för små och stora kommuner. I dialogerna lyftes särskilt fram att kommuner behöver stöd i samband med upphandling och i att formulera kraven inför denna.

En samlad erfarenhet pekar på att ett långsiktigt nationellt stöd är nödvändigt för att den nya tekniken ska kunna utnyttjas fullt ut. E-hälsomyndigheten redovisar samma slutsats i en rapport från 2019.⁴⁰ Vi instämmer i den slutsatsen.

E-hälsomyndigheten listade tolv fokusområden för sitt arbete med det pågående regeringsuppdraget om nationellt stöd till kommuner vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa):

³⁹ SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst, s. 495. Betänkande av Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen.

⁴⁰ E-hälsomyndigheten (2019). Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa), s. 5 f och s. 20 f.

1. Nationell samordning och styrning.
2. Information och kommunikation.
3. Ansvar, termer och begrepp.
4. Teknisk infrastruktur.
5. Strukturella förutsättningar.
6. Ekonomi.
7. Organisation och arbetssätt.
8. Upphandling.
9. Informationssäkerhet.
10. Juridik.
11. Kunskap om teknik (medarbetaren).
12. Den enskildes roll (invånaren).

Genom överenskommelsen mellan staten och SKR – Överenskommelse om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus – har ett viktigt steg tagits. Möjlighet ges att gemensamt formulera en vision och långsiktigt styra i den önskvärda riktningen som formulerats i överenskommelsen.

Vid samtliga dialoger som den nationella samordnaren genomfört har SKR medverkat och informerat om överenskommelsen.⁴¹ Satsningen vilar på tre ben:

- stimulansbidrag till kommuner
- kompetenscenter vid SKR
- tio modellkommuner, spridda över landet och av olika storlek.

I den ovan nämnda satsningen – liksom i den nationella samordnarens dialoger – är det fyra digitala lösningar som särskilt nämnts:

- natttillsyn
- positioneringslarm

⁴¹ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/overenskommelsealdreomsorg.31534.html> – hämtad 2021-04-01.

- läkemedelsautomat
- digitala lås.

Vi bedömer att det sätt som satsningen utformats på överensstämmer väl med de behov som påtalats i dialogerna. Det handlar om finansiellt stöd, att kunskap samlas in, skapas och sprids samt att exempel visas så att kommuner kan lära av varandra. Att fortsätta stimulera digitaliseringen i kommunerna hänger nära samman med möjligheten att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Därför behövs ett långsiktigt nationellt stöd så att satsningarna i kommunerna inte stannar vid pilotprojekt, utan leder till att arbetssätten i verksamheterna fortlöpande utvecklas och livskvaliteten för äldre personer förbättras. Socialstyrelsen behöver fortsätta följa utvecklingen på området.

11.3.5 Indikatorer för uppföljning

Kommunerna bör säkerställa ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och kontinuerligt följa upp sitt arbete med hjälp av de verktyg som finns.

Utredningens bedömning: Kommunerna bör följa kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre med hjälp av indikatorer.

Utredningens rekommendation: Inom detta kapitelns temaområde – ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst – rekommenderas att följa två indikatorer som beskriver införande och användning av välfärdsteknik.

- Kommunen har styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten.
- Kommunen erbjuder internetuppkoppling i särskilda boenden för äldre och i boenden för personer med funktionsnedsättningar.

Vi har beskrivit hur möjligheterna att åstadkomma en hållbar kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre kan stärkas genom att ta till vara den nya teknikens möjligheter. Samtidigt ser vi att utvecklingen är ojämn i landet. I kapitel 7 redogör vi för betydelsen av systematisk uppföljning i allt utvecklingsarbete och att indikatorer kan användas i detta.

Utredningen rekommenderar här två befintliga indikatorer. Den ena indikatorn beskriver kommunens ambitioner när det gäller införande av ny teknik. Indikatorn anger förekomsten av styrande dokument eller motsvarande.

Den andra indikatorn anger i vilken omfattning den nya tekniken konkret har tagits i bruk. Här anges om kommunen erbjuder internetuppkoppling i särskilda boenden för äldre och i boenden för personer med funktionsnedsättning.

Skälet till att föreslå den första indikatorn är att ett strategiskt och långsiktigt arbete, där välfärdsteknik utgör en del i kommunens hela digitalisering, är grundläggande för utvecklingen på området. Styrdokument eller motsvarande visar kommunens ambitionsnivå.

Anledningen till att vi föreslår den andra indikatorn är att internetuppkoppling är en grundförutsättning för vidare utveckling av välfärdstekniken och det är en indikator som kommunen kan påverka.

För ytterligare information om hur indikatorerna används, se bilaga 2.

12 Lärande exempel från kommuner

I utredningens uppdrag har ingått att förmedla lärande exempel på arbetssätt som gynnar kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre. Från hela landet finns exempel på hur kommuner långsiktigt och systematiskt arbetar för att fler ska vilja välja vård- och omsorgsarbete, och att fler ska vilja stanna i verksamheterna. Kommunerna har, genom kontaktpersonerna i de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS)¹, uppmanats att sända in exempel. Sådana har också förmedlats i den nationella samordnarens dialoger. Några av arbetssätten, dock inte alla, är utvärderade i forskning. I detta kapitel presenteras exempel utifrån utredningens fyra temaområden. Vi har inte värderat dem, utan de är exempel på hur man kan arbeta systematiskt.

12.1 Förnya, behålla och utveckla kompetens

Vi har valt detta exempel för att visa hur man systematiskt kan arbeta med kompetensförsörjningen genom att fastställa kompetenskrav och titulatur samt inventera medarbetarnas kompetens och utbildningsbehov. Med ett sådant systematiskt arbete är det också möjligt att skapa karriärstegar i verksamheten.

Exemplet är hämtat från Fyrbodals kommunalförbund, en sammanslutning av 14 kommuner i Dalsland, norra Bohuslän samt Uddevalla, Vänersborg och Trollhättan. Inom Fyrbodals bor cirka 270 000 invånare.

Kommunalförbundet med FoU Socialtjänst Fyrbodals har bland annat i uppdrag att driva gemensamma utvecklingsprojekt för med-

¹ <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjans t/regionalsamverkanochstodstrukturrss.13267.html>

lemskommunerna. Kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre är ett sådant utvecklingsområde.

12.1.1 Fyrbodals strategier och strukturer för kompetensutveckling

Inom Fyrbodal har man tagit fram strategier och lagt fast strukturer för kompetensutvecklingen. Följande ledord har varit centrala i arbetet: resurseffektivitet, kvalitet, högre status, karriärvägar.

Genom att tydliggöra den kompetens som krävs för ett visst arbete ges möjlighet att rekrytera rätt personal som kan utföra sina arbetsuppgifter på ett sådant sätt att kvaliteten säkras för individen. Strategierna och strukturerna för kompetensutveckling består av tre delar.

- Strategi för kompetens och titulatur.
- Kompetensutvecklingsplan.
- Vardagslärande.

Kompetensnivåer och titulatur

Att fastställa kompetensnivåer och titulatur är en viktig del i strukturen för arbetet med kompetensutveckling. I Fyrbodals strategi anges att det behövs två nivåer för baspersonalen inom vården och omsorgen – detta med tanke på den alltmer komplexa omvårdnaden som utförs och på möjligheten för den anställde att göra karriär. De två nivåerna är undersköterska samt undersköterska med specialistinriktning. Det innebär en gymnasienivå, och en YH-nivå (yrkes-högskola). En undersköterska har gymnasieutbildning från vård- och omsorgsprogrammet med relevanta fördjupningskurser. En undersköterska med specialistinriktning, har en relevant YH-utbildning, är pedagog och ger metodstöd i verksamheten. Kompetensområdena kan vara hälso- och sjukvård, välfärdsteknik, nutrition, demens, olika register och palliativ vård.

Två nivåer skapar en tydlig karriärväg för baspersonalen, som inte läser på högskola/universitet. Kraven i de olika kompetensnivåerna avser grundkompetens, det vill säga den lägsta nivå som krävs.

Utöver detta behövs fördjupad kompetens kopplad till vård- och omsorgstagarnas eller verksamhetens specifika behov.

- Baskunskaperna för undersköterska behövs för den bredd och det djup som numera ingår i arbetet inom vård och omsorg, med allt från social omsorg till medicinsk omvårdnad.
- Baskunskaperna är nödvändig kompetens för att kunna bistå med det som den enskilde inte själv klarar och ska främja arbetet med individuella genomförandeplaner och insatser.
- Undersköterskor med specialistkompetens ska möjliggöra ett fördjupat stöd till arbetsgrupperna genom att vara både pedagoger och metodstödjare.
- Ordet specialist ska tydliggöra att det handlar om att ha ansvar för att utveckla metoder och lära ut detta till arbetsgruppen och att genom regelbunden reflektion medverka till en god och ändamålsenlig omsorg.

En indelning i två nivåer med olika kompetenskrav gör det möjligt att höja kompetensen i verksamheten. Förhoppningen är också att det ska underlätta rekrytering samt höja statusen för verksamhetsområdet. Personal med rätt kompetens innebär också att validering inte blir en stor arbetsuppgift. Genom samarbete med utbildningsanordnare kan man säkerställa att de utbildningar som ges kan tillföra verksamheterna nödvändig kompetens. Kompetensstegen beskrivs också som en aspekt av ett tydligt ledarskap, som förbättrar förutsättningarna för att utföra vård- och omsorgsuppdraget.

Personal utan formell kompetens

Målet är att alltid ha rätt utbildad personal. Kompetenskravet är en norm att utgå ifrån för både tillsvidareanställda och timavlönade, men det går att göra tillfälliga avsteg. Vårdbiträde är benämningen på den personal som inte uppnår kompetenskraven för de nivåer som beskrivs ovan.

Verksamhets- och enhetsspecifik kompetens

Strategin beskriver den formella grundkompetensen som behövs för att bli anställd som undersköterska eller undersköterska med specialinriktning. I verksamheten (hemtjänst, SÄBO etcetera) behövs även verksamhetsspecifik kompetens. Det kan vara: om register, handledning, välfärdsteknik eller hälso- och sjukvård. Därutöver kan enheter/avdelningar ha ännu mer specialiserade kompetensbehov baserat på de äldre personernas specifika behov. Det kan gälla demens, rehab, palliativ vård eller specialiserad hälso- och sjukvård.

Kompetensutvecklingsplanens tre steg

I Fyrbodal består kompetensutvecklingsplanen av tre steg.

1. Fastställa kompetenskrav.
2. Kartlägga varje medarbetares formella kompetens.
3. Tydliggöra behov av kompetensutveckling hos befintlig personal samt behov av nyrekrytering.

Det första steget är att fastställa vilken kompetens som krävs inom varje enhet och verksamhet. Grundläggande för kompetenskraven är individens behov samt den lagstiftning som reglerar verksamheten. Därefter görs en kartläggning av varje medarbetares kompetens. Skillnaden mellan kompetenskrav och medarbetarens formella kompetens tydliggör behovet av kompetensutveckling, men även eventuella behov av att rekrytera ny personal.

Vardagslärande

Vardagslärandet handlar om att systematiskt verka för att kunskap och kompetens omsätts i praxis, att personalens kunskap blir organisationens kunskap och kommer den äldre personen till del. Att formell kompetens blir reell kompetens.

Förankringsprocess

Förankringsprocessen sker i flera led. Dels handlar det om att utveckla och förankra idén med en gemensam strategi hos socialcheferna som ett Fyrbodalsgemensamt förhållningssätt, dels handlar det om förankring i form av genomförande/implementering av strategin i varje enskild kommun. I arbetet med frågor som rör kvalitetsutveckling i verksamheten relaterat till såväl verksamhetsutveckling, kompetensutveckling av befintlig personal och nyrekrytering är det av stort värde att ha en god samverkan med olika utbildningsaktörer. Här nämns Vård- och omsorgscollegie, nationella kompetensråd, programråd, branschråd, YH-utbildningsanordnare, universitet och högskolor, Arbetsförmedlingen med flera.

Genomförande

I Fyrbodals kommun har man angett de olika steg som behöver tas i utvecklingsarbetet, när kompetenskraven är fastställda.

- Informations-, samverkans- och implementeringsmöten med fackliga representanter, brukarorganisationer, personalchefer och medarbetare.
- Den befintliga personalens kompetens inventeras.
- Beslut fattas om validering och/eller fortbildning av den personal som inte når upp till kompetenskraven.
- När det gäller nyrekrytering är det kompetenskraven som gäller
 - bortsett från sommarvikarier, akuta situationer och kortare vikariat och för personer som är i utbildning etcetera.
- Arbetsbeskrivningar formuleras för personal inom de tre nivåerna. I arbetsbeskrivningarna framgår vilka skillnader det är på respektive arbetsposition, men också hur de länkas samman i arbetet med att stödja personer inom verksamhetsområdet vård och omsorg.²

² Se vidare strategi-for-kompetens-och-titulatur-inom-varld-och-omsorg-dec-2018.pdf (fyrbodals.se).

12.2 Stärk ledarskapet

Vi har valt Den visa organisationen i stadsdelen Norra Hisingen i Göteborg som exempel på hur man kan utveckla ledarskapet, men också för att visa hur andra delar i verksamheten påverkas av ett så omfattande arbete.

12.2.1 Den visa organisationen, Norra Hisingen i Göteborgs stad

Bakgrunden till projektet var de konkreta behov och dagliga utmaningar som verksamheten stod inför. Utvecklingsarbetet drevs av verksamheten själv och hade ett nerifrån-och-upp-perspektiv. Projektet har arbetat utifrån en förändringsteori, och har finansierats av Europeiska socialfonden och dåvarande stadsdelsförvaltningen. Målet har varit att få verksamheten kompetensförsörjd, skapa en bättre arbetsmiljö samt en god hälsa. Projektet har haft delmål och indikatorer för att man ska kunna följa utvecklingen.

Målgruppen har varit cirka 800 medarbetare och chefer inom äldreomsorgen. I första hand har projektet vänt sig till undersköterskor, vårdbiträden och chefer, men även sjuksköterskor, metodutvecklare, biståndsbedömare, omsorgshandledare samt administratörer och stabs- och stödfunktioner har deltagit. Projektet pågick från 1 mars 2016 till 28 februari 2019. Styrgruppen har bestått av bland andra stadsdelsdirektör, HR-chef, sektorschef för äldreomsorgen, områdeschef för särskilt boende, enhetschefer för särskilt boende, undersköterska, representant från pensionärsrådet Norra Hisingen. Forskare har följt och utvärderat projektet och en mentor från Göteborgs universitet har stöttat projektgruppen i arbetet. I projektets slutrapport beskrivs de teoretiska utgångspunkter som bildar en bas i arbetet.³

Att leda i en komplex organisation

Utgångspunkter för utvecklingsarbetet är det komplexa sammanhang som vården och omsorgen om äldre befinner sig i, kraven på ledarens förmåga att stärka och utveckla teamet samt för teamets

³ Norra Hisingen Slutrapport Den visa organisationen Bilaga 1 Teoretiska utgångspunkter. <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/2ebb456c-e0bc-4539-94a5-d610cea69461/Bilaga+1+Teoretiska+utg%C3%A5ngspunkter.pdf?MOD=AJPERES>.

deltagare att nå sin fulla potential – och samtidigt ha verksamhetens mål i fokus.

Det komplexa arbetet ställer krav på organisationens medlemmar att lära av varandra och att skapa en kultur som stimulerar lärande. Interna processer för lärande behöver spridas och implementeras. Det coachande förhållningssättet har varit en viktig utgångspunkt för arbetet i Den visa organisationen. Det innebär att se människor som utvecklingsbara individer som har resurser och kan hitta sina egna svar.

Tydligare yrkesroller

Yrkesroller har gjorts tydliga för att klargöra organisationens struktur, synliggöra kompetens och skapa fler karriärvägar. Projektet har utvecklat undersköterskans yrkesroll genom att införa ombudsroller inom tematiska ämnesområden (närmare 14 områden), kost, hygien, demens, handledning med flera. Ombuden driver självständigt viktiga frågor och sprider kunskap inom sina områden.

Makt har flyttats ut i organisationen

Ledningsgrupper har tillsatts på äldreboenden där undersköterskorna är med och fattar beslut i frågor som rör verksamheten. På så vis har makt flyttats ut i organisationen. Medarbetarna har fått utbildning i bland annat mötesteknik, samtalsteknik och reflektions-teknik. Syftet med kompetensutvecklingen har varit att göra medarbetarna bättre rustade att fatta beslut i de verksamhetsnära frågorna. Genom program för ledarutveckling har cheferna fått verktyg för ett medskapande ledarskap, det vill säga att kunna leda och lita till processer där medarbetare görs delaktiga.

Kontinuerligt lärande

Den lärande processen beskrivs på olika nivåer, för att förtydliga.

Individuellt lärande

Att vilja lära och ha engagemang för uppdraget.

Att se bortom sina egna perspektiv.

Att hantera omgivningen.

Teamets lärande

Teamets förmåga att samarbeta och samverka samt lära av varandra.

Fokus på uppdraget.

Utveckla relationer.

Organisationens lärande

Helhetsperspektiv, makt att förändra, hantera målkonflikter.

Ge rätt förutsättningar och ta ansvar för åtgärder.

En slutsats är att ledarskapet kräver en tydlig ram där medarbetarna är trygga och delaktiga. Detta är långt ifrån ett ledarskap där medarbetarna ”gör lite som de vill”. Inställningen är att varje dag innebär möjligheten att lära nytt, vilket bidrar till kontinuerlig kompetensutveckling och stärker personalens möjlighet att agera självständigt när uppdraget och sammanhanget de ingår i växer.

Följeforskningens slutsatser

Följeforskningen konstaterar i sin slutrapport att en reell maktförskjutning kommit till stånd genom de utvidgade verksamhetsnära ledningsgrupperna, delegerade och utvecklade ansvarsområden samt samordnarfunktioner. Ledarutbildningen och arbetsformerna hade en

central betydelse för att utveckla en chefsroll som skapade delaktighet, lärande och distribuerad ledning på verksamhetsnära nivåer.⁴

Läs vidare: <https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/den-visa-organisationen-eu-projekt-om-hallbar-aldreomsorg>.

12.3 Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö

I den nationella samordnarens dialoger om arbetsmiljön inom vården och omsorgen om äldre är det två diskussioner som ofta återkommit – om arbetsschemat som arbetsmiljöfråga och om vikten av att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Vi har valt att belysa dessa båda frågor i exempel från några kommuner. I Varberg har man lagt fast en strategi för arbetsmiljöarbetet. I Karlstad och Kalmar arbetar man för att ta bort scheman med delade turer.

12.3.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete i Varberg

Varbergs kommun i Hallands län har ungefär 65 000 invånare. Under flera år har man bedrivit ett systematiskt arbetsmiljöarbete i kommunen. När parterna på nationell nivå år 2016 tog fram en avsiktsförklaring⁵ för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner beslutade politikerna i Varberg att kommunen skulle anta en egen lokal avsiktsförklaring. Sådana tankar hade funnits tidigare, men det nationella initiativet blev en inspiration att påbörja ett systematiskt arbete.

Personalkontoret identifierade aktiviteter under varje punkt i avsiktsförklaringen och en långsiktig handlingsplan med mål att uppnå togs fram. Omvärldsbevakningen om hälsa och arbetsmiljö förstärktes i syfte att hitta metoder och verktyg för det konkreta arbetet. Arbetsgrupper startades och fick olika uppdrag, bland annat

⁴ Dellve, L, Gillberg, G (2019). Mot en visare organisering av äldreomsorgen, Rapport från ett följeforskningsprojekt. Göteborgs universitet.

⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Avsiktsförklaring – åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner, <https://skr.se/download/18.423b16a615bc92dffa3102e/1493902236154/Avsiktsförklaring+om+åtgärder+för+friskare+arbetsplatser+i+kommuner+och+landsting+19+augusti+2016.pdf> – hämtad 2021-04-01.

om tillbud, arbetsskador och hälsoekonomi. Viktigt var att redan från början säkerställa samverkan med de fackliga organisationerna.

En betydelsefull del i kommunens arbete har varit att utbilda alla nämndpolitiker om deras lagstadgade arbetsgivaransvar och om organisatorisk och social arbetsmiljö. Kommunen tog fram en ny moderniserad arbetsmiljöutbildning med hjälp av Sunt arbetsliv.⁶ Även chefer och skyddsombud har fått ökad arbetsmiljöutbildning och alla nya chefer får utbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete.

Det förebyggande och rehabiliterande arbetet är väsentligt. I Varberg har man anställt en rehab-samordnare som ska arbeta med personer som befinner sig i eller är nära sjukskrivning. Hälsosamma scheman är en annan aspekt av arbetsmiljöarbetet. Man har noterat att långtidsfrånvaron har stabiliserats. I Varberg erbjuds anställda inom äldreomsorgen heltid som norm. Det är nu en låg andel tim-avlönade i verksamheterna och delade turer förekommer sällan.

Arbeten inom vården och omsorgen om äldre måste ses som attraktiva för att man ska klara kompetensförsörjningen. Därför har det varit viktigt att arbeta med verksamheternas värdegrund, för att skapa en tillhörighet. Det handlar om att åstadkomma ett hållbart arbetsliv. I kommunen har man sett att personalomsättningen minskat.

För att utveckla arbetsmiljöarbetet är dialogen betydelsefull, att förvaltningarna kan sprida goda exempel, utbyta erfarenheter och lära av varandra.

Varbergs kommun har använt sig av Sunt arbetsliv i sitt arbetsmiljöarbete. Sunt arbetsliv är en satsning på att förbättra arbetsmiljön och drivs gemensamt av de fackliga organisationerna och arbetsgivarorganisationerna SKR och Sobona.⁷ I den partsgemensamma överenskommelsen som nämns ovan anges åtta steg för ett friskare arbetsliv.

⁶ <https://www.suntarbetsliv.se>.

⁷ Ibid.

- Utveckla styrning och ledning.
- Lokala stödinsatser.
- Stärk chefers förutsättningar i arbetsmiljöarbetet.
- Utnyttja företagshälsovården bättre.
- Ta tillvara medarbetarnas engagemang.
- Stärk samverkan vid rehabilitering.
- Finn nya vägar tillbaka från sjukskrivning.
- Gör specifika insatser för olika verksamheter (skola, vård, omsorg, socialtjänst).

12.3.2 Inga delade turer i hemtjänsten i Karlstad

Karlstad kommun har tagit bort de delade turerna i hemtjänsten. Det började med ett projekt i april 2019 och kommer 2021 att mynna ut i en bemanningsstrategi för hela vård- och omsorgsförvaltningen. Kommunen har pekat ut ett antal kriterier för hållbara scheman.

- Inte för långa arbetspass.
- Inte för komprimerade antal arbetspass.
- Rast ska tas ut.
- Alla pass behöver inte börja vid samma tider – spridning över dagen och vid början och slutet av turer.
- Arbetsgivaren tar sitt ansvar för en bra arbetsmiljö.
- Variation mellan dag- och nattpass, tid för återhämtning och lediga dagar utspridda i schemat.
- Det spelar även roll i vilken ordning passen roterar.
- Minimera delade turer.

För att minimera delade turer krävs fler medarbetare i schemat. Det flesta delade turer är schemalagda på helg, vilket betyder att om man ökar bemanningen på helgen uppstår en överkapacitet under veckan. Frågan har varit hur man kan hantera överkapaciteten och åstad-

komma hållbara scheman för medarbetarna samt tydliggöra processen runt bemanning i förvaltningen.

I en pilotstudie har man testat att lösa överkapaciteten med flytandetid och resursspass. Flytandetid innebär att 90 procent av arbetstiden är utlagd på schema, resterande 10 procent är man tillgänglig där det behövs. Resursspass innebär att all tid är utlagd på schema, men arbetsstället kan variera. Båda dessa modeller finns sedan tidigare i förvaltningen, men det har noterats att flytandetiden var svårare att hantera för äldreomsorgen och skapade stor stress hos medarbetarna.

Överkapaciteten innebär att personalen behöver vara mer flexibel och rörlig, arbeta i fler grupper och på fler arbetsplatser än tidigare. Det är viktigt att kunna bemanna med rätt person, med rätt kompetens och på den tid som verksamheten efterfrågar.

En slutsats som dras är att fler tillsvidareanställningar kommer kunna erbjudas i framtiden, genom att överkapacitet av tillsvidareanställda används vid frånvaro och arbetstoppar i verksamheten. I förlängningen borde det även leda till att behovet av timavlönade anställda minskar.

Utifrån genomförda pilotstudier har man kommit fram till en ny bemanningsprocess och att skapa hållbara scheman inom ekonomisk ram.

Scheman engagerar och det finns en medvetenhet om att det tar tid att förändra gamla tankesätt. Det lyfts till exempel fram att många traditionellt upplever det jobbigt att arbeta på andra arbetsplatser än "sina egna". Här har enhetschefen en viktig roll genom att föra dialog med och skapa trygghet, dels för de egna medarbetarna dels för de medarbetare som kommer och arbetar från en annan enhet.

I Karlstad poängteras vikten av att ta del av erfarenheter och goda exempel från andra kommuner som arbetat med att avskaffa delade turer.

12.3.3 Långsiktigt arbete i Kalmar för att ta bort de delade turerna

Under de senaste fem åren har Kalmar kommun arbetat målmedvetet med att minska de ofrivilliga delade turerna. Arbetet har resulterat i att 80 procent av alla ofrivilliga delade turer har försvunnit jämfört med för fem år sedan. Att ta bort de delade turerna är en del

i att förbättra medarbetarnas arbetsmiljö genom sammanhållna scheman och möjlighet till återhämtning. Därigenom, påtalas det, kan man också göra arbeten inom äldreomsorgen mer attraktiva.

I maj 2021 kommer Kalmar kommun att ta nästa steg i denna process, då de ofrivilliga delade turerna helt ska slopas. Detta är ett politiskt beslut som har fattats av omsorgsnämnden. En del av de riktade statsbidragen till äldreomsorgen kommer att användas för att täcka de eventuellt ökade kostnader i verksamheten som kan bli följderna av beslutet.

Arbetsgrupp tog fram kriterier för schemaläggning

En arbetsgrupp tillsattes för att sammanställa kriterier som är viktiga att följa i en schemaläggning. I gruppen ingick undersköterskor, fackliga representanter, enhetschefer, HR-specialister, ekonom och administratör. Kriterierna handlar exempelvis om att hålla budget i balans, att arbeta aktivt i det färdiga schemat under hela schema-perioden samt att snabbt göra förändringar om resurser förändras.

Arbetsgruppen har även specificerat vilka åtgärder som behöver vidtas för att delade turer inte ska skapas. Det handlar exempelvis om att se över sitt bemanningskrav inom hemtjänst- eller boende-enheten, att stämma av med övriga enheter (varje enhet ingår i ett team av 8–10 enheter) om eventuell övertalighet och se över möjligheter för samplanering mellan enheter. Rutinerna kommer att vara en del i Kalmar kommuns Bemanningshandbok som håller på att tas fram.

Att förändra en gammal kultur i schemaläggningen

Arbetet med att ta bort de delade turerna handlar mycket om att förändra en gammal kultur i schemaläggningen. För att slopa de delade turerna kan nyanställningar bli aktuella. I Kalmar kommun finns ett flertal olika anställningsformer som kan användas. Helganställningar, där ett lokalt kollektivavtal finns, är ett exempel. Anställning utifrån poolavtal är en annan möjlighet. Kalmar kommun har generellt sett en låg andel timavlönade i verksamheten.

En del önskar behålla de delade turerna

Ett fåtal medarbetare önskar fortfarande att ha delade turer i sitt arbetsschema. Här förs dialog med Kommunal om hur dessa önskemål ska hanteras, då det blir en avvägning mellan ambitionen att åstadkomma en god arbetsmiljö genom sammanhållna arbetsscheman och medarbetarens möjlighet att kunna påverka sina egna arbetstider.

Avskaffandet av delade turer ska följas upp

Avskaffandet av de delade turerna kommer att följas upp. Det handlar om att se hur medarbetarnas arbetstider och verksamheterna påverkas. Uppföljningen ska också belysa de ekonomiska konsekvenserna, både på enhets- och förvaltningsnivå.

12.4 Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst

Lund är en av tio modellkommuner i statens och SKR:s Överenskommelse äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.⁸ I Lund har man fokuserat på att få digitalisering inom äldreomsorgen att bli en naturlig del av verksamhetsutvecklingen i kommunen, inte ett avgränsat projekt.

12.4.1 Digitalisering – en del av verksamhetsutvecklingen i Lunds kommun

I Lunds kommun bor 125 000 personer, varav 21 000 är över 65 år och 5 000 är över 80 år. Äldreomsorgen bedrivs både i kommunal och enskild regi. Totalt får cirka 3 600 personer insatser inom verksamheten.

Utvecklingsarbetet har innefattat flera delar, såsom att ta fram en modell för hur kommunen arbetar med digitalisering och att satsa på förändringsledning. Mottot för SKR:s och statens gemensamma satsning är att skapa, samla och sprida kunskap om digitaliseringens möjligheter. I Lund ser man stora fördelar med att få medverka som

⁸ Se vidare <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/overenskommelsealdreomsorg/modellkommunerforaldreomsorgensdigitalisering/lund.34060.html>.

modellkommun. Det är viktigt att inte 290 kommuner gör samma sak på var sitt håll utan kan dela med sig av erfarenheter och lära av varandra. En önskan är att kunna medverka till att ta fram en form av standardisering som kan snabba på digitaliseringen inom äldreomsorgen. I Lunds kommun har digital teknik funnits i flera år för nattillsyn, lås och inköp. Genom utbytet med andra kommuner vill man få kunskap för att utveckla nya, digitala arbetssätt.

Redan 2015 beslutade vård- och omsorgsnämnden att välfärds-teknik och digitalisering skulle vara ett prioriterat område och extra resurser avsattes för det arbetet. Vård- och omsorgsförvaltningen har ett nära samarbete med kommunens digitaliseringsavdelning.

Det absolut viktigaste i arbetet med digitaliseringen är att börja i behoven. Vilken nytta har de digitala lösningarna, för individen och för personalen? Dialog är nödvändig – och teknik ska inte införas som inte gör någon nytta. Viktigt är också att kunna ha två perspektiv samtidigt – det kortsiktiga och det långsiktiga. När man provar att införa ny teknik är det nödvändigt att fråga sig: kommer vi att kunna breddinföra detta? Samtidigt får inte osäkerhet om framtiden leda till att man inte vågar testa nya lösningar.

Erfarenheten från Lund är att personalen i regel är positiv till nya arbetssätt, men en utmaning är att kärnverksamheterna många gånger är hårt pressade. Det gäller att ge medarbetarna stöd och underlätta möjligheten för lärande. Tid måste också kunna avsättas för detta. Inom LSS-verksamheten har särskilda teknikcoacher utsetts, som fått ett särskilt ansvar på sin enhet för digitaliseringsfrågorna. Även inom äldreomsorgen kommer modellen med teknikcoacher att införas. Exempel finns också på hur anställda fått gå utbildningar och haft uppgiften att i sin tur utbilda kollegor i nya tekniska lösningar. Att involvera alla och åstadkomma ett lärande i vardagen är centralt.

En slutsats är att coronapandemin har påskyndat digitaliseringen. För att motverka risken för utanförskap när nya arbetssätt införs så behöver man arbeta mycket med att göra kompetensutveckling tillgänglig, med en kombination av digitala utbildningar och fysiska träffar.

13 Utredningens utåtriktade arbete

I direktivet till utredningen anges att den nationella samordnaren ska ha ett utåtriktat arbetssätt och på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget.¹ I detta kapitel redovisas utredningens utåtriktade arbete och hur vi har medverkat i samhällsdebatten.

13.1 Information, kommunikation och debatt

Denna del i uppdraget har vi tagit oss an genom att bevaka medierapporteringen på området, ha en egen webbplats samt medverka med debattinlägg och intervjuer i media.

13.1.1 Mediebevakning

Under hela tiden för uppdraget har utredningen haft en digital media-bevakning, baserad på sökord som är relevanta för området kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Generellt sett är vård och omsorg om äldre ett område som förekommer mycket i både nyhetsrapportering och debatt. Coronapandemin innebar att stor uppmärksamhet riktades mot äldreomsorgen och medierapporteringen ökade. Nyhetsflödet har varit omfattande, liksom antalet debattinlägg. Rapporterna handlade under våren 2020 till stor del om brister i verksamheten och kan sammanfattas i ett antal punkter.

- Många i personalen har otillräcklig utbildning.
- Brist på skyddsutrustning.

¹ Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.

- Otrygga anställningsformer, exempelvis timanställningar, leder till att anställda av ekonomiska skäl har svårt att sjukskriva sig.
- Brist på kontinuitet – anställda ger insatser åt många äldre och riskerar att föra smitta vidare.
- Otillräcklig kunskap och efterlevnad av basala hygienrutiner.
- Otillräcklig medicinsk kompetens som stöd i omsorgsarbetet.

Över tid har rapporteringen ändrat karaktär och alltmer kommit att handla om den omställning som äldreomsorgen genomgått och fortfarande genomgår för att kunna hantera en svår situation. Rapporteringen i media har sedan coronapandemins utbrott till stor del berört tre av utredningens fyra temaområden:

- Förnya, behålla och utveckla kompetens.
- Stärk ledarskapet.
- Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö.

Det har även rapporterats att digital teknik har börjat användas i större utsträckning, som en konsekvens av pandemin. Syftet har både varit att sprida kunskap och information och att göra möten möjliga, både mellan medarbetare i verksamheterna och mellan äldre personer och deras anhöriga.

13.1.2 Utredningens webbplats

Utredningen har en egen webbplats – www.sou.gov.se/utredningen-nationell-samordnare-for-kompetensforsorjning-inom-var-d-och-omsorg-om-aldre/.

Webbplatsen har under hela utredningsarbetet varit ett viktigt verktyg för att sprida information om uppdraget, aktiviteter som genomförts och debattinlägg i frågor som är relevanta för uppdraget. I och med coronapandemin, då i stort sett alla fysiska möten upphörde, blev webbplatsen ännu mer betydelsefull. Information har fortlöpande presenterats om möten med olika aktörer, dialogseminarierna, hur utredningen förekommit i media med mera. Under vinjetten *Göran Johnsson har ordet* har den nationella samordnaren återkommande

kunnat ge sina reflektioner över arbetet och situationen vad gäller kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre.

13.1.3 Deltagande i samhällsdebatten

I utredningens uppdrag har ingått att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som rör uppdraget. Redan från början blev den nationella samordnarens uppdrag uppmärksammat i media. Intresset för utredningens arbete blev sedan ännu mer påtagligt i samband med coronapandemin och den uppmärksamhet som riktades mot äldreomsorgen.

Den nationella samordnaren har medverkat i Dagens Samhälle, Aftonbladet, Göteborgs-Posten, Sydöstran, tidskriften Äldre i Centrum, Kvalitetsmagasinet och i Senioren. Han har även medverkat i Ekots lördagsintervju.

13.1.4 Medverkan vid externa evenemang

Eftersom äldreomsorgen uppmärksammats mycket har den nationella samordnaren inbjudits att medverka vid ett flertal externa evenemang. Samordnaren har deltagit vid konferenser anordnade av olika aktörer, såsom Sveriges Kommuner och Regioner, kommunalförbund, fackliga och andra organisationer samt med olika nätverk.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av experten Maria Ahlsten

Utredningen har haft i uppdrag att stödja kommunerna att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Arbetet ska främja en god arbetsmiljö och ta tillvara teknikens möjligheter, i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare. Utredningen har tolkat uppdraget som att betänkandet ska försöka besvara frågorna:

- Vad krävs för att fler kvinnor och män ska vilja börja arbeta inom vården och omsorgen om äldre?
- Vad krävs för att fler ska vilja fortsätta arbeta i verksamheterna?

Betänkandet innehåller ett antal rekommendationer, som grundar sig på utredningens bedömningar av dagens situation. I sammanfattningen står att det är personalen, deras kompetenser och förutsättningar att ge en vård och omsorg av hög kvalitet, som har varit i fokus. Betänkandet är överlag mycket bra och noga övervägt. Kommunal är helt enig med utredningens övergripande slutsats: en ambitionshöjning för äldreomsorgen är nödvändig och förbättringsarbetet kan börja direkt.

Jag har medverkat i expertgruppen som sakkunnig i äldreomsorgsfrågor, i egenskap av utredare för Kommunal med branschansvar för äldreomsorgen. Kommunal har över 150 000 yrkesverksamma medlemmar i äldreomsorgen. Förbundet bevakar alla frågor som rör medlemmarnas arbetsvillkor, arbetsmiljö och löner. Därtill har Kommunal i uppgift att verka för en samhällsutveckling som stärker jämlikhet, social rättvisa, generell välfärdspolitik, full sysselsättning och jämställdhet mellan kvinnor och män.

Under utredningens gång har jag framfört vilka skrivningar Kommunal har sett som nödvändiga – för att göra branschen mer attraktiv, arbetsmiljön bättre och omsorgskvaliteten högre. Generellt vill vi se ska-krav i stället för rekommendationer, men eftersom det går emot direktivet har det varit omöjligt. I några av utredningens bedömningar och rekommendationer anser jag att arbetsgivarnas ekonomiska intressen har fått väga tyngre än patientsäkerhet och arbetsvillkor.

I det här yttrande diskuterar jag de skrivningar Kommunal ser som nödvändiga för att äldreomsorgen ska kunna fortsätta professionaliseras, få en högre kvalitet och branschen bli mer attraktiv.

Punkterna det handlar om är:

1. Utbildat vårdbiträde ska vara lägsta utbildningsnivå i äldreomsorgen, oavsett insats (8.3.1),
2. Alla anställda, både de som arbetar självständigt och de som testar på yrket med handledning, ska ha en yrkesutvecklingsplan till vårdbiträde eller undersköterska (8.3.1),
3. Krav på obligatoriska språkutbildningsinsatser (8.3.1),
4. Medarbetarna ska göras delaktiga och ha inflytande i förändringar som inkluderar ny teknik (11.3.1),
5. Skarpare skrivningar kring grundbemanningen och anställningsformer (10.3.1).

8.3.1: ”Ta ansvar för att all personal har lämplig utbildning”

Här vill Kommunal se tre tillägg. Det handlar om lägsta utbildningsnivå, krav på yrkesutvecklingsplaner för alla anställda och språkutbildningsinsatser:

1. Utbildat vårdbiträde ska vara lägsta utbildningsnivå i äldreomsorgen, oavsett insats.
2. Alla anställda, både de som arbetar självständigt och de som testar på yrket med handledning, ska ha en yrkesutvecklingsplan till vårdbiträde eller undersköterska.

3. Språkutbildningsinsatser på arbetstid ska vara obligatoriskt för vård- och omsorgspersonal som saknar tillfredsställande kunskaper i svenska språket. En individuell plan för den enskildas språkutveckling ska tas fram som en del av introduktionen. Personer som inte kan språket ska inte få arbeta självständigt, där behövs handledning.

Lägsta utbildningsnivå

Vad gäller den första punkten har Kommunal krävt en skrivning att den lägsta utbildningsnivån i äldreomsorgen ska vara vårdbiträde, oavsett vilken insats det gäller. Kravet gäller för alla som arbetar självständigt (det vill säga utan handledning). Kommunal vill att alla som arbetar inom äldreomsorgen ska ha yrkesutbildning (undersköterska eller lägst vårdbiträde), eller vara på väg mot att bli utbildat vårdbiträde, i enlighet med de nationella yrkespaketen. Från 1 juli 2021 införs nationell standard på Vård- och omsorgsprogrammet (gymnasienivå) samt på vuxenutbildningen. För vårdbiträde krävs då 800 poäng och undersköterska 1 500 poäng.

Kommunals kunskapskrav utgår från vad tidigare statliga utredningar visat – att kompetensbristerna i äldreomsorgen har en tydligt negativ effekt på omsorgskvaliteten och patientsäkerheten. Alla experter på området ringar in att det krävs yrkesutbildning för att säkerställa en god vård och omsorg, vilket även denna utredning gör.

Den starka kvarboendepincipen i Sverige och den stora bristen på äldreboendeplatser gör att de flesta äldre bor kvar hemma i dag, med hemtjänst, tills de har ett mycket omfattande vårdbehov. Utvecklingen går mot mer hemsjukvård. År 2018 fick 45 procent av samtliga medborgare 80+ vård inom kommunal hälso- och sjukvård, enligt HSL.¹ Att allt fler multisjuka äldre vårdas i sina hem påverkar arbetsinnehållet.

I dag saknas bindande regler för kompetensnivåerna i äldreomsorgen. Det här är på väg att förbättras, med skyddad yrkestitel för undersköterskor och Skolverkets nationella standard för utbildningen. Men, det finns fortfarande luckor och brister i regleringen av kompetensen, som ger äldreomsorgen ett dåligt rykte och gör att

¹ Socialstyrelsen (2021). Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/

arbetsuppgifter inom äldreomsorgen fortsätter att betraktas som ”enkla jobb”. Det är inte ovanligt att arbetsgivare anlitar servicepersonal i stället för vårdbiträden och undersköterskor, som utredningen beskriver.

Alltför många kommuner använder också äldreomsorgen som en arbetsmarknadsåtgärd, där personer utan rätt yrkesutbildning och tillräckliga språkkunskaper får arbeta självständigt utan handledning. Dessutom föreslår många kommuner öppet hushållsnära tjänster som ett alternativ till hemtjänst, till äldre personer med vård- och omsorgsbehov. Sammantaget bidrar det här till en splittrad, fragmentiserad och avprofessionaliserad verksamhet. Det leder till mycket spring hemma hos de äldre och kompetensbristerna medför stora risker. Att inte reglera den lägsta tillåtna utbildningsnivån är att tillåta att detta fortgår.

I utredningens avsnitt om differentiering av arbetsuppgifter beskrivs att hemtjänst ofta delas upp i serviceinsatser och personlig omvårdnad. Det beskrivs också att många arbetsgivare anställer ”serviceassistenter eller serviceteam – medarbetare med fokus på städning och matlagning”. Men att dela upp service- och omvårdnadsuppgifter bidrar till en sämre kvalitet i äldreomsorgen. Bland annat eftersom det motverkar ett rehabiliterande och salutogent arbetssätt och leder till en sämre personalkontinuitet. Alla typer av insatser är av stor vikt inom äldreomsorgen och kräver utbildad personal inom vård och omsorg.

En sammanhållen vård och omsorg, med yrkesutbildad personal

I SOU 2017:21 beskrivs varför en uppdelning mellan service- och omvårdnadsuppgifter inte bör tillämpas i äldreomsorgen: ”Andelen äldre som enbart får serviceuppgifter från kommunerna minskar och allt fler behöver både hjälp med dessa uppgifter och personlig omvårdnad. De äldre som enbart får hjälp med serviceuppgifter från hemtjänsten har ofta påtagliga nedsättningar i sitt funktionstillstånd redan när de får insatser. Allt eftersom försämras deras tillstånd. Personalen i hemtjänsten bör därför ha förmåga att bedöma individens hälso- och funktionstillstånd och vid behov initiera förändringar i hjälpen. En påtaglig kvalitetsbrist i många kommuners vård och omsorg i dag är att ett för stort antal personal deltar i vården och

omsorgen – att personalkontinuiteten brister. En uppdelning i personal som utför service- och omvårdnadsuppgifter försämrar personkontinuiteten.”²

Yrkesutbildad personal inom vård och omsorg, där utbildat vårdbiträde ska vara lägsta utbildningsnivå, ska utföra även serviceinsatser. Detta för att möjliggöra en sammanhållen äldreomsorg, kunna arbeta rehabiliterande och förebyggande i vardagen, vara ett socialt stöd, arbeta med och entusiasmera till delaktighet för att bibehålla kroppsfunktioner, fysisk och psykisk hälsa. Det är också viktigt med dokumentation av tecken på ohälsa, förändrat allmäntillstånd och dylikt. Det finns inga garantier för att detta krävs av serviceassistenter eller andra utbildade yrkesgrupper. Risken är bland annat att nödvändiga insatser uteblir, när nya behov uppkommer.

I denna utredning görs en jämförelse mellan serviceinsatser i äldreomsorgen och vårdnära service inom regionerna. Men det är helt olika verksamheter. I regionernas verksamhet är det möjligt att ha klart avgränsade arbetsuppgifter, som är frångått patientnära arbete. I äldreomsorgen är alla arbetsuppgifter nära patienten/omsorgstagaren. Både i hemtjänsten och på äldreboenden arbetar personalen i de äldres hem.

Att ställa kravet att utbildat vårdbiträde ska vara lägsta utbildningsnivå i äldreomsorgen, oavsett vilken insats det gäller, är därför helt centralt för att öka tryggheten, förbättra personalkontinuiteten, stärka omsorgskvaliteten och patientsäkerheten, samt öka branschens status.

8.3.1: Yrkesutveckling för alla anställda

Det andra tillägget under samma punkt, 8.3.1 ”Ta ansvar för att all personal har lämplig utbildning” handlar om krav på kontinuerlig yrkesutveckling. För att säkerställa att kompetensnivån höjs och att arbetsgivarna tar sitt ansvar för att medarbetarna får en kontinuerlig yrkesutveckling ska alla på arbetsplatsen ha en yrkesutvecklingsplan. Alla som vill prova på yrket ska gå med handledning och ha en yrkesutvecklingsplan, som anger vilka kurser som krävs för att bli utbildat vårdbiträde. Alla utbildade vårdbiträden ska i sin tur ha en yrkesutvecklingsplan till undersköterska.

² SOU 2017:21. ”Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer”, s. 307.

8.3.1: Obligatoriska språkutbildningsinsatser

Det tredje tillägget under samma punkt, 8.3.1 ”Ta ansvar för att all personal har lämplig utbildning” handlar om språket. I rekommendationerna står att arbetsgivaren bör genomföra språkutbildningsinsatser för vård- och omsorgspersonal som saknar tillfredsställande kunskaper i svenska språket. Det här är bra. Men, Kommunal har önskat ett förtydligande; att skyldigheten bör gälla samtliga arbetsgivare att genomföra språkutbildningsinsatser på betald arbetstid, för samtlig vård- och omsorgspersonal som saknar tillfredsställande kunskaper i svenska språket. Anledningen till kravet på förtydligande är alltså att språkutbildningsinsatserna behöver vara obligatoriska.

En allt större andel av personer som arbetar inom vård och omsorg har utländsk bakgrund. Utan utlandsfödda skulle äldreomsorgen inte klara sitt uppdrag. Samtidigt har det medfört bristande språkkunskaper, vilket uppmärksammas av myndigheter, statliga utredningar och arbetsmarknadens parter.³

Bland annat har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, rapporterat om kvalitetsbrister som rör personalens språkliga kompetens. Att kunna förstå muntliga direktiv, dokumentera och kommunicera är nödvändigt i en relationell verksamhet som äldreomsorgen.⁴ Språkbrister leder bland annat till bristande patientsäkerhet och sämre arbetsmiljö. Det leder även till oro, stress och utanförskap för den som har bristande språkkunskaper.⁵ Satsningar på språkutveckling är alltså avgörande för att säkra kompetensförsörjningen, arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Arbetsgivarna behöver skapa rätt förutsättningar för språkutvecklande arbetsplatser, vilket utredningen skriver i avsnittet ”Stärk språkkompetensen”. Där står att arbetsgivarna behöver ha en plan för hur de ska ta sig an medarbetare med bristande kunskaper i svenska och att planen kan innehålla behov av handledning. Här har Kommunal framfört att handledning inte ska vara frivilligt, utan obligatoriskt. Det vill säga – personal som inte kan språket ska inte få arbeta självständigt utan handledning. Kommunal ställer även krav på handledning för samtliga visstidsanställda utan rätt yrkesutbildning inom vård och omsorg. För att värna patientsäkerhet och

³ Se t.ex. SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.

⁴ Bl. a. IVO, 2018, ”Vad har IVO sett 2018”.

⁵ Kommunal, 2019, ”Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen”, s. 6, 24–27.

omsorgskvalitet ska inga utbildade få arbeta självständigt, de behöver handledning, oavsett vilken insats det gäller.

Därtill har Kommunal framför att en individuell plan för den enskildas språkutveckling ska tas fram som en del av introduktionen. Alla ska kunna prata, lyssna, läsa, skriva och förstå svenska på arbetsplatsen. Språkombuden spelar en central roll i arbetet med språkutvecklande arbetsplatser. Därför behöver språkombud utbildas på arbetsplatserna, enligt Vård- och omsorgscollege modell. Här är det viktigt att understryka att språkombuden behöver ges tid, resurser och stöd av chefen, för att kunna lyckas med sitt uppdrag. Läs mer om Kommunals krav för en bättre språkmiljö i äldreomsorgen i rapporten "Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen" (2019).

11.3.1: Gör medarbetarna delaktiga kring ny teknik

I rekommendationerna 11.3.1 "Planera strategiskt för arbetet med ny teknik" har Kommunal krävt ett tillägg om medarbetarnas delaktighet vid införande av ny teknik:

För att den nya tekniken ska få en positiv inverkan på medarbetarnas arbetsmiljö behöver medarbetarna göras delaktiga och ha inflytande under hela processen: kartläggning av behov, testning, utvärdering, införande och användning.

Kommunal har i flera rapporter kartlagt och analyserat utvecklingen av välfärdsteknik i hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det är tydligt att digitalisering och annan ny teknik påverkar arbetet i äldreomsorgen. Det är också tydligt att det finns brister i implementeringen, kopplat till arbetsmiljön. Många medlemmar svarar att varken de själva eller deras skydds- eller arbetsplatsombud har varit delaktiga i förändringsarbetet.⁶

Medarbetarna är de som ska bära tekniken och deras arbetsmiljö påverkas potentiellt positivt/negativt. Därför vill Kommunal se tydligare krav på arbetsgivarna vid införande av ny teknik: att de ska involvera skyddsorganisationen, ta fram en riskanalys, handlingsplan och utbildningsinsatser.

⁶ Kommunal 2021, "Vem är orolig för ny teknik?", [vem_ar_orolig_for_ny_teknik_rapport_kommunal_2021_webb.pdf](#)

10.3.1: Höjd grundbemanning i äldreomsorgen

Utredningens rekommendation i 10.3.1 är att ”arbetsgivarna bör [...] se till att heltids- och tillsvidareanställning är norm”. Kommunal vill se ska-krav, i stället för en rekommendation. Vi anser att samtliga arbetsgivare, oavsett regiform, ska se till att heltids- och tillsvidareanställning blir norm. Kommunals mål är att 9 av 10 anställda ska ha en tillsvidareanställning i äldreomsorgen.

I avsnittet ”Tillsvidareanställning som norm” skriver utredningen att ”höjd grundbemanning och vikariepooler med tillsvidareanställd personal är modeller för att hantera arbetstoppar och sjukfrånvaro.” Vi ser vikariepooler med tillsvidareanställd personal som en nödvändig för att kunna minska andelen visstidsanställningar så mycket som det behövs.

Enligt SCB:s arbetskraftsundersökning var andelen tidsbegränsat anställda i kommunalt driven äldreomsorg 27 procent år 2017, medan den i genomsnitt var hela 37 procent hos privata utförare. Snittet för hela arbetsmarknaden låg på 16 procent tidsbegränsat anställda samma år.⁷

Den utbredda precisionsbemanningen i äldreomsorgen, eller just-in-time-bemanningen, och den höga andelen deltidstjänster, måste upphöra. Trygga anställningar och heltid som norm är helt avgörande, för att fler ska vilja börja, men framförallt för att fler ska ges förutsättningar att kunna fortsätta arbeta i äldreomsorgen. Höjd grundbemanning i äldreomsorgen är en central fråga – som politiken måste lösa snarast möjligt – för att höja patientsäkerheten, skapa en hållbar arbetsmiljö och göra branschen mer attraktiv.

Den mest effektiva strategin för att säkra en bra omsorgskvalitet är att säkerställa rätt bemanning. Rätt bemanning handlar både om att alla i arbetsgruppen har rätt kompetens och att vara tillräckligt många på arbetsplatsen. Betänkandet nämner att äldreomsorgen är underbemannad i introduktionen till kapitel 7, ”Ett fortsatt utvecklingsarbete krävs”. Det är Coronakommissionens iakttagelser som beskrivs: att underbemanningen tillhör äldreomsorgens sedan länge kända strukturella problem. Sedan kommer bemanningsfrågan även upp i kapitel 10, om arbetsmiljön, där problemen med de många visstidsanställda och deltidanställda lyfts. I avsnittet ”Minutsche-

⁷ Kommunal, 2018, ”Så mycket bättre. En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg”, s. 14, www.kommunal.se/sites/default/files/sa_mycket_bättre_2018_webb.pdf.

man styr” står att det framkommit i dialogerna att låg bemanning är det övergripande problemet bakom pressade scheman. I avsnittet ”Tillsvidareanställning som norm” står att det framkommit att det finns ett nära samband mellan låg bemanning, otrygga anställningsförhållanden och dålig arbetsmiljö.

Stora risker med underbemanningen

Kommunal, forskare, myndigheter och statliga utredningar har under det senaste decenniet påtalat riskerna med den utbredda underbemanningen i äldreomsorgen. År 2010 påpekade t.ex. Socialstyrelsen i sin lägesrapport att ”den stora omsättningen av personal och andelen timanställda inom äldreomsorgen bidrar till [...] en risk för omsorgsmottagarna att inte få sina behov tillgodosedda”.⁸ Under år 2020, i sin tillsyn av äldreomsorgen under Coronapandemins första våg, lyfte IVO att chefer har en oro för en långsiktig bemanning av verksamheten. Det upplevdes svårt att kunna planera bemanningen på ett uthålligt sätt.⁹

År 2020 lyfte även regeringens Coronakommission i sitt delbetänkande att nära en av fyra i äldreomsorgen är timanställda. Kommissionen konstaterar att: ”Bemanningen är knapp, det finns ingen ’luft’ i systemet som skulle kunna tillåta arbetstoppar. Det ökar risken att på grund av stressig arbetssituation missa något moment i de basala hygienrutinerna, som att sprita händerna före och efter att man varit inne hos en av de boende, eller att använda skyddshandskarna på rätt sätt.”¹⁰ Coronakommissionen konstaterar att bemanningen behöver höjas, att riksdag och regering måste ”[...] se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka.”¹¹ En annan slutsats är att den nödvändiga ambitionshöjningen kan kräva stöd av statliga insatser.¹²

⁸ Socialstyrelsen (2010). Vård och omsorg om äldre, i ”Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst”. Lägesrapport 2010.

⁹ Med början i mitten av april 2020 genomförde Inspektionen för vård och omsorg, IVO, via telefonintervjuer 1 045 tillsyner inom vård- och omsorgsverksamheter i landet, varav 490 äldreboenden och 388 hemtjänstverksamheter.

¹⁰ SOU 2020:80, ”Äldreomsorgen under pandemin”, s. 125, www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2020/12/SOU_2020_80_%C3%84ldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf

¹¹ SOU 2020:80, ”Äldreomsorgen under pandemin”, s. 250.

¹² Ibid.

Kommunal ställer regelbundet frågor om bemanningen i sin återkommande stora medlemsundersökning. Frågorna handlar bland annat om medarbetarna upplever bemanningen som tillräcklig och om medarbetarna har förutsättningar att ge god omsorg, samt att tillgodose de äldres individuella behov. En hög andel av de svarande brukar uppleva att bemanningen är så låg att det innebär en risk för de äldre.¹³ Det finns också ett tydligt samband mellan att uppleva bemanningen som otillräcklig och att vilja sluta arbeta i branschen.¹⁴ En arbetsmiljö som ger upphov till en ständig känsla av otillräcklighet får negativa hälsoeffekter. Det leder till samvetsstress hos personalen, vilket i sin tur innebär risk för ohälsa och sjukskrivning – särskilt i kombination med avsaknad av kontroll över arbetssituationen.¹⁵

Den långsiktiga finansieringen måste säkras

Det råder inga tvivel om att bemanningen i äldreomsorgen måste öka. Medarbetarna behöver få fler kollegor, för att ha rätt förutsättningar att kunna utföra en personcentrerad vård och omsorg. För att det ska kunna bli verklighet måste äldreomsorgens långsiktiga finansiering säkras. Staten behöver skjuta till mer resurser till äldreomsorgen, permanent.¹⁶

Under de senaste decennierna har resurserna till äldreomsorgen inte följt med befolkningsutvecklingen. Kombinationen av besparingskrav i kommunerna och välfärdens marknadsstyrning bidrar till att socialnämnderna har förväntats ”effektivisera” äldreomsorgen år efter år. Samtidigt har andelen i de äldsta åldersgrupperna växt, vilket har ökat arbetsbelastningen för personalen. I slutet av 1980-talet hjälpte en undersköterska inom hemtjänsten i snitt fyra omsorgstagare per dag. Under de senaste åren har snittet legat på tolv om-

¹³ Se t.ex. Kommunal, 2018, ”Mer tid. En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen” och Kommunal, 2012, ”Stress och låg bemanning i äldreomsorgen – Kommunals medlemmar 2012”.

¹⁴ Kommunal (2012). ”Stress och låg bemanning i äldreomsorgen - Kommunals medlemmar 2012”, s. 6.

https://www.kommunal.se/sites/default/files/stress_och_lag_bemanning_i_aldreomsorgen.pdf.

¹⁵ Kommunal (2016). ”Skäligt är inte gott nog. En rapport om äldres boende”, s. 33; Juthberg, C., 2008, ”Samvetsstress hos vårdpersonal i den kommunala äldreomsorgens särskilda boenden”, Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1203.

¹⁶ Läs mer om hur finansieringen kan säkras här: Kommunal, 2019, ”Skatteväxling för välfärden. Ett idéprogram”,

<https://www.kommunal.se/sites/default/files/skattevaexlingforvalfarden.pdf>.

sorgstagare per dag. Under sådana pressade arbetsförhållanden blir det väldigt svårt att uppnå lagens intentioner om en jämlik omsorg av god kvalitet.

Att investera i äldreomsorgen är att satsa på den gemensamma välfärden. En äldreomsorg av god kvalitet, som fördelas efter behov och inte efterfrågan, är en central välfärdstjänst. Äldreomsorgen berör alla medborgare; just nu berör den framförallt alla äldre personer med vård- och omsorgsbehov, deras anhöriga och medarbetarna. Men vi är alla beroende av äldreomsorgen, som en gemensam försäkring inför framtida behov.¹⁷

¹⁷ Marta Szebehely (2017). "Att förena valfrihet och jämlikhet? Om kundval och tillit i äldreomsorgen", Socialtjänstforum i Göteborg 8–9 november 2017, https://socwork.gu.se/digitalAssets/1665/1665566_marta-szebehely-socialtj--nstforum-nov-2017.pdf.

Särskilt yttrande av experten Anna Bergendal

Det är positivt att staten tar initiativ som bidrar till att förbättra kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen och stötta både kommuner och arbetsgivare i det arbetet. En viktig del för att skapa en hållbar kompetensförsörjning är att göra arbetet inom äldreomsorgen mer attraktivt för att locka ny kompetens och säkerställa att de som redan arbetar i sektorn stannar kvar. Här har arbetsmarknadens parter en central roll.

När det gäller anställningsformer och andra arbetsvillkor vill jag dock framhålla att detta främst ska regleras genom kollektivavtal mellan arbetsmarknadens parter i enlighet med den svenska arbetsmarknadsmodellen. Även om utredningens förslag enbart utgör rekommendationer finns en stor risk att de blir bindande genom att kommuner gör dem till krav i avtal med utförarna. Om rekommendationen rör arbetsvillkor får de en stor påverkan på områden som staten lämnat till arbetsmarknadens parter att reglera.

Den svenska arbetsmarknadsmodellen innebär att det i huvudsak är arbetsmarknadens parter, som har bäst kännedom om förutsättningarna i de olika branscherna, som reglerar arbetsvillkoren. För Vårdföretagarnas vidkommande sker det genom de kollektivavtal som träffas med Kommunal och andra fackliga organisationer.

Den svenska arbetsmarknadsmodellen har en lång tradition och det råder en stor politisk enighet kring att bibehålla den, vilket inte minst blivit tydligt den senaste tiden där arbetsmarknadens parter kommit överens om omfattande arbetsrättsliga förändringar, bland annat kring visstidsanställningar, som nu i dess helhet ska implementeras i lag.

För att belysa ovanstående kan det också nämnas att Vårdföretagarna och Kommunal har träffat ett samarbetsavtal med syfte att utveckla kollektivavtalen så att de både stärker företagets konkurrenskraft och är attraktiva för medarbetare. Det ska ske genom ökad förståelse av parternas olika utgångspunkter och de utmaningar som finns i framtidens arbetsliv.

När det gäller villkoren i äldreomsorgen vill jag avslutningsvis framhålla att det inte finns något självändamål i att anställa på visstid eller deltid. Möjligheten att erbjuda tillsvidare- eller heltidsanställningar påverkas dock både av verksamhetens förutsättningar med varierande behov över dygnet, oförutsedda händelser och behov av

att ersätta personal vid frånvaro men också av vilka förutsättningar som ges i avtalen med kommunerna. Andelen heltidsanställningar och tillsvidareanställningar är därför ett trubbigt mått på om villkoren för personalen är goda. Risker med att, såsom utredningen föreslår, låta dessa mått vara vägledande vid bedömningen av hur framgångsrikt en kommun jobbar med kompetensörjning, är att andra viktiga omständigheter för medarbetarna får en lägre prioritet.

Källförteckning

Författningar

Lagar

- Lag (1974:358) om facklig förtroendemans ställning på arbetsplatsen.
- Lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet.
- Arbetsmiljölagen (1977:1160).
- Förvaltningslag (1986:223).
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Socialtjänstlag (2001:453).
- Patientdatalagen (2008:355).
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem.
- Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientlag (2014:821).
- Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
- Lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Kommunallagen (2017:725).
- Skollagen (2010:800).

Förordningar

- Socialtjänstförordning (2001:937).
- Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
- Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Myndighetsföreskrifter

- Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4), föreskrifter.
Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), föreskrifter.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter i hälso- och sjukvård och tandvård.
Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:55) om hem för vård eller boende.
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Rättsfall

- JO beslut 2004-13-30, dnr 1838-2002.
RÅ 2008:38.

Offentligt tryck*Riksdagstryck*

- Socialutskottets betänkande 1990/91:SoU9 Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.
Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU1, rskr. 2019/20:135.

Propositioner och skrivelser

- Prop. 1957:38. Angående vissa frågor rörande åldringsvården.
- Prop. 1979/80:1 del A. Om socialtjänsten.
- Prop. 1987:88:176. Om äldreomsorgen inför 90-talet.
- Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.
- Prop. 1992/93:129. Om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen.
- Prop. 1996/97:124. Ändring i socialtjänstlagen.
- Prop. 1997/98:113. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
- Prop. 2000/01:149. Avgifter inom äldre- och handikappomsorg.
- Prop. 2005/06:115. Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.
- Prop. 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem.
- Prop. 2008/09:82. Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.
- Prop. 2008/09:160. Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.
- Prop. 2009/10:116. Värddigt liv i äldreomsorgen.
- Prop. 2009/10:131. Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.
- Prop. 2012/13:175. Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Prop. 2016/17:106. Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Prop. 2017/18:106. Förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre.
- Prop. 2017/18:158. Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.
- Prop. 2017/18:273. Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre.
- Prop. 2019/20:1. Budgetpropositionen för 2020.
- Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
- Prop. 2020/21:1. Budgetpropositionen för 2021.

- Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.
- Lagrådsremiss. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
- Regeringsbeslut. Godkännande av en överenskommelse om en strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025.
www.regeringen.se/490725/contentassets/3f5ccc23708542b6971b8a7d3eaa4379/godkannande-av-overenskommelse-om-en-strategi-for-genoforande-av-vision-ehalsa-2025.pdf – hämtad 2021-04-14.
- Regeringsbeslut (S2012/7552/FST). Uppdrag att upphandla en ledarskapsutbildning på högskolenivå.
- Regeringens skrivelse 2017/18:280. Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan.
- Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer.
Dnr: S2019/04223/FST.

Statens offentliga utredningar

- SOU 1974:39. Socialvården – Mål och medel.
- SOU 1987:21. Äldreomsorg i utveckling.
- SOU 2015:104. Långtidsutredningen 2015.
- SOU 2016:2. Effektiv vård.
- SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer.
- SOU 2017:53. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild.
- SOU 2017:56. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?
- SOU 2018:32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.
- SOU 2018:38. Styra och leda med tillit. Forskning och praktik.
- SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform.

- SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.
- SOU 2019:10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete.
- SOU 2019:20. Stärkt kompetens i vård och omsorg.
- SOU 2019:29. God och nära vård. Vård i samverkan.
- SOU 2019:43. Med tillit följer bättre resultat – tillitsbaserad styrning och ledning i staten.
- SOU 2019:56. Idéburen välfärd.
- SOU 2019:69. Validering – för kompetensförsörjning och livslångt lärande.
- SOU 2020:8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget.
- SOU 2020:14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst.
- SOU 2020:19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
- SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.
- SOU 2020:47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag.
- SOU 2020:66. Samverkande krafter – för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk.
- SOU 2020:70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten.
- SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin.
- SOU 2021:4. Informationsöverföring inom vård och omsorg.
- SOU 2021:6. God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.

Departementsserien och promemorior

- Ds 2020:15. Reglering av undersköterskeyrket.

Kommittédirektiv

- Dir. 2013:104. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- Dir. 2015:72. Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.
- Dir. 2016:51. Tillit i styrningen.
- Dir. 2017:13. Stärkt kapacitet i kommunerna för att möta samhällsutvecklingen.
- Dir. 2017:24. Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.
- Dir. 2017:39. Översyn av socialtjänstlagen.
- Dir. 2017:103. Reglering av yrket undersköterska.
- Dir. 2017:119. Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.
- Dir. 2018:82. Välfärdsteknik i äldreomsorgen.
- Dir. 2018:95. Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.
- Dir. 2019:6. Tilläggsdirektiv till Tillitsdelegationen.
- Dir. 2019:52. Införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten.
- Dir. 2019:77. Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre.
- Dir. 2020:74. Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19.
- Dir. 2020:142. En äldreomsorgslag.

Rapporter

- Abrahamsson Löfström, C (2015). Kunskapsstyrning i äldreomsorg. Implementering av och samarbete kring evidensbaserad praktik. FOU Väst/ÖG.
- Afa Försäkring (2020). Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro.
- Arbetsförmedlingen (2019). Var finns jobben? Bedömning för 2019 och på 5 års sikt?

- Arbetsmiljöverket (2015). Organisatorisk och social arbetsmiljö, AFS 2015:4. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna.
- Arbetsmiljöverket (2016). Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön – viktiga pusselbitar i en god arbetsmiljö. Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, AFS 2015:4.
- Arbetsmiljöverket (2018). Så förbättras verksamhetens arbetsmiljö – vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1).
- Arbetsmiljöverket (2018). Första linjens chefer i vård och omsorg. Projektrapport.
- Arbetsmiljöverket (2020). Arbetsmiljön 2019. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2020:2.
- Arbetsmiljöverket (2020). Riskfylld arbetsmiljö – utmaningar för framtidens äldreomsorg. Projektrapport. Äldreomsorgen 2017–2019.
- Blix, M, Levay, C (2018). Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården. Rapport 2018:6.
- Dellve, L, Wolmesjö, M (2016). Ledarskap i äldreomsorgen: att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar. Vetenskap för profession 35:2016. Högskolan, Borås.
- Dellve, L, Hasselgren, C, Allard, K, Bäck Andersson, M (2020). Attraktivt och hållbart chefsarbete. Organisatoriska förutsättningar och chefsarbete i Göteborgs stad. Gothenburg Studies in Work Sciences, 2020:22.
- Digitaliseringsrådet (2018). En lägesbild av digital kompetens.
- E-hälsomyndigheten (2019). Nationellt stöd till kommunerna vid införande och användning av digital teknik (e-hälsa).
- E-hälsomyndigheten (2019). Årsrapport 2019 – trender på e-hälsoområdet.
- Folkhälsomyndigheten (2018). Digital teknik för social delaktighet bland äldre personer - Ett kunskapsstöd.

- Försäkringskassan (2018). Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad. Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar inom olika branscher och yrken. Socialförsäkringsrapport 2018:2.
- Hjalmarson, I (2015). Röster från hemtjänsten – några erfarenheter från hemtjänsten i Stockholm 2015. Bilaga till rapporten Tillit och relationer. Om kvalitet i hemtjänsten – en kunskapsöversikt (2015:4). Stockholms läns Äldrecentrum.
- Inspektionen för vård och omsorg (2020). Iakttagelser i korthet, nr 2:2020.
- Inspektionen för vård och omsorg (2019). Vad har IVO sett 2019?
- Inspektionen för vård och omsorg (2020). Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre.
- Kommunal (2017). Personal som stannar. En rapport om arbetsmiljön i äldreomsorgen.
- Kommunal (2018). Utbildningsgapet. Vi behöver fler yrkesutbildade inom vård och omsorg.
- Kommunal (2019). Svenska språket – A och O inom äldreomsorgen.
- Kommunal (2019). Välfärdsteknik för trygghet, hälsa och utveckling i arbetet.
- Kommunal (2020). Trygghet på arbetsmarknaden – en rapport om arbetsrätt och anställningsvillkor i välfärden.
- Ledarna (2019). Lönlöst att ta ansvar? Personalansvar och lön i kvinnor- och mansdominerade arbetsområden.
- McKinsey Global Institute (2018). Möjligheter för Sverige i digitaliseringens spår.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). Visa vägen i vården. Ledarskap för stärkt utvecklingskraft.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). Implementering i vården och omsorgen. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap inom hälso- och sjukvården.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). Innovation efter funktion. Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). Läget för ledarna Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg.
- Nordens välfärdscener (2017). En bättre plats att åldras på. Arbete för åldersvänliga städer i Norden.
- Olsson, M, Krafft, G (2019). Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden – en scenarioanalys fram emot 2040. Kairos Future AB.
- Regeringen. Analysgruppen för arbetet i framtiden (2018). Arbetet i framtiden.
- Socialstyrelsen (2003). Hur många direkt underställda kan en chef ha? Om kontrollspann i vård och omsorg.
- Socialstyrelsen (2006). Påverkar chefens personalansvar kvaliteten i vården och omsorgen?
- Socialstyrelsen (2012). Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen.
- Socialstyrelsen (2016). Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer. Slutrapport.
- Socialstyrelsen (2017). En nationell strategi för demenssjukdom. Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022.
- Socialstyrelsen (2017). Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg.
- Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.
- Socialstyrelsen (2019). En gemensam omvärldsanalys från myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap.

- Socialstyrelsen (2019). Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.
- Socialstyrelsen (2019). Följa upp insatser som beviljats genom förenklat beslutsfattande om hemtjänst för äldre.
- Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie.
- Socialstyrelsen (2020). Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi.
- Socialstyrelsen (2020). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020.
- Socialstyrelsen (2020). E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.
- Socialstyrelsen (2020). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning.
- Socialstyrelsen (2020). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.
- Socialstyrelsen (2020). Öppna jämförelser 2020. Äldreomsorg.
- Socialstyrelsen (2021). Arbetskläder inom omsorgen En kartläggning av hur arbetskläder tillhandahålls, hanteras och finansieras.
- Socialstyrelsen (2021). Nationella planeringsstödet (NPS). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.
- Socialstyrelsen (2021). Nationella vårdkompetensrådet: Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser.
- Socialstyrelsen (2021). Socialstyrelsens kompetensmål för undersköterskor.
- Socialstyrelsen (2021). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2020.
- Socialstyrelsen ((2021). Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.

- Statskontoret (2014). Om offentlig sektor. Nationella samordnare. Statlig styrning i otraditionella former?
- Sveriges Företagshälsor (2019). Arbetsmiljö, hälsa och organisation – hur hänger det ihop och varför?
- Sveriges Kommuner och Regioner (2012). Vägledning. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2015). Om fler jobbar mer. Heltidsfrågan i välfärden.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2017). Regionala samverkans- och stödstrukturer – Kunskapsutveckling inom socialtjänsten.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2018). Använd kompetensen rätt.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2018). Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden. Hur möter vi rekryteringsutmaningen?
- Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Vård och omsorg i hemmet – svårigheter och framgångsfaktorer.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalen i välfärden. Personalstatistik 2019.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Personalstatistik, november 2019.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2021). Personalstatistik, november 2020.
- Szebehely, M, Strantz, A, Strandell, R (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet. 2017:1.
- Szebehely, M (2020). Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- Vision (2013). Om bara chefen var bättre. Kvalitet i äldreomsorgen – lika enkelt som ledarskap?

Övrigt

- Alexanderson, P (2018). Socialtjänstens värdegrunder – etik i förarbeten och lagar om fattigvård.
- Folkhälsomyndigheten (2020). Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19. Återrapportering av regeringsuppdrag, ärendenummer 02934-2020.
- Göteborgsregionen. Branschråd Äldreomsorg och samordning av Äldreomsorgslyftet.
<https://goteborgsregionen.se/GR/toppmenyn/detta-jobbar-gr-med/arbetsmarknad-och-social-valfard/social-valfard/aldre/aktuellt-arbete-och-profilomraden/branschrad-aldreomsorg-och-aldreomsorgslyftet.html> – hämtad 2021-04-14.
- Individens behov i centrum, IBIC.
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/individens-behov-i-centrum-ibic/> – hämtad 2021-04-27.
- Kunskapsguiden. <https://kunskapsguiden.se/> – hämtad 2020-12-15.
- Nationella kvalitetsregister. <https://kvalitetsregister.se/index.html> – hämtad 2021-04-29.
- Nationella vårdkompetensrådet. www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ – hämtad 2021-04-14.
- Prevent. Arbetsmiljö inom vård och omsorg.
www.prevent.se/bransch/vard-och-omsorg/ – hämtad 2021-04-13.
- Regeringen (2016). Informationsmaterial. Vision e-hälsa 2025.
www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/ – hämtad 2021-05-06.
- Regeringen (2018). Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom.
www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/05/nationell-strategi-for-omsorg-om-personer-med-demenssjukdom/ – hämtad 2020-11-11.
- Regeringen (2019). Nationell strategi för life science.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och

Regioner om äldreomsorg – teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus.

Regeringskansliet. Hemtjänstersättningar 2019.

https://dhs.sp.regeringskansliet.se/kom/S_2019_04/Administrativt/Bet%C3%A4nkandet/Underlagsmaterial/SKR/Presentation%20om%20hemtjanstersattningar%202019.pdf%20.pdf
– hämtad 2021-04-26.

Region Östergötland. Klinisk karriärstege. Fysioterapeut.

<https://dokument.regionostergotland.se/regsam/%C3%96vergripande%20dokument%20webben/HR/Karri%C3%A4rstege%20Fysioterapeut%202.0.pdf> – hämtad 2021-04-09.

Rikstermbanken. www.rikstermbanken.se/mainMenu.html

– hämtad 2021-04-28.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorgen. www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/kunskapslaget-for-bedomning-och-insatser-inom-aldreomsorgen2/?pub=43231 – hämtad 2021-04-14.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Vårdnära service. Vårdnära service.
www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/vardnara-service/ – hämtad 2021-04-09.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Vårdteam är avgörande för de sköra. www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/vardteam-ar-avgorande-for-de-skora/ – hämtad 2021-04-14.

SCB (2019). Arbetskraftsundersökningen (AKU).

SCB. 30 vanligaste yrkena. www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/sysselsattning-forvarvsarbete-och-arbetstider/yrkesregistret-med-yrkesstatistik/pong/tabell-och-diagram/30-vanligaste-yrkena/ – hämtad 2021-04-08.

SCB. Befolkningsframskrivning 2020.

Skolverket. Förändringar av vård- och omsorgsprogrammet.

www.skolverket.se/undervisning/gymnasieskolan/aktuella-forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-pa-gymnasial-niva/forandringar-av-vard--och-omsorgsprogrammet
– hämtad 2021-03-31.

- Skolverket. Rektorsprogrammet.
www.skolverket.se/skolutveckling/kurser-och-utbildningar/rektorsprogrammet---befattningsutbildning-for-skolledare#h-Darforskadudelta/ – hämtad 2021-04-14.
- Skolverket. Yrkespaket vård och omsorg.
www.skolverket.se/undervisning/vuxenutbildningen/komvux-gymnasial/laroplan-for-vux-och-amnesplaner-for-komvux-gymnasial/nationella-yrkespaket-for-komvux/yrkespaket-var-d-och-omsorg – hämtad 2021-04-14.
- Socialfondens temaplattform för hållbart arbetsliv.
<https://nyweb.esf.se/Hallbart-Arbetsliv/> – hämtad 2021-04-09.
- Socialstyrelsen (2020). Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård 2019.
- Socialstyrelsen (2021). Statistik 2020.
Statistik om socialtjänstinsatser till äldre.
- Socialstyrelsens termbank. <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
– hämtad 2020-10-27.
- Strantz, A (2018). Att arbeta på äldreboende: en jämförelse över tid mellan stad, tätort och landsbygd, i H Jönsson och M Szebehely (red) Äldreomsorger i Sverige, Lund, Gleerups 2018.
- Sunt arbetsliv. www.suntarbetsliv.se/ – hämtad 2021-04-13.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Avsiktsförklaring. Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting.
<https://skr.se/download/18.42336a32177c8ab158d3c75b/1615218826673/Avsiktsf%C3%B6rklaring-atgarder-for-friskare-arbetsplatser-i-kommuner-och-landsting.pdf> – hämtad 2021-04-08.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Egenkontroll.
<https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/aldreomsorg/kompetenslyftaldreomsorgen.33177.html>
– hämtad 2021-01-05.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Ersättningssystem, hemtjänst 2019. <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningssystemer/socialomsorg/ersattningssystem/ersattningssystemhemtjanst2019.31355.html> – hämtad 2021-04-26.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Kompetenslyft, äldreomsorgen.
<https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personaloch>

- kompetensförsörjning/aldreomsorg/
kompetenslyftaldreomsorgen.46592.html – hämtad 2021-04-08.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Köp av verksamhet.
<https://skr.se/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/kopavverksamhet.35817.html> – hämtad 2021-04-29.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Möt välfärdens kompetensutmaning – rekryteringsrapport 2020.
<https://skr.se/tjanster/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/motvalfardenskompetensutmaningrekryteringsrapport2020.35352.html> – hämtad 2021-04-14.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Nationell kunskapsstyrning, socialtjänst.
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst.622.html> – hämtad 2021-04-27.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Partnerskapet – stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten.
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/partnerskapetsocialtjanst.13268.html> – hämtad 2021-04-27.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Strategi för äldreomsorgen.
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/strategiforaldreomsorgen.34144.html> – hämtad 2021-04-28.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Valfrihetssystem i kommuner, beslutsläget 2020.
<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/socialomsorg/valfrihetssystemikommunerbeslutslaget2020.33705.html> – hämtad 2021-04-26.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Vision e-hälsa 2025.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ehalsa/visionehalsa2025.8859.html> – hämtad 2021-04-27.
- Sveriges Kommuner och Regioner. Yrkesresan – satsning på kompetensutveckling.
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/yrkesresan.32120.html> – hämtad 2021-04-14.

- Sveriges Kommuner och Regioner och Kommunal. Heltidsresan.
<https://heltid.nu/> – hämtad 2021-04-15.
- Theelin, A, Wolmesjö, M (2014). Tid att leda: En kunskapsöversikt om hur chefskap påverkar äldreomsorgens kvalitet.
- Upphandlingsmyndigheten. Valfrihetswebben.
www.valfrihetswebben.se/ – hämtad 2021-04-26.
- Vård- och omsorgscollege. www.vo-college.se/
– hämtad 2021-04-27.
- Öppna jämförelser – hemtjänst och särskilt boende.
www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/hemtjanst-och-sarskilt-boende/ – hämtad 2021-03-17.

Kommittédirektiv 2019:77

Nationell samordnare för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre

Beslut vid regeringssammanträde den 7 november 2019

Sammanfattning

En förutsättning för att Sveriges äldre ska få en vård och omsorg av god kvalitet är tillgången på personal med rätt kompetens. Den demografiska utvecklingen i kombination med stora pensionsavgångar innebär utmaningar i detta avseende. Att säkerställa kompetensförsörjningen är framför allt ett ansvar för huvudmännen. Regeringen bedömer dock att det till följd av de rådande omständigheterna finns behov av nationellt stöd. Regeringen tillsätter därför en särskild utredare, som ska fungera som nationell samordnare, i syfte att stödja kommunerna i deras arbete med att skapa förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre. Samordnaren ska tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare.

Samordnaren ska bl.a.

- utifrån sina noga avvägda analyser, stödja och initiera förändringsarbete i kommunalt finansierade verksamheter inom vård och omsorg i syfte att göra det möjligt att behålla och rekrytera personal, såväl män som kvinnor, och

- till kommuner föreslå och förmedla goda exempel på välfärdstekniska lösningar som är ändamålsenliga och kostnadseffektiva och som bör prioriteras i syfte att avlasta personalen och effektivisera verksamheten.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2021.

Utgångspunkter som påverkar en hållbar kompetensförsörjning

Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. Man ska kunna åldras i trygghet med bibehållet oberoende så länge som möjligt, och den vård och omsorg som erbjuds ska vara jämställd och jämlik, oavsett var i landet man bor. God bemanning och en effektiv organisering av arbetet leder till trygghet och säkerhet för den äldre.

En allt större andel äldre i befolkningen i kombination med stora pensionsavgångar innebär stora utmaningar för kompetensförsörjningen av vård- och omsorgspersonal i den kommunalt finansierade vården och omsorgen. För att klara den framtida kompetensförsörjningen behöver verksamheterna rekrytera nya medarbetare samt investera i personalens kompetens för att skapa förutsättningar för att vilja stanna kvar i yrket. Det kan t.ex. handla om att använda personalens befintliga kompetens mer effektivt, skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö, ge stöd och utbildning i kunskapsbaserade metoder och arbetssätt, erbjuda karriärmöjligheter i yrket och använda tekniken på ett effektivt sätt som gynnar personalens arbetssituation.

I betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) framkommer att under 2017 utgjorde undersköterskor 51 procent, vårdbiträden och vårdare 32 procent och sjuksköterskor 7 procent av all vård- och omsorgspersonal i kommunal verksamhet. Cirka 92 procent av undersköterskorna och skötarna anställda i kommunal vård och omsorg är kvinnor. Det är således relativt få män i dessa yrkesgrupper vilket innebär att rekryteringsbasen skulle vidgas om ett större antal män sökte sig till yrket. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) väntas efterfrågan på vård- och omsorgsutbildad personal öka ytterligare efter år 2020. Under de senaste tre åren har andelen arbetsgivare som rapporterar brist på nyutexaminerade individer med gymnasial vård- och omsorgsutbildning ökat. År 2017

uppgav sex av tio arbetsgivare att de hade svårt att rekrytera nyutexaminerade med nämnda utbildning. SCB bedömer att det sammantaget finns risk för stor brist på vård- och omsorgsutbildade år 2035.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uppskattar i rapporten Sveriges viktigaste jobb finns i välfärden – rekryteringsrapport 2018 att välfärden kommer att behöva öka antalet anställda med knappt 200 000 personer fram till 2026, om inga förändringar sker. Därtill har SKL utarbetat nio rekryteringsstrategier för att möta utmaningarna och bedömer att rekryteringsbehovet (behoven av välfärd plus pensioneringarna bland anställda i välfärden) kan minska med 180 000 personer med hjälp av tre olika strategier. Dessa handlar om att få fler personer att utöka sin arbetstid, förlänga tiden en person befinner sig i arbetslivet samt om att utnyttja tekniken bättre.

Olika typer av välfärdsteknik kan öka tryggheten och stärka självständigheten hos äldre som är i behov av samhällets stöd. Användningen av välfärdsteknik har ökat i landet, men från låga nivåer. Socialstyrelsen konstaterade i sin årliga rapport E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019 – uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna (2019) att utvecklingen är ojämn och att de flesta kommuner genomför test- och pilotprojekt med välfärdsteknik. Av rapporten framgår också att utvecklingen av e-tjänster i socialtjänsten är fortsatt långsam. Allt fler kommuner inför välfärdsteknik, men i de allra flesta fall handlar det om pilotprojekt. Den teknik som flest kommuner arbetar med är trygghetskameror, GPS-larm, vårdplanering med video, elektroniska lås, passiva larm/sensorer och medicinpåminnare.

Konstaterade brister i arbetsmiljön

Under åren 2013–2017 hade, enligt Arbetsmiljöverket, 60 procent av de anmälda arbetsskadorna inom äldreomsorgen organisatoriska och sociala orsaker. Myndigheten anser att stress på grund av för hög arbetsbelastning, ohälsosamma arbetstider eller olika slags kränkande särbehandling kan öka risken för att medarbetare genomför arbetsuppgifter på ett riskfyllt sätt med påföljden att de skadar sig allvarligt. Regeringen gav 2016 Arbetsmiljöverket i uppdrag att genomföra en nationell tillsyn av äldreomsorgen. I myndighetens rapport Tillsyn

av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen (A 2016/00159/ARM) konstaterar myndigheten att det finns ett stort behov av att förbättra det förebyggande arbetsmiljöarbetet inom äldreomsorgen. I rapporten framkommer att det inom såväl hemtjänst som särskilda boendeformer finns en hög sjukfrånvaro bland personalen till följd av olyckor och arbetsrelaterade sjukdomar. Det beror bl.a. på stor arbetsmängd och arbetsbelastning, intressekonflikter, fallolyckor samt hot och våld. Arbetsmiljöverkets tillsyn fortsätter under hela 2019 och inkluderar sedan 2018 även privata anordnare. Enligt Försäkringskassans rapport Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad (2018) är sjukfrånvaron högst inom vård, omsorg och sociala tjänster som också sysselsätter många kvinnor.

Arbetsmiljöverkets redovisning stämmer med tidigare iakttagelser av t.ex. andra myndigheter och fackliga organisationer om förekomsten av sämre arbetsmiljö i kvinnodominerade branscher. För att öka kunskapen om bakgrunderna till detta utlyste forskningsrådet Forte under 2016 forskningsmedel för projekt som handlade om just arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer. Bland de tio utvalda projekten finns ett projekt som innebär att man ska titta närmare på hur arbetsförhållandena inom hemtjänsten kan förbättras. Slutredovisning ska ske under 2020.

Uppdraget att främja en god arbetsmiljö

Kompetensförsörjningen är ett ansvar som främst ska hanteras och beslutas på kommunal nivå. Regeringen bedömer dock att den rådande situationen med fler äldre och med stora pensionsavgångar inom vård- och omsorgsyrken är en utmaning som kräver nationellt stöd. En viktig aspekt är att tillsättandet av den nationella samordnaren avser att stödja huvudmännen i deras situation, inte att överta ansvaret. Den nationella samordnaren får i uppdrag att bl.a. stärka ledarskapet och stimulera nya kunskapsbaserade arbetssätt som är ändamålsenliga för såväl brukare och patienter som personal, bidra till forum för erfarenhetsutbyte mellan kommuner för en god arbetsmiljö samt tillvarata teknikens möjligheter. För att samordnarens uppdrag ska leda till varaktiga förändringar är det av stor vikt att beakta hur förändringsarbetet i verksamheterna kan genomföras och tillämpas.

Ett stärkt ledarskap

Arbetsgivarnas förmåga att rekrytera och behålla personer med rätt kompetens liksom att organisera verksamheten effektivt är avgörande för att säkerställa kompetensförsörjningsbehovet. Om personalen saknar förutsättningar att utföra sina arbetsuppgifter så att verksamheten kan hålla hög kvalitet, kan det orsaka risker för patienten och brukaren och leder sannolikt även till att personal inte vill stanna kvar i yrket. Det är arbetsgivarnas ansvar att se till att det finns rätt kompetens för de arbetsuppgifter som ska utföras. Ledarskapet har stor betydelse, inte minst för att brukare och patienter ska få förtroende för den vård och omsorg som ges. Såväl chefer som övrig personal behöver som sagt ha förutsättningar för att utföra sitt arbete. Det handlar främst om att personalen ska ha rätt kompetens för sina arbetsuppgifter men lika väl om att personalen ska finna sitt yrke meningsfullt och ha möjligheter att utvecklas och påverka sin arbetssituation.

Med en tillitsbaserad styrning och ledning ska kvaliteten i offentligt finansierade tjänster bibehållas och ökas. Detta är en av Tillitsdelegationens utgångspunkter. Delegationen fick i juni 2016 regeringens uppdrag att analysera och föreslå hur styrningen av välfärdstjänster i offentlig sektor, inom ramen för de befintliga regelverken, kan utvecklas för att i större omfattning ta tillvara medarbetarens kompetens och erfarenhet. I betänkandet *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn* (SOU 2018:47) betonar delegationen att det behövs mer kunskapsutveckling och kollegialt lärande samt att medarbetarens kunskap och kompetens används som en självklar resurs i verksamhetsutveckling och innovationsarbete. En ändring av styrningen i denna riktning bidrar också till bättre kvalitet för brukaren, enligt delegationen.

Den statliga kunskapsstyrningen är en viktig resurs för och utgångspunkt i frågor som rör kompetensförsörjning. Syftet med den statliga kunskapsstyrningen är att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom verksamheterna. Ambitionen är att medarbetare ska kunna fatta beslut om lämpliga insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap kombinerad med patientens eller brukarens egna erfarenheter. En förutsättning är att personalens behov av kunskapsstöd och andra kompetenshöjande insatser tillgodoses.

Chefer inom äldreomsorgen har ofta ansvar för flera verksamheter och stora personalgrupper. Detta ställer höga krav på enhetscheferna som parallellt med ledningen av det dagliga arbetet även ska utveckla verksamheter som uppges ha begränsade resurser. I Socialstyrelsens uppföljningsrapport Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen (2017) samt Stockholms läns Äldrecentrums rapport Röster från hemtjänsten (2015) uppmärksammades att det finns strukturella problem, främst när det gäller hur hemtjänsten organiseras och personalens förutsättningar att utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt sätt. Vidare konstateras i studien Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? (2017) från Stockholms universitet ett tydligt samband mellan viljan att sluta i arbetet och brister i fråga om stöd från chefer och utvecklingsmöjligheter i arbetet. Enligt rapporten är det mer än dubbelt så vanligt att allvarligt ha övervägt att sluta bland dem som aldrig upplever att de får stöd av den närmaste chefen jämfört med dem som oftast upplever sådant stöd. Detta gäller även möjligheten att lära nytt och utvecklas i arbetet liksom när det gäller tid att diskutera arbetet med sina arbetskamrater. Kontinuerligt stöd från chefen, mer tid att diskutera arbetet med kollegor och ökad möjlighet att utvecklas i arbetet är exempel på faktorer som gör det lättare för fler som arbetar i hemtjänst eller i äldreboenden att vilja stanna kvar i arbetet.

En kartläggning av bl.a. undersköterskors arbetsuppgifter har gjorts i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20). Kartläggningen visar dels att företrädare för verksamheterna uppfattar att det förekommer flera brister bland de anställda undersköterskorna inom viktiga kompetensområden, dels att differentiering av arbetsuppgifter mellan undersköterskor och vårdbiträden ofta saknas i kommunala verksamheter. Det kan finnas flera orsaker till den rådande situationen. I slutändan är det alltjämt arbetsgivarens ansvar att säkerställa vilken kompetens de anställda har och organisera arbetet därefter. Utredningen föreslår att en skyddad yrkestitel för undersköterskor ska införas. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Kunskapsbaserade metoder för genomförande av förändringsarbete i verksamheterna

Förändringsarbete kräver uthållighet, tålamod och tillförsikt från såväl ledning som medarbetare. Inte minst behöver en tydlig struktur samt riktning om vad målet med utvecklingsprocessen är förankras och tillämpas i organisationen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys initierade 2017 ett forskningsuppdrag som resulterade i en kunskapsöversikt, Implementering i vården (2018), som avser att identifiera övergripande utmaningar för implementering samt bidra till att skapa bättre förutsättningar till lärande och utveckling i vården och omsorgen. Promemorian lyfter bl.a. fram vilka faktorer som kan vara kritiska för ett projekts möjligheter att bidra till långsiktigt lärande.

Identifiera prioriterade välfärdstekniska lösningar

Välfärdsteknik kan ha stor betydelse inom vård och omsorg för att stärka den äldre genom att öka förutsättningarna för ökad delaktighet och trygghet i hela landet. Dessutom kan teknik underlätta vardagen för anhöriga. Vidare kan välfärdstekniska lösningar effektivisera verksamheterna och kan, rätt använda, frigöra tid för personalen som kan användas för samtal, gemensamma måltider och mänsklig närvaro. Mot bakgrund av den förväntade ökade bristen på arbetskraft även framgent behöver personalens tid och kunskaper användas för de insatser där de gör bäst nytta, dvs. på de olika insatser som inte kan ersättas av tekniska lösningar.

Regeringen har fattat flera beslut i syfte att främja ökad användning av välfärdsteknik. I augusti 2018 tillsatte regeringen Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (dir 2018:82). Utredningen ska lämna förslag på åtgärder som kan främja införandet av välfärdsteknik för ökad trygghet, som stärker självständighet och livskvalitet för äldre och som avlastar personal, frigör mer tid för personalen med de äldre samt moderniserar verksamheten. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020. Vidare uppdrog regeringen i mars 2019 till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera vilka effekter välfärdstekniska lösningar har för brukare och personal samt dessa lösningars påverkan på kostnader och effektivitet i omsorgens organisation (S2019/01518/FST). Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2020.

Regeringen beslutade i juni 2018 om särskilda stimulansmedel till kommuner för investeringar i välfärdsteknik i omsorgen (S2018/03799/FST). Enligt Socialstyrelsens redovisning rekviderade samtliga kommuner medel och den största delen av medlen riktades till målgruppen äldre. Medlen har använts till att digitalisera arbets sätt, för att öka tryggheten och säkerheten för den enskilde samt till att höja kvaliteten i verksamheten. Det är tydligt att det finns ett stort intresse hos kommunerna för att utveckla verksamheterna genom digitalisering och välfärdsteknik. Regeringen vill främja en ökad investeringstakt i välfärdsteknik i kommunsektorn och bedömer att ett underlag från en nationell samordnare kan bidra till ökad kunskap om vilka investeringar i välfärdsteknik som är mest ändamålsenliga.

Sprida goda exempel

Medarbetare som får bidra med sin kompetens och som trivs i sin arbetsmiljö är en förutsättning för att verksamheterna ska kunna erbjuda en vård och omsorg av god kvalitet. För att attrahera fler till yrket behöver även de goda exemplen lyftas fram och arbetsgivarna förmedla att yrken inom vård och omsorg är meningsfulla och att det är en viktig bransch för välfärden.

I många kommuner pågår det utvecklingsarbete inom vård och omsorg om äldre. Dessa goda exempel får dock ofta begränsad spridning bland relevanta aktörer. Olika sätt att åtgärda brister och möta utmaningar är att personalen kan lära av varandra, dela med sig av sina erfarenheter och skapa samarbete över kommungränserna. Det skulle kunna handla om olika lösningar för att undvika delade turer, skapa interprofessionella arbetsteam för att tillvara och dela kompetens vilket också gynnar patienten och brukaren eller hur välfärdsteknik har effektiviserat verksamheten och bidragit till ökad kvalitet för såväl brukarna som personalens arbetsmiljö. Inte minst kan det vara gynnsamt ur ett styrnings- och ledningsperspektiv att dra lärdomar från olika typer av organisationer, vilket också är en slutsats som Sveriges Företagshälsor drar i rapporten *Arbetsmiljö, hälsa och organisation – hur hänger det ihop och varför?* (2019). I rapporten framhålls bl.a. nyttan för offentlig och privat verksamhet av att utbyta erfarenheter i syfte att skapa en god arbetsmiljö.

Uppdraget

Samordnaren ges i uppdrag att stödja och initiera förändringsarbete i kommunalt finansierade verksamheter inom vård och omsorg för att främja en god arbetsmiljö och hållbar kompetensförsörjning. Samordnaren ska genomföra uppdraget med beaktande av det som anges ovan om ett stärkt ledarskap, om att sprida goda exempel och om kunskapsbaserade metoder för genomförande av förändringsarbete i verksamheterna samt om att identifiera ändamålsenliga välfärdstekniska lösningar utifrån de erfarenheter verksamheterna delar med sig av. I uppdraget ingår inte att lämna författningsförslag.

Samordnaren ska göra följande:

- Utifrån sina noga avvägda analyser, stödja och initiera förändringsarbete i kommunalt finansierade verksamheter inom vård och omsorg i syfte att göra det möjligt att behålla och rekrytera personal, såväl män som kvinnor.
- Föreslå kunskapsbaserade metoder för att säkerställa genomförande och tillämpning av förändringsarbete i verksamheterna.
- Stödja kommunerna i erfarenhetsutbyte om framgångsrikt ledarskap och nya arbetssätt som bidragit till en god arbetsmiljö. Särskilt fokus ska läggas på att skapa förutsättningar för fortsatt erfarenhetsutbyte och samarbete efter att samordnarens uppdrag är slutfört.
- Aktivt verka för att synliggöra och sprida goda exempel på arbetssätt och arbetsvillkor inom kommunalt finansierad vård och omsorg.
- Till kommuner föreslå och förmedla goda exempel på välfärdstekniska lösningar som är ändamålsenliga och kostnadseffektiva och som bör prioriteras i syfte att avlasta personalen och effektivisera verksamheten.
- Utifrån sina verksamhetsnära observationer, lämna en slutrapport med rekommendationer och bedömningar av insatser på kommunnivå för att främja en hållbar kompetensförsörjning. Rapporten ska även innehålla samordnarens iakttagelser om vilka välfärdstekniklösningar som är mest ändamålsenliga och effektiva.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Vid genomförandet av uppdraget ska samordnaren föra en dialog med framför allt SKL men även med andra relevanta myndigheter och aktörer som t.ex. Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Arbetsmiljöverket, E-hälsomyndigheten, Vårdföretagarna, Valfärdskommissionen, Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen (S 2018:11), Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01), Utredningen om framtidens socialtjänst (S 2017:03), Utredningen om fast omsorgskontakt (S 2019:02), Tillitsdelegationen (Fi 2016:03), Forte, Kommunalarbetareförbundet samt Sveriges företagshälsor. Samordnaren ska samråda särskilt med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen utifrån sitt uppdrag om välfärdstekniklösningar i kommunerna i syfte att tillvarata potentiella synergier.

Samordnaren ska ha ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt och aktivt verka för att skapa goda förutsättningar att få genomslag bland berörda aktörer. Befintliga regionala strukturer för samverkan och erfarenhetsutbyte inom socialtjänsten är här en viktig resurs att ta tillvara. I arbetet ingår också att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget.

Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som bestäms i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2021.

(Socialdepartementet)

Indikatorer för uppföljning

Denna bilaga innehåller de indikatorer för uppföljning som föreslås i kapitel 8–11, vad respektive indikator mäter, källor och var indikatorerna redovisas.

Kapitel 8 Förnya, behålla och utveckla kompetens

Indikator 1: Andel omsorgspersonal (%) i särskilt boende med adekvat utbildning, vardagar

Redovisas: Socialstyrelsens webbplats och Kolada.

Täljare: Antal omsorgspersonal i särskilt boende med adekvat utbildning, enligt schema kl 9.00 under vardagarna de två första veckorna i mars månad multiplicerat med 100 för redovisning i procent.

Nämnare: Totalt antal omsorgspersonal i särskilt boende enligt schema kl 9.00 under vardagarna de två första veckorna i mars månad.

Källa: Enhetsundersökning, Socialstyrelsen, indikator nr 25.

Indikatorns resultat redovisas i Exceltabellen: Resultat – Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso- och sjukvård. Flik: SÄBO, kommun, län riket. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende - Socialstyrelsen

Indikatorn redovisas även i Kolada:
Jämföraren – Kolada

Måter: Andel omsorgspersonal (enligt definition) med adekvat utbildning i särskilt boende under vardagar två veckor i mars.

I syfte att tillgodose de enskildas behov i enlighet med lag, vetenskap och beprövad erfarenhet måste det finnas tillgång till personal med adekvat utbildning. Ett högt värde är önskvärt.

Nuvarande definition på utbildning: Med omsorgspersonal avses all den personal som utför vård- och omsorgsuppgifter inom socialtjänstens äldreomsorg, inklusive delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter, till exempel undersköterskor, vårdbiträden, äldrepedagoger eller Silviasystrar. Här inkluderas även personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal.

Med adekvat utbildning avses: Utbildning enligt den äldre studieordningen: den äldre undersköterskeutbildningen om 32 eller 40 veckor, 31 veckors specialkurs, utbildning till skötare i psykiatrisk vård, vårdinriktad kompletteringskurs, tvåårig vårdlinje, mental-skötarutbildning, två eller tre terminer.

Den äldre gymnasieutbildningen, det vill säga en treårig omvårdnadslinje eller omvårdnadsprogrammet (kurser om minst 1 350 gymnasiepoäng i karaktärsämnen). Studieordningen enligt Vård- och omsorgsprogrammet GY 2011 (kurser om minst 1 400 gymnasiepoäng i programgemensamma karaktärsämnen samt programfördjupning inom geriatrik/gerontologi). Vissa specialistkompetenser, exempelvis äldrepedagoger, Silviasystrar eller personal med högskoleutbildning inom vård- eller omsorgsområdet som tjänstgör som omsorgspersonal.

Uppdateras enligt nya utbildningsmodellen under 2021.

Kapitel 9 Stärk ledarskapet

Indikator 1: Antal sjuksköterskor per antalet patienter i särskilt boende, vardagar.

Redovisas: Socialstyrelsens webbplats och i Kolada.

Täljare: Antal sjuksköterskor i särskilt boende, under vardagarna enligt schema kl 9.00 den första veckan i mars månad.

Nämnare: Antal personer som sjuksköterskorna enligt täljaren har ansvar för i det särskilda boendet plus eventuella hemsjukvårdspatienter som sjuksköterskorna samtidigt ansvarar för.

Källa: Enhetsundersökningen, Socialstyrelsen, indikator B10.

Indikatorns resultat redovisas i Exceltabellen: Resultat – Enhetsundersökningen om äldre och kommunal hälso och- sjukvård. Flik: SÄBO, kommun, län riket. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende – Socialstyrelsen

Indikatorn redovisas även i Kolada:
Jämföraren – Kolada

Mäter: Tillgång till sjuksköterskor i särskilt boende i vården och omsorgen om äldre under vardagar första veckan i mars. Syftet med indikatorn är att öka kunskapen i kommunen och tydliggöra tillgången på hälso- och sjukvårdskompetens i särskilt boende.

Kapitel 10 Skapa trygga anställningsförhållanden och en god arbetsmiljö

Indikator 1: Heltidsarbetande månadsavlönade inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, andel (%).

Redovisas: i Kolada.

Täljare: Antal heltidsanställda (100 procent överenskommen sysselsättningsgrad) månadsavlönade inom omsorg om äldre och personer

med funktionsnedsättning. Multiplicerat med 100 för redovisning i procent. Avser kommunalt anställda i november månad.

Nämnare: Samtliga månadsanställda inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.

Källa: Kolada, SKR:s personal- och lönestatistik (novemberstatistiken).

Resultaten presenteras i Kolada under Jämföraren/Personal/Heltidsresan.

www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16707&tab_id=115967

Måter: Arbetskraftens fördelning på arbetsmarknaden vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Indikatorn omfattar endast kommunalt anställd personal. Indikatorn inkluderar även personal som arbetar inom funktionshinderområdet. Syftet med indikatorn är att öka kunskapen och tydliggöra hur arbetskraftens fördelning ser ut i kommunen.

Indikator 2: Tillsvidareanställd månadsanställd personal inom vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, andel (%)

Redovisas: i Kolada.

Täljare: Antal tillsvidareanställda månadsavlönade inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning multiplicerat med 100 för redovisning i procent. Avser kommunalt anställda i november månad.

Nämnare: Samtliga anställda inom samma verksamhetsområde (tillsvidareanställda månadsavlönade plus timanställda). Avser kommunalt anställda i november månad.

Källa: Kolada, SKR:s personal- och lönestatistik (novemberstatistiken).

Resultaten presenteras i Kolada under Jämföraren/Personal/Heltidsresan.

www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16707&tab_id=115967

Måter: Anställningstryggheten på arbetsmarknaden vård och omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Indikatorn omfattar endast kommunalt anställd personal. Indikatorn inkluderar även personal som arbetar inom funktionshinderområdet. Syftet med indikatorn är att öka kunskapen och tydliggöra hur anställningstryggheten ser ut i kommunen.

Indikator 3: Andel av den heltidsanställda månadsavlönade personalen inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning som är män, andel (%).

Redovisas: Beräknas från uppgifter i Kolada. Indikatorn finns inte redovisad utan beräknas som kvoten mellan täljare och nämnare.

Täljare: Antal heltidsanställda (100 procent överenskommen sysselsättningsgrad) månadsavlönade män inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Multipliserat med 100 för redovisning i procent. Avser kommunalt anställda i november månad.

Nämnare: Samtliga heltidsanställda (100 procent överenskommen sysselsättningsgrad) månadsanställda inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Avser kommunalt anställda i november månad.

Källa: Kolada, SKR:s personal- och lönestatistik (novemberstatistiken).

Resultaten presenteras i Kolada under Jämföraren/Personal/Heltidsresan.

www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=16707&tab_id=115967

Måter: Andel män som är kommunalt heltidsanställda månadsavlönade på arbetsmarknaden för vård och omsorg om äldre och per-

soner med funktionsnedsättning i november. Indikatorn omfattar endast kommunalt anställd personal. Indikatorn inkluderar även personal som arbetar inom funktionshinderområdet.

Används i detta fall för att skatta könsfördelningen på arbetsmarknaden för vård och omsorg om äldre. Om det är vanligare att män arbetar heltid jämfört med hur kvinnorna arbetar ger denna indikator en överskattning av andelen män. Det gäller även om det är förhållandevis fler män som arbetar inom funktionshinderområdet jämfört med inom äldreomsorgen. Indikatorn används i syfte att öka kunskapen och tydliggöra hur fördelningen ser ut i kommunen. Breddad rekryteringsbas.

Kapitel 11 Ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst

Strategi, utveckling och kompetens: Kommunen har styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik inom socialtjänsten,

Indikator 1: Kommunen har styrande dokument för införande av eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik.

Redovisas: Socialstyrelsens webbplats.

Täljare: Det finns eller det finns inte styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik i kommunen.

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

Uppgifterna efterfrågas varje år i Socialstyrelsens undersökning om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna och kan sedan hämtas från Socialstyrelsens ”jämförelseverktyget e-hälsa”.

I jämförelseverktyget finns kommunernas resultat under Styrande dokument och resurser. PxWeb – välj tabell (socialstyrelsen.se)

Måter: Om det finns styrande dokument om införande eller användning av e-hälsa eller välfärdsteknik i kommunen. Syftet är att tydliggöra i kommunen om det finns styrande dokument för digitalisering.

Indikator 2: Tillgång till internet för den enskilde i särskilda boenden för äldre.

Redovisas: Socialstyrelsens webbplats.

Täljare: Det finns eller det finns inte tillgång till internetuppkoppling i särskilt boende.

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning om e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

Uppgifterna efterfrågas varje år i Socialstyrelsens undersökning om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna och kan sedan hämtas från Socialstyrelsens ”jämförelseverktyget e-hälsa”.

I jämförelseverktyget finns kommunernas resultat under Välfärdsteknik. PxWeb – välj tabell (socialstyrelsen.se)

Måter: Tillgång till internetuppkoppling i särskilt boende. Syfte med indikatorn är att öka kunskapen i kommunen och tydliggöra hur infrastrukturen ser ut i särskilt boende i kommunen.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

- En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]
- Ett moderniserat konsumentskydd. [17]
- Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]
- Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]
- Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]
- Ett nytt regelverk för bygglöv. Del 1 och 2. [47]

Infrastrukturdepartementet

- Säker och kostnadseffektiv it-drift
rättsliga förutsättningar för
utkontraktering. [1]
- Vem kan man lita på? Enkel och ändamåls-
enlig användning av betrodda tjänster
i den offentliga förvaltningen. [9]
- Ökade möjligheter att förhindra illegal
handel via post. [29]
- Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

- Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. [2]
- Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]
- Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. [7]
- Andra chans för krisande företag
– En ny lag om företagsrekonstruktion.
[12]
- En teknikneutral grundlagsbestämmelse
för regeringsbeslut. [13]
- Föreningsfrihet och terroristorganisationer.
[15]

- Bolags rörlighet över gränserna.
Volym 1 & 2. [18]
- Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av
brottmålsdomar mot tredjelandsmed-
borgare. [20]
- Struktur för ökad motståndskraft. [25]
- Ett förbud mot rasistiska organisationer.
[27]
- En stärkt rättsprocess och en ökad lag-
föring. [35]
- Gode män och förvaltare – en översyn.
[36]
- En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]
- Ett förstärkt skydd mot sexuella
kränkningar. [43]
- Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]
- Kommuner mot brott. [49]
- Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Kulturdepartementet

- Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

- Radiologiska skador – skadestånd,
säkerheter, skadereglering. [10]
- En klimatanpassad miljöbalk för samtiden
och framtiden. [21]
- Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]
- Använd det som fungerar. [26]
- I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040.
[48]
- Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar.
Vol. 1 och 2. [51]

Näringsdepartementet

- En EU-anpassad djurläkemedels-
lagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Socialdepartementet

- Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]
- När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]
- Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]
- En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]
- Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]
- Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]
- Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]
- Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]
- VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]
- Tillgänglighetsdirektivet. [44]
- Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Utbildningsdepartementet

- Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]
- Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
- Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]
- Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]
- En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0139-9 ISSN 0375-250X