



# Statliga stimulansåtgärder för att främja kvalitén i äldreomsorg

RAPPORT AV  
SVEN ERIK WÅNELL, STOCKHOLMS LÄNS ÄLDRECENTRUM,  
PÅ UPPDRAG AV UTREDNINGEN NATIONELL  
KVALITETSPLAN FÖR ÄLDREOMSORGEN

## Förord

I uppdraget att ta fram ett förslag till en kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre konstaterade jag tidigt att det fanns ett behov av att lära av tidigare satsningar. Under mer än 20 år har området vård och omsorg om äldre varit föremål för olika nationella satsningar. Vad kan vi lära av dem? Vad har lett till en högre kvalitet och ökad effektivitet? Vilka har dessa satsningar nått fram till? Jag gav därför ett uppdrag till Stockholms läns äldrecentrum och Sven Erik Wånell att gå igenom de statliga satsningar som genomförts under åren 1995 till 2015. I uppdraget ligger att beskriva satsningarna, vad utvärderingar och uppföljningar av satsningarna har visat samt vad dessa kostat. Uppdraget innebär även att dra slutsatser utifrån det sammanställda materialet.

Rapporten är en mycket viktig kunskapskälla till utredningens förslag till en nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre.

Vi är inte den första utredningen och långt ifrån den sista, och så tror jag att det måste vara.

Stockholm den 22 juni 2016

Susanne Rolfner Suvanto

Rapportens innehåll och slutsatser är författarens egna.



## Innehåll

Sammanfattning.....	1
Fem steg till framgång med stimulansmedel .....	3
Syfte.....	4
Avgränsning.....	4
Bakgrund.....	4
Material för delstudien.....	4
Disposition av rapporten .....	5
Rehab äldre 300 (1996-1997).....	6
Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen .....	6
Utvärderingar .....	6
Vad fanns kvar några år senare?.....	7
Särskilda satsningar för att implementera den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.....	10
Bakgrund och mål.....	10
Personalförsörjning.....	11
Kvalitetssäkring .....	11
Samverkan mellan huvudmännen.....	12
Forskning.....	12
Stimulansmedel för uppsökande verksamhet .....	13
Stimulansbidrag för nya försök och initiativ .....	14
Anhörig 300 med föregångare och efterföljare .....	16
Anhörig 300 (1999–2001).....	16
Nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården (2001–2004) .	17
Nya medel (2005–2010).....	17
Nationellt kompetenscentrum .....	18
Långsiktiga effekter? .....	18
Kompetensstegen (2005-2007) .....	19
Bakgrund.....	19
Kommittén Kompetensstegen.....	20
Statskontorets utvärdering .....	21
IMS utvärdering.....	22
Stimulansmedel för att höja kvaliteten i äldreomsorgen (2006–2011) ...	24
Bakgrund.....	24

År 2006.....	24
År 2007–2009.....	25
År 2010–2011.....	25
Socialstyrelsens utvärderingar .....	26
Utvärdering från Livsmedelsverket.....	28
Hälsocoacher .....	29
Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre (2010–2014).....	30
Överenskommelser regeringen och SKL.....	30
Prestationsersättning till kvalitetsregister (2010-2014) .....	31
Statskontorets utvärdering .....	31
Livsmedelsverkets utvärdering .....	32
Prestationsersättningar för bättre läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (2012–2014) 33	
Ersättningen.....	33
Ersättningsmodellen .....	33
Utvärderingar av effekter.....	36
Hur användes prestationsersättningarna? .....	38
19 försöksverksamheter (2010-2012) .....	39
Systematisk kunskapsuppbyggnad? .....	40
Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten (2011–2014) .....	42
Omvårdnadslyftet (2011–2014) .....	44
Nationell värdegrund inom äldreomsorgen (2011–2014) .....	47
Prestationsbaserad ersättning.....	47
Socialstyrelsens uppföljning .....	47
Utformningen av prestationsersättningarna .....	48
Statligt stöd till bostäder för äldre .....	50
Särskilt boende .....	50
Utvecklingen av antal lägenheter och boendestandard.....	51
Bostadsstandard.....	51
Behovstäckning .....	52
Effekter av investeringsstödet? .....	53
Trygghetsbostäder.....	54
Utvecklingen av antalet lägenheter .....	54
Seniorbostäder .....	55

Behov.....	55
Effekter av investeringsstödet .....	56
Nytt investeringsstöd?.....	56
Behov av mer forskning .....	57
Statligt stöd till utveckling av teknik för äldre .....	58
Teknik för äldre .....	58
Försöksverksamheter .....	59
Exempel på insatser som syftar till ökad kunskap .....	59
Viktiga resultat .....	59
Behov av långsiktighet .....	60
Bo bra på äldre dar.....	61
Effekter?.....	61
Och sen? .....	62
Stimulansmedel 2015- .....	63
Öka bemanning .....	63
Svårt att utvärdera .....	64
Kunskapsatsning för baspersonal .....	65
Stöd till innovativa lösningar .....	67
Övergripande diskussion .....	69
Stora belopp – till vilket värde? .....	69
Snabb effekt, men långsiktig?.....	69
Vad är uppföljningsbart, och uppföljningsvärt?.....	70
Kvalitet – ett svårfångat begrepp.....	71
Personcentrerad omsorg.....	71
Sammanhållen vård och omsorg.....	72
Undvika dålig vård .....	72
Kompetensutveckling .....	73
Lära och göra nytt, hur går det till?.....	74
Forskningens och FoU-miljöernas roll .....	74
Ge förutsättningar eller styra?.....	76
Låt tusen blommor blomma .....	76
Riktade satsningar .....	76
Stimulera eller premiera?.....	77
Överenskommelser och stimulansmedel som styrmedel .....	77

Långsiktighet .....	78
När nya satsningar ska stimuleras fram .....	78
När det som utförts ska premieras.....	79
Stimulera långsiktighet.....	79
Aktörerna.....	80
Några avslutande slutsatser .....	82

## Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att ge ett underlag till utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen vid en eventuell utformning av fortsatta statliga stimulansmedel för att stödja implementeringen av utredningens förslag. Studien bygger på 17 satsningar regeringen gjort under en 20-årsperiod och belyser också något de två som den nuvarande regeringen initierat. Stimulansmedel till utbyggnad av särskilt boende och trygghetsbostäder samt teknikutveckling redovisas i två separata avsnitt.

För de projekt som bedrivits åren 1996–2014 har anslagits sammantaget drygt 13 miljarder kronor, och för de två satsningar den nuvarande regeringen initierat har anslagits 7,2 miljarder kronor. Stimulansmedlen har bl.a. syftat till kompetensutveckling, säkrare vård och bättre samordning mellan huvudmännen med det övergripande syftet att främja kvalitetsutveckling. Målgruppen har vanligen varit äldre med behov av insatser från båda huvudmännen, de mest sjuka äldre, även om flera satsningar enbart varit riktad till personalen.

Det är svårt att bedöma vilka effekter satsningarna haft, åtminstone om ambitionen är att se om de inneburit en bättre kvalitet – t.ex. i form av en mer personcentrerad, kunskapsbaserad och sammanhållen vård och omsorg. Eller om livskvaliteten ökat för de äldre personer som varit målgrupp för satsningarna. Det är svårämbara variabler, och skulle man kunna mäta förändringar är det svårt att identifiera vad som beror på enskilda faktorer, typ statliga stimulansmedel.

Ett genomgående mönster har varit att stimulansmedlen utformats utan att hänsyn tagits till vad som krävs för att kunna utvärdera. Det innebär att när en summering görs av de olika satsningarna så går det inte att dra säkra slutsatser varken kring effekter av stimulansmedlen eller om hur stimulansmedel bör utformas. Allt talar för att det samma gäller för de pågående satsningarna.

Detta innebär inte att stimulansmedlen gått spårlöst förbi. Några positiva resultat skulle kunna summeras som

- De har satt fokus på de områden som omfattats av satsningen.
- Eldsjälar har fått möjlighet att pröva sina idéer.
- Personal har fått utbildning som sannolikt inte skulle ha varit möjligt annars.
- Nya organisationsformer har kunnat prövas, såsom rehabteam och demensteam.
- Metoder för säkrare vård har spritts, t.ex. läkemedelsgenomgångar och kvalitetsregister som Senior Alert.



Risker som påtalats är bl.a.

- Undanträngningseffekter, att de nationella satsningarna stör det lokala arbetet genom att ta tid och uppmärksamhet från det lokala arbetet med kvalitetssäkring och kompetensutveckling.
- Att kommunerna förlitar sig på statliga stimulansmedel och inte har en egen innovations-/utvecklingsstrategi och avsatta resurser för det.
- Bristande samordning med lokal planering och prioritering, med risk att stimulansmedlen blir engångshändelser i den enskilda kommunen
- Att den korta tid som genomgående stått till buds för att planera de projekt/utbildningar som ska genomföras med hjälp av stimulansmedlen inneburit att aktiviteter hastas fram och därför inte blir optimala.
- Den begränsade tid som funnits för att använda medlen innebär att det lokala arbetet inte kan genomföras utifrån sina egna tidsbehov utan utifrån en påtvingad tidtabell, och att det skadar möjligheten att avsluta och förankra på ett långsiktigt klokt sätt.
- Att stimulansmedlen normalt sett varit knutna till en mandatperiod vilket kan vara för kort för att kunna bedriva ett genomtänkt utvecklingsarbete.
- Att avsaknad av krav eller planer för forskning och utvärdering leder till att man inte tar tillvara den möjlighet stimulansmedlen ger att när aktörerna i fria former får pröva nytt kunna dra generaliserbara kunskaper.

Några reflektioner kring vad man bör tänka på vid eventuella kommande stimulansmedelssatsningar är

- *Långsiktighet* måste få vara grunden för utformandet av tidplaner, regelverk och finansiella ramar. Tid måste ges för de förberedelser som krävs. Regler att medlen ska vara förbrukade under budgetåret är kontraproduktiva och måste ersättas med ett system där utbetalda medel får disponeras under den tid som krävs för att genomföra det som är ändamålet med medlen. Satsningar behöver sträcka sig över en längre tid än en mandatperiod, och behöver därför arbetas fram i politisk samsyn för att undvika ryckighet. Det måste ligga ett tydligt ansvar på de som får stimulansmedel att de ska ingå i en tydlig plan så att det som sker med stimulansmedel kan leva vidare.
- Möjligheten till *kunskapsutveckling* måste tas tillvara. Regeringen kan genom riktade medel stimulera kommuner, landsting, FoU-miljöer och universitet att tillsammans systematiskt pröva organisationsformer och arbetsmetoder och utvärdera dessa med vetenskapliga metoder. Det är inte heller fel att låta tusen blommor blomma, men då måste det till en

trädgårdsmästare som tar hand om fröna och ser till att de kommer i god jord.

- *Lagstiftningsändringar* kan stödjas med stimulansmedel för att öka fokus på implementeringen. Ett exempel på det är stimulansmedlen för att implementera värdegrundsparagrafen. Om ändringen som gjordes i både Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om rätten till en samordnad individuell plan (SIP, lag 2009:981) hade följts av statliga stimulansmedel hade den kanske fått ett snabbare genomslag även inom äldreomsorgen.
- *Kompetensutvecklingen* inom vård och omsorg av äldre personer är ett permanent åtagande, och kan inte bedrivas i projektform. Det bör finnas en nationell plan för det långsiktiga arbetet och samspel mellan statlig nivå (Socialstyrelse, Skolverket), nationella kompetenscentra (t.ex. Svenskt demenscentrum och Nationellt kompetenscentrum Anhöriga), SKL, kommunernas utbildningsväsende inkl. Komvux/SFI och utförarna av vård och omsorg. Statens roll kan t.ex. vara att se till att Socialstyrelsen och de nationella kompetenscentra ges resurser att sammanställa och paketera kunskap.

#### **Fem steg till framgång med stimulansmedel**

- Ha dialog och var lyhörd i planeringen.
- Kräv förankring och tydliggörande av syfte i starten.
- Bygg nätverk och relationer i genomförandet.
- Lär av det som görs, ge förutsättningar för utvärdering.
- Fortsätt, utveckling har aldrig något slut.

## Syfte

Syftet med denna rapport är att ge ett underlag till utredningen Nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen inför en eventuell utformning av fortsatta statliga stimulansmedel för att stödja implementeringen av utredningens förslag.

## Avgränsning

Studien är avgränsad till stimulansmedel som metod för att stimulera en utveckling staten ser som önskvärd. Den handlar således inte om statens samlade styrning inom äldreomsorgsområdet. Den kan ske på många olika sätt, som via lagstiftning, före-skrifter, uppföljning, dialog, överenskommelser och stöd till kunskapsutveckling och implementering. Såväl hård som mjuk styrning har och kommer med all säkerhet att tillämpas. Alla dessa styrformer har kombinerats med stimulansmedel. Tekniken att använda stimulansmedel kan ses som förhållandevis neutral till vilken styrform som den ska stödja.

## Bakgrund

I princip varje regering har mot bakgrunden av målen för äldreomsorgen identifierat områden där måluppfyllelsen är låg eller där regeringen bedömt att det finns kvalitetsbrister. Genom olika stimulansmedel har regeringarna sökt främja en önskad utveckling. Stimulansåtgärderna har varit av olika karaktär och täckt in olika områden, vilket innebär att de kan ge en god erfarenhetsgrund för att bedöma vilka insatser på nationell nivå som kan vara verkningsfulla, och vad som kan krävas för att de ska bli det. Ska förslagen i en nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen ha en chans att genomföra verksamheterna och inte stanna som hyllvärmare så är det klokt att analysera vad som tidigare gjorts på nationell nivå för att stimulera den utveckling regeringen vill.

## Material för delstudien

Studien har främst använt följande typer av material

- Regeringsbeslut och uppdrag till myndigheter
- Underlag som tagits fram av Socialstyrelsen
- Utvärderingar och rapporter som gjorts av Socialstyrelsen och Statskontoret
- Rapporter och studier från bl.a. Myndigheten för vårdanalys, FoU-miljöer och universitet.

Källor har angivits i fotnot.

### **Disposition av rapporten**

Rapportens huvuddel består av redovisning av de större statliga stimulansmedels-satsningarna inom äldreområdet under de senaste 20 åren. För varje satsning ges en kortfattad beskrivning av mål och hur medlen fördelats, och därefter erfarenheter från de utvärderingar som gjorts. De nu pågående satsningarna redovisas.

I en avslutande del förs en mer generell diskussion om stimulansmedels möjligheter och begränsningar. Denna avslutas med några slutsatser.

## Rehab äldre 300 (1996-1997)

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen

Regeringen gav år 1995 Socialstyrelsen i uppdrag att intensifiera insatserna vad gäller rehabilitering av äldre. Tidiga uppföljningar av Ädelreformen hade visat att rehabiliteringen av äldre personer var ett av de områden där samverkan gisslade mest. I samband med detta ställdes 300 Mkr till kommunernas och landstingens förfogande som utvecklingsmedel. Medlen fördelades i proportion till andelen personer 65 år och äldre. En förutsättning för att pengarna skulle betalas ut var att kommun och landsting kom överens om hur medlen skulle användas och att de redovisade en gemensam plan för hur rehabiliteringsverksamheten skulle utvecklas.

Inriktningen på projekten varierade, vanliga områden var:

- kompetensutveckling av vårdbiträden och övrig vårdpersonal,
- utveckling av nya metoder och samverkansformer för rehabilitering, tydliggöra ansvarsgränser och ansvarsfördelning och säkra informationsöverföringen,
- uppbyggnad av gemensamma rehabiliteringsresurser.

Fokus var således dels på att uppmärksamma vikten av rehabilitering för äldre, dels att stimulera samverkan mellan huvudmännen.

Utvärderingar

Rehab Äldre 300 utvärderades nationellt av Socialstyrelsen och lokalt av olika FoU-miljöer. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen innebar att avrapporteringen av hur medlen använts skulle ske när projekttiden var slut. Då var många av projekten inte klara. Detta eftersom det tagit tid att utarbeta gemensamma projektplaner, rekrytera projektledare, starta och genomföra projekten. Socialstyrelsen tvingades därför att göra sin utvärdering innan de lokala utvärderingarna var klara. Den slutsats som kan dras inskränker sig därför till att utvärderingar av statliga satsningar måste ske med beaktande av de förutsättningar projekt normalt sett har, och att de vanligen inte stämmer överens med budgetår och i förväg fastställda tidplaner. Vidare att resultat normalt sett kan avläsas först efter något eller några år.

Från den utvärdering som gjordes i Stockholms län kan några resultat hämtas:

... gränsdragningsförsök och gråzonsproblematik i många fall lett till att äldre, framför allt i eget boende, inte fått de rehabiliterande insatser de varit i behov av.

Metoder för träning i hemmet utvecklades inom ramen för Rehab Äldre 300. En ambition i många projekt har varit att hemtjänstpersonalen ska

kunna svara för funktionsuppehållande och förebyggande insatser, med stöd av arbetsterapeut. Projekten pekar oftast på att vårdbiträdet är en viktig men mycket dåligt använd resurs i rehabiliteringskedjan.

Från de projekt som lyckats redovisades bl.a. vikten av att undersköterskor och vårdbiträden har ett nära samarbete med och kan handledas av rehabpersonal och att ett rehabiliterande förhållningssätt stöds av biståndsbeslutet. De projekt som arbetat med att sammanföra resurser över huvudmannaskapsgränserna till *en* rehabiliteringsfunktion hade bäst förutsättningar menade utvärderarna.<sup>1</sup>

Vad fanns kvar några år senare?

Socialstyrelsen tog under år 2000 initiativ till en uppföljning av Rehab äldre 300, för att se vad som då fanns kvar av det som utvecklats under projektiden. Några av resultaten som redovisades i rapporten är

De samverkansmodeller som mödosamt arbetats fram är dock sköra plantor. Det finns i vårt material flera exempel där anbudsupphandling riskerar att fragmentisera en vård som för de äldre med omfattande behov av både omsorg, sjukvård och rehabilitering behöver vara sammanhållen.

Det verkar idag finnas en mycket positiv samsyn både hos chefer, rehabpersonal och vårdpersonal vad gäller vikten av vardagsrehabilitering och rehabiliterande förhållningssätt. Dessa begrepp håller sakta på att fyllas med innehåll. Det finns dock en del hinder och utmaningar på vägen mot detta mål.

Den största utmaning kommunerna har är att hinna med i den snabba takt som patienter skrivs ut från slutenvården. Det är uppseendeväckande att så mycket av rehabilitering förs ut från länssjukvården utan att resurser i form av personal och kompetens följer med.

För vårdbiträden och undersköterskor är bristande tid ett problem när man ska arbeta vardagsrehabiliterande. Tidsbristen tycks idag större än problem med bristande kunskap. Det saknas arbetsmetoder för hur man ska kunna stå bredvid och stödja den äldres förmåga att klara sig själv utan att detta tar den tid man inte har. Rehabpersonalen är också i flertalet kommuner få och har därmed svårigheter att få tid att ge den fortbildning och handledning som krävs.

Med ledning av denna temperaturtagning på äldrerehabiliteringen gav utredarna bl.a. följande förslag:

- Regering/riksdag bör se över hur lagstiftning och statliga stimulansmedel skulle kunna underlätta samfinansierade rehabverksamheter.
- Socialstyrelsen bör tydliggöra kraven på gemensamma bedömningar som utgår från både SoL och HSL, där såväl

---

<sup>1</sup> Källa: Rehab äldre 300 slutrapport; Uppföljning av 43 projekt i Stockholms län för samordnad rehabilitering för äldre; Inger Weurlander, Sven Erik Wånell, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 1997:8.

sociala, medicinska som funktionsmässiga bedömningar görs och där den äldres rehabiliteringspotential tas tillvara.

- Anhörigas roll i rehabiliteringen behöver uppmärksammas.
- Kommunens rehabilitering bör vara en väl integrerad del av det team som omger de äldre med stora vård- och rehabiliteringsbehov, såväl i det särskilda boendet som i ordinärt boende.<sup>2</sup>

Äldrevårdsutredningen som tillsattes 2003 konstaterade i sitt slutbetänkande att ansvarsfördelningen mellan landsting och kommuner alltfjänt var otydlig vilket skapade konflikter och revirstrider mellan huvudmännen. Behovet av rehabilitering är eftersatt lyder en rubrik i betänkandet.

Det saknas ofta ett gemensamt synsätt på rehabilitering/habilitering både mellan olika yrkeskategorier inom landsting och kommuner och mellan de olika rehabiliteringsaktörerna i samhället. Gråzonen mellan funktionshöjande, funktionsbevarande och förebyggande insatser är ett av de största problemen i dialogen mellan sjukhusvården, landstingets primärvård och kommunen om ansvaret för rehabilitering i ordinärt boende.<sup>3</sup>

Socialstyrelsen drar samma slutsats i sin lägesrapport 2003. De problem som Rehab äldre 300 var tänkt att förändra beskrivs sex år efter projekten ses som oförändrade<sup>4</sup>.

I några studier Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum utfört åt revisorerna i Stockholms läns landsting och Stockholms stad redovisades att den problembild som beskrevs i utvärderingen 1997 kvarstod förhållandevis oförändrad. I den studie som genomfördes 2011 konstaterades att det var ovanligt att primärvårdsrehabiliteringen handledde hemtjänstpersonal, och hemtjänstpersonal vittnade om att de inte fick den tid som krävdes för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt<sup>5</sup>.

I Socialstyrelsens utvärdering av riktlinjerna för strokevård konstateras att de kommuner som hade övertagit hemsjukvårdsansvaret hade bättre resultat i några indikatorer än där landstingen då fortfarande hade ansvaret. Detta skulle kunna tyda på att samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård har fungerat bättre med kommunalt huvudmannaskap än med ett uppdelat. Dock konstateras i utvärderingen att flera kommuner

---

<sup>2</sup> Temperaturlagning på äldrerehabiliteringen, en pilotstudie, Socialstyrelsen 2000.

<sup>3</sup> Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68 s. 231).

<sup>4</sup> Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre; lägesrapport 2003.

<sup>5</sup> Sköra länkar i vårdkedjan, Inger Weurlander, Sven Erik Wänell; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2011:2.

inte erbjuder rehabilitering efter stroke, trots att de enligt lag är skyldiga att göra det.<sup>6</sup>

Trots att många av de projekt som genomfördes med hjälp av den statliga satsningen Rehab äldre 300 beskrevs som lyckade, och såväl ansvariga som vård- och omsorgspersonal delade bedömningen av värdet av dem, så synes den långsiktiga effekten av dem vara ringa. De strukturer som fanns stödde inte att ta tillvara erfarenheterna och metoderna, trots att det inom äldreomsorgen talats mycket om rehabiliterande förhållningsätt, liksom om salutogent synsätt. Det har funnits motkrafter, som ojämn tillgång på rehabiliteringskompetens, olika gränsdragningar för huvudmannskapet, en ökad fragmentisering genom fler aktörer och att tillgång på personal inte alltid svarat mot behoven.

---

<sup>6</sup> Nationell utvärdering 2011, Strokevård, Stockholm Socialstyrelsen 2011.



## Särskilda satsningar för att implementera den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken

### Bakgrund och mål

I juni 1998 antog riksdagen regeringens förslag till Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113, betänkande 1997/98:SoU24) för åren 1999–2001. Syftet med handlingsplanen var att skapa en nationell samling och enighet kring åtgärder för att utveckla äldrepolitiken på lång sikt. Riksdagen fastställde fyra nationella mål för äldrepolitiken. Äldre personer skall:

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt,
- ha tillgång till god vård och omsorg.

Det generella statsbidraget till kommuner och landsting höjdes med fyra miljarder kronor under åren 1997–2000 med hänvisning till kommunernas ökade resursbehov för vård och omsorg. För att förstärka denna satsning beslutade riksdagen att ytterligare stödja äldreområdet med 300 miljoner kronor årligen under perioden 1999–2001. Syftet med de stimulansmedlen var att stödja och påskynda utvecklingen inom några prioriterade områden. Dessutom anslogs 400 miljoner kronor för att stimulera uppbyggnad och anpassning av bostäder och andra lokaler avsedda för äldre.

I handlingsplanen preciserades ett stort antal områden där de åtgärder som vidtogs av kommuner och landsting skulle ge förbättringar. Några av dessa var:

- fler anställda i äldreomsorgen,
- ökad kompetens hos personalen för att möta nya och förändrade arbetsuppgifter samt en utvecklad arbetsorganisation och ett tydligare ledarskap,
- förbättrad samverkan mellan huvudmännen i syfte att åstadkomma en högre kvalitet och ökad kontinuitet av samhällets insatser,
- information och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagarna forslas runt i systemet,
- bättre tillgång till medicinsk kompetens i hemsjukvården och i de särskilda boendeformerna inom den kommunala äldreomsorgen; ökad läkarmedverkan,
- bättre tillgång till rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel inom den kommunala äldreomsorgen,
- bättre vård i livets slutskede,

- uppsökande verksamhet inom hemtjänsten för att erbjuda tidiga insatser och därmed förebygga behov av mer omfattande natur och dyra åtgärder,
- utvecklade och fördjupade former för stöd till anhöriga.

Socialstyrelsen fick 1999 regeringens uppdrag att följa resultatet av handlingsplanens insatser inom kommunernas och landstingens vård och omsorg.

### **Personalförsörjning**

Antalet anställda ökade under perioden 1995–2001. Samtidigt kvarstod ett stort rekryteringsbehov, särskilt av sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, men även vårdbiträden och underskötskor. Andelen vårdbiträden utan utbildning var i stort sett oförändrad. Antalet arbetsledare hade minskat.

Det blev en viss minskning av deltidsarbetslösheten men målet om halvering uppnåddes inte. Problemet med många deltidsanställda kvarstod.

Att utbilda personal där övertalighet råder hade begränsad effekt, och intresset bland ungdomar att söka till gymnasiets omvårdnadsprogram var lågt. Socialstyrelsens bedömning var att rekryteringsläget för personal inom vård och omsorg för äldre inte förbättrats. I sin lägesrapport för 2003 skrev Socialstyrelsen att *Kommunerna har fortfarande stora problem med att rekrytera kompetent personal*<sup>7</sup>.

Regeringen gav mot denna bakgrund tio myndigheter i uppdrag att utarbeta en plan för kompetensförsörjningen inom kommunernas vård- och omsorg för äldre, se nedan Kompetenstegen.

### **Kvalitetssäkring**

I den nationella handlingsplanen pekade regeringen på vikten av att prioritera arbetet med att finna metoder för att utveckla och bedöma kvaliteten inom äldreomsorgen. Ett instrument som då nämndes var att införa kvalitetssystem för verksamheten.

I sin redovisning av resultaten skrev regeringen att

För vårdtagare och anhöriga är bemötande, flexibilitet och engagemang centralt för upplevelse av kvalitet. För personalen handlar det t.ex. om hur man mår på arbetet, trivsel, tid för pauser, möjlighet till handledning och medbestämmande. Det är av stor vikt att dessa

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre; lägesrapport 2003.

aspekter tas tillvara vid sidan av det kvalitetssäkringsarbete som utgår från mätbara kriterier<sup>8</sup>.

Under de 13 år som gått sedan detta skrevs har dock fokus mer legat på mätbara indikatorer än på mjuka värden som relation och tillit mellan vård- och omsorgspersonal och de som får omsorgen. Inte heller personalens förutsättningar att utföra sitt arbete har följts på ett systematiskt sätt.

### **Samverkan mellan huvudmännen**

Regeringen ansåg att resurstillskottet i form av höjningen av statsbidragen skulle ge ökade förutsättningar för kommuner och landsting att vidta nödvändiga förbättringar vad gäller samverkan och samordning mellan huvudmännen. Behov som pekades ut var bl.a. en ökad läkarmedverkan inom den kommunala primärvården och att ansvaret för s.k. medicinskt färdigbehandlade patienter skulle förtydligas

Socialstyrelsen bedömde i sin utvärdering att det hade skett förbättringar, bl.a. vad gällde läkarmedverkan. Socialstyrelsen påtalade samtidigt kvarstående brister, som osäker informationsöverföring från sjukhus till primärvård och kommunal omsorg och brister i rehabilitering för äldre. De brister Socialstyrelsen påtalade vad gäller rehabilitering är ungefär de samma som ledde till regeringens satsning Rehab äldre 300.

Regeringen hänvisade i sin skrivelse till det arbete som initierats genom Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149).

### **Forskning**

Satsning på forskning gjordes med 60 Mkr för treårsperioden.

Inom ramen för satsningen gavs stöd till 15 regionala FoU-miljöer, uppbyggnaden av två nationella forskningsinstitut och till starten av den longitudinella studien Swedish National Study on Ageing and Care (SNAC).

Den ena forskningsinstitutionen blev Tema Äldre och åldrande (NISAL) vid Linköpings universitet, den andra blev Aging Research Center (ARC) med Stockholms universitet och Karolinska institutet som huvudmän. Båda har utvecklats starkt och finns kvar. ARC har i dagsläget 106 forskare knutna till sig.

SNAC har utvecklats till en betydelsefull forskningsdatabas för studier om åldrandet.

---

<sup>8</sup> Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, Regeringens skrivelse 2002/03:30, U sid 87 f

Flera av de FoU-miljöer som kom till finns kvar, och har blivit nav i den egna regionens kompetensutveckling. Några har sedermera inkluderats i en större FoU-miljö i regionen/länet.

Den satsning regeringen gjorde på forskning har således varit lyckosam och i huvudsak bestående.

### **Stimulansmedel för uppsökande verksamhet**

Förebyggande hembesök blev en lagstadgad rättighet i Danmark 1996 (80 år och äldre) och utvidgades 1998 (75 år och äldre). Inom ramen för den nationella handlingsplanen anslogs stimulansmedel för ett treårigt försök 1999–2002 med uppsökande verksamhet bland äldre. Med ledning av de danska erfarenheterna blev det naturligt att de genomfördes i formen av förebyggande hembesök. Tjugoen försöksverksamheter genomfördes med lite olika målgrupper och former i olika typer av orter med olika befolkningssammansättning. Totalt anslogs cirka 34 mkr.

Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att leda verksamheten samt följa upp och utvärdera resultaten. I slutrapporten skriver Socialstyrelsen

Försöksverksamheten med förebyggande hembesök har fallit väl ut. Både de deltagande seniorerna och personalen som har genomfört besöken är nöjda och önskar att verksamheten ska fortsätta.

Många av projekten visar möjligheter som är lovande för framtiden, kunskap som är viktig att säkra och bygga vidare på. Personalen måste emellertid vara både medicinskt och socialt kunnig. Idag kan varken landstingen eller kommunerna var för sig ge det hälsofrämjande arbetet bland äldre högre prioritet. För att vidareutveckla arbetsmetoden med hembesök och sprida de goda erfarenheterna till övriga kommuner i landet, behövs ytterligare arbete. Vi behöver flera kontrollerade studier över längre tid. Vi måste ta reda på hur hembesöken kan göras effektiva och vilka vinster de kan ge både för den enskilda senioren och för samhället. Med ett statligt finansierat metodutvecklingsstöd skulle en långsiktig kunskapsuppbyggnad av tillräcklig kvalitet och relevans kunna åstadkommas.<sup>9</sup>

Regeringens bedömning var att

uppsökande verksamhet bland äldre bör utgöra ett naturligt och självklart inslag i alla kommuner. Det är angeläget att en spridning sker till landets kommuner av den kunskap som framkommit ...<sup>10</sup>.

Verkligheten kom dock att bli en annan. Några statliga medel för metodutvecklingsstöd kom inte till stånd. Ett av projekten, det i Nordmaling, följdes upp med vetenskapliga studier som resulterade i en doktors-

---

<sup>9</sup> Förebyggande hembesök; Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre, Socialstyrelsen 2002.

<sup>10</sup> Regeringens skrivelse 2002/03:30 s. 91.

avhandling. Detta dock helt tack vare en enskild eldsjäl. Men inte ens i Nordmaling fortsatte det mellan huvudmännen gemensamma arbetet med förebyggande hembesök, trots att forskningen där ledde fram till slutsatsen att förebyggande hembesök är kostnadseffektivt<sup>11</sup>. Från en rapport om förebyggande hembesök i Stockholms län<sup>12</sup> kan citeras att

Inom Stockholms län genomförde Österåker, Vaxholm, Rinkeby, Lidingö och Norrtälje försöksverksamheter med nationella projektmedel från Socialstyrelsen. Av dessa projekt fortsatte endast Österåker och Vaxholm i begränsad skala, genom att kommunen inrättade en tjänst för anhörigstöd och frivilligverksamhet, där även förebyggande hembesök till personer som var 80 år eller äldre ingick.

Denna bild är generell för landet, vilket framgick i möten som rapportförfattaren hade några år efter projekttiden med det nätverk som bildades mellan de 21 försöksverksamheterna.

### **Stimulansbidrag för nya försök och initiativ**

Regeringen anslog 125 Mkr för att stödja utveckling och prov av nya idéer samt att vidareutveckla redan befintlig verksamhet. Detta skulle, menade regeringen, skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling över hela landet. Intresset var stort, inte mindre än omkring 1 100 intresseanmälningar kom in. Stödet kunde utbetalas till kommuner, landsting, pensionärs- och frivilligorganisationer. Mer än 200 lokala projekt genomfördes. Projekten hade en stor bredd. Sociala aktiviteter och hälsofrämjande projekt samt verksamheter inriktade på äldre invandrare och integration var de vanligaste. Här förekom också projekt som handlade om telefonjourer, IT och att utveckla brukarinflytande och insatser för personer med demenssjukdom och psykisk ohälsa.

En av framgångsfaktorerna var, enligt regeringens slutsatser i sin slutrapport, att frivilligkrafter och kommuner tillsammans utvecklade nya idéer. Ett hinder var den tid det tog för att få igång projekten, som innebar att många projekt inte fick den tid som det var tänkt, tre år. Regeringen konstaterade att en erfarenhet för framtida satsningar *är att det krävs planeringstid på upp emot ett år från det att ett riksdagsbeslut fattas till att medel kan börja användas på lokal nivå*. En lärdom som det är svårt att se att någon regering tagit till vara.

Socialdepartementet ordnade med en slutkonferens i Norra Latin, Idéforum 2002. Där redovisade många av projekten vad de gjort. För den som vandrade runt bland projekten blev det tydligt att stimulansmedlen möjliggjort för eldsjälarna att få utveckla nya verksamhetsformer och pröva nya metoder. Få av dessa utvärderades dock. Några verksamheter kunde fortsätta, som Demensförbundets och Alzheimerföreningens telefon-

---

<sup>11</sup> Preventive home visits to older people are cost-effective. Sahlen KG, Löfgren C, Hellner BM, Lindholm L, Scand J Public Health 2008 May;36(3):265-71.

<sup>12</sup> Förebyggande hembesök till äldre, en modell för det hälsofrämjande arbetet, gemensam rapport CEFAM och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (rapport 2007:20).

jour, Seniornet, vissa demensteam, men de erfarenheter som bl.a. flera av landets FoU-miljöer redovisat tyder på att få av projekten kunde integreras i ordinarie verksamhet när stimulansmedlen tog slut. Det saknas dock en uppföljning på riksnivå av vad som hände varför det inte är möjligt att säkert uttala sig om effekterna av stimulansmedlen. Regeringen uttryckte som sin förhoppning att *erfarenheterna kommer att användas på olika sätt i den ordinarie verksamheten*<sup>13</sup>. Det kan vara så.

---

<sup>13</sup> Regeringens skrivelse 2002/03:30.

### Anhörig 300 med föregångare och efterföljare

Regeringen anslog 7,5 miljoner med inriktning mot stöd till anhöriga 1997. Inom ramen för Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (1999–2001) anslogs 300 miljoner, Anhörig 300, och inom ramen för Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården (2001–2004) skulle inom ramen för en generell satsning stöd ges till anhöriga. Åren 2005–2007 gavs extra tillskott om 75 miljoner (25 kr respektive år). Detta följdes av stimulansmedel och implementeringsstöd åren 2008–2010 om totalt 550 miljoner. Totalt har således cirka 1 miljard satsats på stimulansbidrag för att förbättra stödet till anhöriga.

#### Anhörig 300 (1999–2001)

För att utveckla stödformer för anhöriga anslogs inom ramen för den nationella handlingsplanen 300 Mkr under treårsperioden, Anhörig 300. Syftet med projektmedlen var att kommunerna skulle utveckla varaktiga stödformer.

Förutsättningen för att få ta del av stimulansbidraget var att kommunerna tillsammans med anhöriga och frivilligorganisationer skulle ta fram en gemensam handlingsplan för utveckling av stödformer. Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att följa hur anhörigstödet utvecklades i kommunerna.

Socialstyrelsens uppföljning visade att endast cirka hälften av det erhållna stimulansbidraget hade förbrukats under projekttiden. Bara var femte kommun hade förbrukat hela sitt anslag. Ett skäl var att arbetet med att utveckla stöd till anhöriga var en relativt ny verksamhet för många kommuner. Vidare hade regeringen underskattat den tid det tar att ta fram handlingsplaner och anställa projektledare och göra kartläggningar av behovet av anhörigstöd. Det tog i många kommuner hela första året i anspråk. Regeringen beslöt därför att resterande del av anslaget fick användas under 2002.

I sin slutrapport<sup>14</sup> skrev Socialstyrelsen att *trots en trög start på arbetet har både nya stödformer tillkommit och gamla stödformer innehållsmässigt utvecklats och spritts till flera kommuner. Anhörigstödet har idag en helt annan bredd och variationsrikedom än tidigare.*

Ett viktigt, och sannolikt bestående värde av stimulansmedlen är det Socialstyrelsen i sin diskussion i slutrapporten lyfte fram, att synliggöra de anhörigas situation och att värdesätta och respektera deras insatser. Socialstyrelsen avslutade med att stimulansmedlens *värde kommer att bli än mer påtagligt i framtiden, förutsatt att detta arbete fortgår.*

---

<sup>14</sup> Anhörig 300 – slutrapport, Socialstyrelsen 2002.

Socialstyrelsen fortsatte att följa utvecklingen av kommunernas anhängigstöd och kunde då redovisa att nya stödformer som anhängigkonsulent och anhängigcentra som startats med stimulansmedlen minskat i omfattning när stimulansmedlen upphörde<sup>15</sup>.

#### Nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården (2001–2004)

Regeringen träffade ett utvecklingsavtal med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att inom ramen för resurstillskott för den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården så skulle det ske en satsning på att stödja anhängiga under åren 2001–2004. I sin rapport 2003 hade Socialstyrelsen dock svårt att se att denna överenskommelse varit en ledstjärna för kommunernas arbete med anhängigstöd.

Att endast en tredjedel av kommunerna hade utvärderat sina satsningar och att samarbetet med de regionala FoU-miljöerna var begränsat försvårade för Socialstyrelsen att dra säkra slutsatser kring t.ex. om anhängigstödet verkligen nådde de som var i behov av stöd och hur individ- och situationsanpassade stödformerna var<sup>16</sup>.

#### Nya medel (2005–2010)

Regeringen beslöt i början av 2005 att anslå 25 miljoner kronor årligen under tre år för att kommunerna skulle utveckla varaktiga former för stöd till anhängiga. Socialstyrelsen bedömde i sin första rapport att medlen kunde leda till en nystart i arbetet med att utveckla anhängigstödet<sup>17</sup>. För år 2008 beslöt regeringen att avsätta ytterligare 100 miljoner kronor årligen. Totalt satsades 340 miljoner kronor. I sin slutrapport skrev Socialstyrelsen att aktivitetsnivån varit hög när det gällt arbetet med anhängigstöd och noterade att

Detta är kanske samtidigt det mest påtagliga resultatet av stimulansmedlen, dvs. att öronmärkta statsbidrag för ett bestämt område innebär en högre aktivitetsnivå på området.

Socialstyrelsens bedömning var att kommunerna kommit olika långt i sitt utvecklingsarbete. En förklaring Socialstyrelsen hade var formen för utbetalning av statsbidragen. Många kommuner hade knappt kommit i gång innan det var dags att söka nya medel. Utbudet av stödinsatser hade enligt såväl Socialstyrelsens som Länsstyrelsernas (som administrerade bidragen) bedömning förbättrats, liksom samarbetet med frivilligorganisationer och på flera håll också med hälso- och sjukvården. Länsstyrelserna bedömde också att det fanns en positiv utveckling av strukturerna för anhängigstödet, som skulle kunna tyda på en varaktighet i

---

<sup>15</sup> Ett år efter Anhängig 300, uppföljning av kommunernas arbete med utveckling av anhängigstöd 2002, Socialstyrelsen 2003.

<sup>16</sup> Ett år efter Anhängig 300, uppföljning av kommunernas arbete med utveckling av anhängigstöd 2002, Socialstyrelsen 2003.

<sup>17</sup> Kommunernas anhängigstöd, utvecklingsläget 2005, Socialstyrelsen 2005.



kommunernas åtagande. Socialstyrelsen framhöll samtidigt att det minskande antalet äldre personer som kan få särskilt boende eller korttidsplats och minskningen av antalet slutenvårdsplatser inom sjukvården medfört ökat ansvar för de anhöriga<sup>18</sup>.

Under åren 2009–2010 satsades ytterligare 450 miljoner kr som implementeringsstöd.

#### Nationellt kompetenscentrum

Inom ramen för de stimulansmedel som fanns åren 2005–2008 inrättades Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Detta kompetenscentrum finns kvar och har fått ett utökat uppdrag att arbeta med anhörigstöd för alla åldrar, inte bara äldre. Detta har inneburit en kontinuitet i kompetensstöd till kommunerna.

#### Långsiktiga effekter?

Det är svårt att värdera statsbidragens betydelse för utvecklingen av stödet till anhöriga. En bedömning kan vara att statsbidraget är ett skolexempel på hur staten introducerar och förbereder ny lagstiftning – först 1998 att kommunerna bör stödja, sedan 2009 att kommunerna skall stödja. En uppenbar svårighet när det gäller att bedöma resultatet av satsningarna är dock att det inte finns några data att bygga på. Detta eftersom stödinsatser inte registreras i kommunerna. Det finns alltså ingen statistik som kan beskriva utvecklingen.

Exempel på nya funktioner och tjänster i kommunerna är anhörigkonsulent (och motsvarande benämningar), avlösning i hemmet och olika former av anhörigcentra. Det är sannolikt att framväxten av sådana former för anhörigstöd har stärkts av de statliga stimulansmedlen. I kommuner med god jordmån har de statliga stimulansbidragen haft stor betydelse för utvecklingen. Det går däremot inte att hävda att de statliga bidragen haft effekt i alla kommuner.

Den allmänna bilden av anhöriga, från den frånvarande anhörige till den i högsta grad närvarande, har förändrats under en tjugoårsperiod. Insikten att de flesta anhöriga tar ett stort, ibland för stort ansvar, har växt fram. Detta har underlättat att göra anhörigstöd till en självklar del av kommunal verksamhet. Betydelsen av den ökade kunskapen om behovet av individualiserat stöd ska inte heller underskattas.

Det statliga stödet hade sin fokus på anhöriga till äldre. Anhörigstödet fick i de allra flesta kommunerna sin hemvist inom äldreomsorgen. Det var en styreffekt i det statliga stödet som knappast var avsedd. Under 2010-talet har också anhöriga till yngre personer uppmärksammats på ett tydligare sätt.

---

<sup>18</sup> Kommunernas anhörigstöd, slutrapport, Socialstyrelsen juni 2009.

## Kompetensstegen (2005–2007)

### Bakgrund

Regeringen gav i juli 2002 i uppdrag till tio statliga myndigheter att – utifrån deras perspektiv och ansvar – utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg. Bakgrunden var bl.a. framtida stora behov av att rekrytera personal, att utbildningsnivån bland personalen var låg, att sjukfrånvaron var relativt hög och att antalet arbetsskador låg på en hög nivå, att anställningsvillkoren och arbetsmiljön inte var tillräckligt bra samt att mäns intresse för yrken inom vård och omsorg var lågt. Uppdraget redovisades i juni 2004 i rapporten *Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg*. De tio myndigheterna föreslog regeringen att genomföra en tioårig handlingsplan med ett sextiotal åtgärder för att klara kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen om äldre och funktionsnedsatta personer.

Någon sådan långsiktig och bred satsning kom aldrig att genomföras. Men när regeringen inledde en treårig nationell satsning för att stödja kommunernas långsiktiga kvalitets- och kompetensutvecklingsarbete inom vård och omsorg av äldre, Kompetensstegen hänvisades till *Investera nu*.

Det övergripande syftet med Kompetensstegen var att förbättra kvaliteten på den svenska vården och omsorgen om de äldre. Detta skulle ske genom att

- uppmuntra till ökat kvalitetsarbete genom kompetensutveckling av personalen,
- stödja kommunernas långsiktiga arbete med att skapa hållbara system för verksamhetsnära kompetensutveckling,
- minska arbetslösheten genom s.k. utbildningsvikariat (tilläggsdirektiv 2006:26) och höja kompetensen genom grundutbildning för omvårdnadspersonalen.

Den statliga styrningen gällde enbart formerna för lärandet, där långsiktighet skulle främjas och aktiviteterna skulle ha en verksamhetsnära karaktär. Kommunerna skulle, enligt anvisningarna, bedriva en verksamhetsnära kompetensutveckling i utbildningar och aktiviteter. Det innebar att utbildningen skulle ske *i nära anslutning till arbetsplatsen och utgå från såväl verksamhetens behov som den enskilda individens förutsättningar och behov*.

Regeringen lyfte i sitt direktiv till den kommitté som tillsattes för genomförandet även fram uppföljningen

De uppföljningar som kommittén skall göra av satsningen bör involvera de äldre och omfatta en bedömning av hur de äldre upplever effekterna av de kvalitetshöjande insatserna. Uppföljningen skall vidare omfatta analyser av satsningens effekter för kvinnor respektive män bland

personal och bland de äldre. Uppföljning av satsningen skall ske kontinuerligt<sup>19</sup>.

#### Kommittén Kompetensstegen

Stödet, som betalades ut efter ett ansökningsförfarande, uppgick till 1 050 Mkr för treårsperioden. Det hanterades av en särskild statlig kommitté som var verksam från hösten 2004 till och med 2007. Kommunerna bidrog själva med ungefär lika mycket för att täcka kostnaden för deltagarnas arbetstid. Kommittén gjorde en kvalitativ bedömning av ansökningarna utifrån fem huvudkriterier: behovsanalys utifrån ett brukarperspektiv; mål och verksamhetsidé; uppföljning; genomförandeplan; långsiktighet. Kommittén lämnade ett slutbetänkande där kommittén redovisade förfarande och resultat.

Enligt kommunernas ansökningar planerades totalt 1 775 projekt inom ramen för Kompetensstegen. Nästan alla kommuner deltog, 287 av 290, och kommittén Kompetensstegen skrev i sitt slutbetänkande att omkring 118 000 anställda inom äldreomsorgen deltagit, vilket var ungefär 60 procent av det totala antalet anställda.

Kommitténs styrning har gällt formerna för lärande (långsiktighet och verksamhetsnära) och inte ämnesinnehållet. Kommittén gör bedömningen att detta angreppssätt främjat det långsiktiga arbetet i kommunerna och minskat risken för att aktiviteterna endast pågår under tiden för de statliga medlen.

Kommittén lyfte inför framtiden fram tre områden den bedömde var särskilt viktiga för verksamhetens kvalitet; professionalisering, organisering (tydligt ledarskap och att kunskap tas tillvara och utvecklas i organisationen) samt bemötande och värdegrund. Kommittén betonar värdet av verksamhetsnära kompetensutveckling. Kommittén framhöll vikten av att tid för lärande beräknas och får ingå som en del av arbetstiden vid planering och dimensionering av bemanningen.

Kommittén påtalade att de insatser som görs i syfte att stödja kommunernas arbete med kompetensutveckling måste utformas med utgångspunkt i kommunernas faktiska prioriteringar och behov. Kommittén underströk

att formerna för statens stöd till kompetensutveckling därför måste bygga på största möjliga lyhördhet, flexibilitet och respekt för de lokala förutsättningarna och kommunernas egen agenda.

Även om ansvaret i huvudsak ligger hos huvudmannen ansåg Kommittén att ett långsiktigt statligt engagemang i frågan är nödvändigt och önskvärt, och att det bör *integreras som en långsiktig stödform i ordinarie*

---

<sup>19</sup> Stöd till kvalitetsutvecklingen inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen; regeringens direktiv 2004:162.

*utbildnings- och verksamhetsstrukturer. Kommittén påpekade också att satsningen på långsiktighet skulle ha förstärkts ytterligare om Kompetensstegen pågått under längre tid.<sup>20</sup>*

#### Statskontorets utvärdering

Statskontoret fick i december 2008 i uppdrag att utvärdera organiseringen av Kompetensstegen vad gäller beslutsordning, ärendehantering och utbetalning av medel. Statskontoret gjorde bedömningen att modellen med ansökningsförfarande bidrog till att skapa kontakter mellan kommuner och kommitté, vilket ofta genererade en dialog kring behoven av kompetensutvecklingsinsatser och formerna för dessa. Dialogen med kommittén fick högt betyg av kommunerna, både i Statskontorets enkät och i intervjuer. Statskontorets slutsats var att informationen från kommittén och dialogen med kommunerna hade fungerat väl.

Statskontoret jämförde fördelningen av medel genom ansökningsförfarande med det som en bidragsform baserad på en schablon skulle ha gett kommunerna. Beräkningarna visade att ansökningsförfarandet hade lett till en annan medelsfördelning än vad en nyckeltalsfördelning skulle ha lett till, vilket enligt Statskontoret talade för att lokala behov och förutsättningar hade betydelse för fördelningen – helt i linje med satsningens mål. En alternativ tolkning kan förstås vara att vissa kommuner var mer aktiva än andra, och att det inte är givet att det är där medlen skulle ha gjort bäst nytta. Statskontoret diskuterade dock inte alternativa tolkningar.

Cirka hälften av kommunerna upplevde tidsramarna som knappa inför det första ansökningstillfället, vilket kan ha påverkat kvaliteten i deras kompetensutvecklingsinsatser negativt. Kommunerna hade ett drygt halvår på sig att kartlägga kompetensutvecklingsbehov, planera för insatser, bereda ansökan och förankra den politiskt och ute i verksamheten. Såväl kartläggning av lokala kompetensutvecklingsbehov som förankring av planerade insatser påverkades. Statskontoret ansåg att det varit klokt om kommunerna fått längre tid.

Många kommuner förde fram att det hade varit önskvärt med ett genomarbetat system för hur redovisning och återkoppling till Kompetensstegens kansli skulle ske. Återrapporteringskravet kom först i beslutet, och det blev då för knappt om tid att utveckla ett fungerande uppföljningssystem.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre, SOU 2007:88.

<sup>21</sup> Kompetensstegens organisation – effektiv hantering av stöd till kommuner? Statskontoret 2009:15.

## IMS utvärdering

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen fick 2007 i uppdrag att utvärdera satsningen. Regeringens ambition var att IMS skulle utvärdera Kompetensstegens effekter för de äldre. Uppdraget formulerades som tre frågor: (1) Vilken typ av utbildningsmetoder visar sig leda till positiva resultat på insatsernas kvalitet? (2) Inom vilka kunskapsområden har Kompetensstegen bidragit till att förbättra äldreomsorgens kvalitet? (3) Har kommunerna med hjälp av Kompetensstegen lyckats bygga upp långsiktiga system för kompetensutveckling?

IMS valde ut sex kunskapsområdena demens (utfallsmått: omfattning), läkemedel (utfallsmått: kvalitén i användningen), munhälsa (utfallsmått: attityder och rutiner), biståndshandläggning (utfallsmått: samstämmighet i beslut om bistånd), dokumentation (utfallsmått: antalet tillsynsärenden där det riktats kritik) samt fallskadeprevention (utfallsmått: kunskapsnivå och antalet allvarliga fallskador).

IMS redovisade sina resultat i en slutrapport<sup>22</sup>. IMS konstaterade att det gick att utläsa resultat i tre av de sex studerade områdena. Personal som utbildats i fallskadeprevention fick ökade kunskaper. Personal som utbildats i munhälsa ansåg att de genom utbildningen fått en större uppmärksamhet och att de hade ändrat sina rutiner. Biståndshandläggare tenderade att oftare bevilja ansökningar efter genomgången utbildning, men besluten i identiska fallbeskrivningar var inte samstämmiga. Det var dock svårt att med säkerhet slå fast ens dessa relativt begränsade och delvis motstridiga resultat. Exemplet fallskadeprevention kan belysa detta.

Delstudien om personalutbildning för att förebygga *fallskador* syftade till att undersöka i vilken utsträckning personalens kunskaper ökat efter utbildning, samt om det gick att se en minskning av fallskador i de kommuner som använt två olika utbildningspaket, Räddningsverkets (två dagar) resp. Nestor FoU Centers (13 utbildningstillfällen under cirka fem månader). Jämförelse gjordes med fyra kommuner som inte bedrivit motsvarande utbildning.

Utvärderingen visade att kunskapsnivån var hög redan innan utbildningen startade, och att den ökade något oavsett vald utbildningsform. Resultatet är dock osäkert eftersom utvärderingen startade efter det att de flesta utbildningarna påbörjats, varför det inte fanns möjlighet att göra en före-mätning. IMS påpekade också att det inte gått att bedöma om den kunskap utbildningen gett omsatts i praktiken.

---

<sup>22</sup> Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre? En utvärdering av Kompetensstegen. IMS 2009.

Antalet rapporterade fallskador ökade i de studerade kommunerna, sannolikt en effekt av en bättre rapportering. Den fallskadestatistik som Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen tog fram var på kommun-nivå, och inte tillförlitlig för att bedöma effekter av utbildningarna till vård- och omsorgspersonal som ju möter en begränsad del av en kommuns äldre. Det fanns en tendens att antalet fallskador minskat i de kommuner som bedrivit utbildning, men eftersom uppföljningen enbart hade ett måttår gick det inte att uttala sig om detta var en slumpmässig variation mellan åren.

*Läkemedel* borde tack vare läkemedelsregistret vara det av de sex områdena som är möjligt att mäta på ett någorlunda tillförlitligt sätt. Under de studerade åren var det en generell trend att läkemedelsanvändningen förbättrades, och detta såväl i de kommuner som med medel från Kompetensstegen lät utbilda sin personal som i de kommuner som inte använde medlen till det området. En förklaring kan vara att utbildningarna vanligen riktade sig till omsorgspersonalen, inte till de som förskriver läkemedel. En annan att det samtidigt pågick andra satsningar i kommuner och landsting inom detta område. Det var inte heller möjligt att göra en bättre avgränsning än till de som har läkemedel distribuerade genom ApoDos, det gick inte att ta fram data för de äldreboenden som haft utbildning.

I delstudien om *demens* avstod utvärderaren från att ens försöka att besvara frågan om effekter för de äldre. I stället redovisades omfattningen av utbildnings- och handledningsinsatser. Som en positiv del noterades att utbildningarna i några kommuner kombinerats med en organisatorisk förändring genom start av särskilda demensteam.

I sin slutrapport konstaterade IMS att utvärderingen försvårades dels av att IMS fick uppdraget att utvärdera först när utbildningarna var i gång, dels att uppföljningstiden var så kort att eventuella mätbara effekter ännu inte kunnat fångas. Det fanns heller ingen jämförelsegrupp eftersom den statliga interventionen genomförts i alla kommuner. IMS efterlyser

att forskare tidigt involveras i en planerad satsning, att datainsamlingen kan påbörjas innan satsningen startar, att det finns jämförelsegrupper samt att det ges rimlig tid för uppföljning.

Det skulle också kunna tilläggas att det är svårt att isolera en åtgärd, utbildning, bland flera som kan ha genomförts och säga att det just är utbildningen som gett effekt. Det är många olika faktorer som bidrar till, eller hindrar utveckling, varav kompetensutveckling är en.

## Stimulansmedel för att höja kvaliteten i äldreomsorgen (2006–2011)

### Bakgrund

Under åren 2006–2011 avsatte regeringen totalt 5 632 miljoner kr som Socialstyrelsen skulle kunna fördela till kommuner och landsting för deras arbete att höja kvaliteten i äldreomsorgen. Motivet var enligt regeringen

att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver höjas. Såväl det medicinska omhändertagandet som det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras. Vidare måste samverkan mellan huvudmännen förbättras för att äldre personer ska få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Det förebyggande arbetet bland äldre personer behöver intensifieras för att bl.a. förebygga fallolyckor. Sammantaget behöver åtgärder vidtas för att äldre kvinnor och män och deras anhöriga skall känna trygghet<sup>23</sup>.

Av Socialstyrelsens meddelandeblad för 2007 framgår att kommunerna och landstingen i sin ansökan

ska ge en beskrivning av nuläget, ange vilka problem man vill åtgärda inom de av regeringen prioriterade områdena, vilka insatser man vill göra samt mål för vad man vill uppnå med stimulansbidraget för 2007 resp. 2008. Målen ska vara nedbrutna på ett och två års sikt, och vara mätbara i den meningen att det ska gå att verifiera i vilken mån de är uppfyllda. Huvudmännen ska också ha en plan för hur de ska dokumentera och följa upp de insatser som de vill finansiera med stimulansbidraget. Av ansökan ska också framgå om den tagits fram gemensamt mellan kommun och landsting<sup>24</sup>.

Medlen fördelades efter ett ansökningsförfarande och en fördelningsnyckel enligt vilken kommunerna fick dela på 70 procent och landstingen 30 procent av det totala beloppet, efter antalet pensionärer i respektive kommun/landsting. I stort sett alla ansökte och erhöll bidrag.

### År 2006

I mars 2006 skrev regeringen:

Nya initiativ och vissa stimulansmedel i vården och omsorgen om äldre är nödvändiga för att kommunerna och övriga delar av samhället skall kunna tillgodose behoven av vård och omsorg hos äldre kvinnor och män. Det blir än mer angeläget mot bakgrund av en allt större andel äldre i befolkningen. I syfte att stimulera en ambitionshöjning bedömer regeringen att det behövs förstärkta resurser till kommunerna samt till landstingen för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka

---

<sup>23</sup> Riktlinjer och villkor för användning av medel till vård och omsorg om äldre personer, Socialdepartementet 2007.

<sup>24</sup> Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer, Socialstyrelsen meddelandeblad mars 2007.

äldre. Medlen skall bl.a. användas till rehabilitering, nutritionsarbete, läkemedelsgenomgångar och förstärkt läkarmedverkan<sup>25</sup>.

I juni samma år beslöt regeringen att bevilja 600 miljoner kronor som landets kommuner och landsting kunde söka hos Socialstyrelsen. Många kommuner sökte medel för flera av de angivna områdena. Rehabilitering var det område som flest kommuner och landsting (80 procent) sökte medel för. Att öka antalet arbetsterapeuter och sjukgymnaster var det vanligaste ändamålet, att höja kunskapen om ett rehabiliterande förhållningssätt, främja samarbete och att skapa rehabiliteringsteam var andra. Informationen om medlen gick ut under sommaren, med sista ansökningsdag 15 september, vilket var väl knappt för framförallt en del mindre kommuner. Regeringen beslöt i december 2007 att medlen fick användas fram till och med årsskiftet 2008/2009<sup>26</sup>.

#### År 2007–2009

Åren 2007–2009 fördelade Socialstyrelsen 1,35, 1,35 resp. 1,3 miljarder kronor till sju prioriterade områden; kost och nutrition, läkartillgång, läkemedelsgenomgångar, demensvård, rehabilitering, socialt innehåll i äldreomsorgen och förebyggande arbete (t.ex. förebyggande hembesök). Medlen fick också användas för att fortsätta och eller utveckla projekt som drevs med stöd av 2006 års stimulansbidrag.

#### År 2010–2011

År 2010 behölls sex av områdena, läkartillgång togs bort. Samma år inledde regeringen också en omläggning av stimulansmedlen till ett mer prestationsbaserat system. Av de totalt budgeterade 981 miljoner kronor för år 2010 reserverades 271 miljoner för riktade insatser för de mest sjuka äldre (se nedan).

För 2011 avsattes 623 miljoner kronor som nu kallades prestationsbaserat statsbidrag, varav 337 miljoner skulle gå till samma sex områden som tidigare. Även detta år disponerade 271 miljoner till vad regeringen beskrev som

ett antal angelägna områden för ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete och med särskild uppmärksamhet riktad mot de mest sjuka äldre ... Utöver att stimulera projekt och aktiviteter finns en önskan om att stimulera prestationer och resultat<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, Regeringens proposition 2005/06 115.

<sup>26</sup> 2006, 2007 och 2008 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer, Socialstyrelsen juli 2008.

<sup>27</sup> Prestationsbaserat statsbidrag till insatser för äldre – en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, bilaga till protokoll vid regeringsammanträde 2011-01-27 S2011/983/FST (delvis).



En överenskommelse som fick namnet Bättre liv för sjuka äldre (se nedan) träffades mellan regeringen och SKL.

Ännu vid årsskiftet 2011/2012 pågick 1 318 projekt, varav 1 104 drevs av kommuner. Totalt genomfördes 4 291 projekt. Över 70 procent av medlen under de fem åren gick till områdena rehabilitering, demensvård och socialt innehåll i äldreomsorgen (med tonvikt på det särskilda boendet).

Socialstyrelsens utvärderingar

*År 2006*

I den första utvärderingen, av 2006 års stimulansmedel, framkom att kommunerna var positiva till stimulansmedlen. Ett betydande citat är

I normalfallet finns inget utrymme för utvecklingsarbete då personalstaten är maximalt slimmad. Positivt att stimulansmedlen varar mer än ett år så att beslut inte hastas fram utan får växa fram ...

Även kritiska synpunkter kom fram

Kort tidshorisont, väntan på besked om och hur mycket pengar vi kan disponera. Det ger osäkerhet i vissa satsningar vilket bl.a. har lett till att kompetenta nyanställda projektmedarbetare sökt sig till andra arbetsgivare

Medlen borde vara återkommande så att de möjliggör permanenta satsningar.

Hälften av kommunerna svarade att minst en av satsningarna var permanenta när uppföljningen genomfördes 2008<sup>28</sup>.

*Slutrapporten*

Socialstyrelsen redovisade 2013 i sin slutrapport<sup>29</sup> att satsningen haft ett brett genomslag – samtliga kommuner och landsting hade haft projekt finansierade med dessa medel. Kommunerna och i ännu högre utsträckning landstingen bedömde att samverkan hade förbättrats mellan huvudmännen tack vare stimulansmedlen. Medlen användes bl.a. för utbildningsinsatser, projektanställningar för teambaserat arbetssätt (rehab, demens) och specialister som t.ex. dietister, samt för kartläggningar som bas för åtgärdsprogram.

Socialstyrelsen hade för sin utvärdering i huvudsak fått använda sig av vad kommunerna och landstingen själva rapporterat. Deras slutredovisningar lämnades till Socialstyrelsen vid årsskiftet 2012/2013, som var den tidpunkt då stimulansbidragen inte längre fick användas. Det går därför inte att av dessa få fram vad som kunde vara bestående effekter av

---

<sup>28</sup> 2006, 2007 och 2008 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer, Socialstyrelsen juli 2008

<sup>29</sup> Stimulansbidrag till insatser för vård och omsorg om äldre, slutredovisning perioden 2007-2012, Socialstyrelsen oktober 2013

stimulansmedlen. Det finns få fristående utvärderingar från FoU-miljöer eller högskolor. Flera kommuner hade också svårt att redovisa erfarenheter från tidigare års projekt därför att personer som ansvarat för projekten slutat och dokumentation från dessa verksamheter inte längre fanns tillgängliga.

Enda området där det fanns indikatorer var läkemedelsanvändningen. Det var dock svårt att säkerställa vilka förbättringar som berodde på den utbildning och läkemedelsgenomgångar som gjorts med stimulansmedel och vad som berodde på andra insatser. I övrigt var det mest kvantitativa mått om vad som genomförts som stått Socialstyrelsen till buds i dess utvärdering.

Så t.ex. rapporterade över 100 kommuner/stadsdelar att de startat demensteam. När stimulansmedlen upphörde var det dock bara vissa kommuner/landsting som lät demensteamerna ingå i den ordinarie verksamheten som permanenta verksamheter. Det kan dock inte uteslutas att många team blev bestående. I Socialstyrelsens utvärdering av hur implementeringen varit av de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom redovisades att

Antalet demensteam har ökat sedan 2008, vilket åtminstone delvis kan förväntas vara ett resultat av det stimulansbidrag som har delats ut inom äldreområdet. ... År 2002 angav 35 procent av kommunerna att de hade ett demensteam – antingen i egen regi eller tillsammans med landstinget. År 2008 uppgick motsvarande andel till 45 procent, och i februari 2013 var det 56 procent av kommunerna som hade ett demensteam. ... Sannolikt har statsbidragens inriktning varit en starkt bidragande orsak till den snabba utvecklingen av demensteamerna.<sup>30</sup>

Under 2009 genomförde kommunerna 91 600 förebyggande hembesök, ett antal som sjunkit till 11 200 tre år senare. Få kommuner planerade för att fortsätta när stimulansmedlen var slut. Det samma gällde inom området kost och nutrition liksom läkemedel. Med stimulansmedlen anställde en del kommuner specialister som dietister, kostekonomer, apotekare och farmaceuter. Men bara en del kommuner behöll dessa tjänster när stimulansmedlen upphörde.

Inte bara nyckelpersoner i de olika projekten försvann eller fick återgå till ordinarie arbete, även chefspersoner som varit stödjande slutade och ersattes av andra som inte hade någon relation till de försöksverksamheter som bedrivits. Av enkätsvar och intervjuer Socialstyrelsen genomförde framgår att det då inte är självklart att erfarenheter lämnas över och förvaltas av organisationen.

Utbildningsinsatserna var omfattande. Kommunerna och landstingen gjorde i sina enkätsvar till Socialstyrelsen bedömningen att det som

---

<sup>30</sup> Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, Socialstyrelsen februari 2014.

kvarstod efter stimulansmedelssatsningen framförallt var kunskaperna, samtidigt som de poängterade att utbildningsinsatser måste upprepas för att kunskaperna ska vara bestående, inte minst när nyanställningar görs. *Nu har vi en rabatt med jord där det spirar och blomstrar men där även ogräset vill ta över* beskrev en kommun situationen efter att stimulansmedlen upphört. Kommunerna ville gärna tro att förändrade arbetsformer, som mer personcentrerat arbetssätt och rehabiliterande förhållningssätt skulle bli bestående effekter av utbildningssatsningarna inom de olika områdena.

Av kommunernas och landstingens redovisningar framgick också att det som man fortsatte med efter att stimulansbidragen hade upphört till viss del var sådant som ingick i nya satsningar med stimulansbidrag, som t.ex. bidragen till arbetet med värdighetsgarantier och till kvalitetsregister. *Det finns en följsambet i kommuner och landsting gentemot nya satsningar med medel* konstaterade Socialstyrelsen.

Kommunerna och landstingen svarade också att stimulansmedlen bidragit till att öka fokus på de områden medlen riktades till, och att de varit ett incitament att påbörja ett förändringsarbete. *Utän stimulansmedel hade vi inte haft möjligheten att starta verksamheten och se dess positiva effekter* är ett belysande citat från en kommunenkät i slutrapporten.<sup>31</sup>

Utvärdering från Livsmedelsverket

Livsmedelsverket fick regeringens uppdrag 2014 att utvärdera genomförda projekt och studier om måltidskvalitet på äldreområdet under åren 2006-2013. Inom ramen för denna studie belystes effekter av stimulansmedlen. Livsmedelsverket konstaterade inledningsvis att

Resultaten av de satsningar som gjorts har varit svåra att värdera, delvis eftersom flera satsningar och projekt, såväl stora som små, inte har utvärderats med avseende på effekt hos de äldre. Detta kan till viss del förklaras av svårigheter att utvärdera kvalitetsprojekt som riktar sig till sköra äldre i ett palliativt skede. På kort sikt kan man ändå se flera positiva effekter, främst i fråga om ökade kunskaper hos den personal som arbetar närmast de äldre. Det är dock ovanligt att satsningarna följts upp vilket gör det svårt att svara på om insatserna gett bestående resultat.

Vid de dialogmöten som Livsmedelsverkets Kompetenscentrum genomförde uttryckte flera deltagare att de kvalitetsförbättringar man kunde urskilja i samband med utvecklingsprojekten efter en tid runnit ut i sanden. Eftersom det inte gjorts någon uppföljning av satsningen

---

<sup>31</sup> Stimulansbidrag till insatser för vård och omsorg om äldre, slutredovisning perioden 2007-2012, Socialstyrelsen oktober 2013.

bedömde Livsmedelsverket det som svårt att uttala sig om vad projekten bidraget till på sikt<sup>32</sup>.

#### Hälsocoacher

En mindre del (15 miljoner kronor) disponerades under 2010-2012 för att Folkhälsoinstitutet skulle kunna genomföra ett treårigt försök med hälsocoacher i 15 kommuner och fyra landsting. Upplägget hade kunnat ge möjlighet till en vetenskaplig utvärdering där jämförelser gjort med andra liknande kommuner. Uppdraget att genomföra en utvärdering gick dock först efter projektets avslutning till Umeå universitet. Forskarna påtalade att det var ett omöjligt uppdrag att genomföra en process-utvärdering i efterhand, men gjorde ändå ett försök.

De kunde visa att vissa delar av det som startades med hjälp av projektmedel fanns kvar efter projektets avslutande. Stödjande var t.ex. om landstingets vårdprogram föreskrev ett förebyggande arbete. Mötesplatser fanns ofta kvar – *de har kommit på kommunens karta tack vare projektet* uttryckte en informant det. En del kommuner hade dock ändrat målgruppen från den av regeringen anvisade 60+ till 75+ där behoven bedömdes större. Däremot synes de strukturer för samverkan som byggts upp mellan vårdcentraler, kommun och frivilligorganisationer i stort sett upphört. En förklaring som anges är att man mer hade fokuserat på projektet än på att bygga upp hållbara samverkansstrukturer. Den samverkan som kommit till stånd var dessutom mer knuten till person än funktion.

Forskarna menade att det i intervjuerna framkom uppgifter som tydde på att de mötesplatser och sociala nätverk som skapats hade stor betydelse. Men pga. designen för projektet kunde detta aldrig beläggas, forskarna konstaterade

Att värdet av samverkan inte kunnat synliggöras på ett tillfredsställande sätt har förmodligen bidragit till att vissa politiker och tjänstemän inte visat intresse för fortsatt strukturerad samverkan.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Bättre måltider i äldreomsorgen – vad har gjorts och vad behöver göras, Livsmedelsverkets rapportserie 27/2014.

<sup>33</sup> Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande. Processutvärdering efter 3 år. Helene Johansson & Klas-Göran Sahlén, Umeå universitet november 2015.

## Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre (2010–2014)

### Överenskommelser regeringen och SKL

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) träffade 2010 en överenskommelse om Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Ett antal angelägna områden pekades ut, och särskild uppmärksamhet riktades mot de mest sjuka äldre. Syftet var att genom riktade satsningar i samförstånd mellan staten och huvudmännen stimulera olika former av utvecklingsarbete.

Syftet var att stödja kommuner och landsting och andra aktörer i att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre och förbättra möjligheterna till uppföljning och utveckling.

Enligt regeringen skulle insatserna som ingick i överenskommelsen ses som en *del av de samlade, nationella insatserna för ett strategiskt förbättringsarbete inom socialtjänst och äldreomsorg* inom ramen för regeringens och Sveriges Kommuner och Landstings överenskommelse om Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område (se nedan).<sup>34</sup>

År 2012 ingick regeringen och SKL en förnyad överenskommelse, om sammanhållen vård och omsorg till de mest sjuka äldre. Den innebar en utvidgning. Målgruppen preciserades, och kravet att utvecklingsarbetet skulle bli en integrerad del av landstingets och kommunernas ordinarie verksamhet tydliggjordes. Huvudmännen skulle träffa överenskommelser om gemensamma handlingsplaner för att kunna få ta del av medlen. Inom ramen för överenskommelserna gavs stöd till detta under namnet ledningskraft.

Satsningen omfattade drygt 3,8 miljarder mellan åren 2010 och 2014. För hela perioden 2010–2015 satsade regeringen drygt 2,8 miljarder kronor på prestationsbaserade ersättningar och drygt 1 miljard på stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete (bl.a. utvecklingsledare som bl.a. hade till uppgift att stimulera utvecklingen av kvalitetsregistren och bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen), stöd till registren och samordning. Stimulansmedel gavs också under tre år om totalt 210 miljoner kronor för försöksverksamheter.

---

<sup>34</sup> Bilaga till protokoll vid regeringsammanträde 2011-01-27 nr II:1, Socialdepartementet.

## Prestationsersättning till kvalitetsregister (2010-2014)

För 2010–2011 gavs stöd till användning av två kvalitetsregister, Senior Alert<sup>35</sup> och Svenska palliativregistret. Stöd gavs dels i form av utvecklingsstöd, dels prestations-ersättning som förutsatte registrering i de båda registren.

Åren 2012–2014 utökades med ytterligare två kvalitetsregister, Svenska demensregistret (SveDem) och BPSD-registret (BPSD = beteendemässiga och psykiska symptom vid demens).

För förbättrad användning av de fyra kvalitetsregistren Svenska palliativregistret, Senior Alert, Svenska demensregistret (SveDem) och BPSD-registret avdelades totalt under de fem åren 990 miljoner kronor, varav 200 miljoner för de två förstnämnda för åren 2010–2011.

### Statskontorets utvärdering

Statskontoret fick regeringens uppdrag att följa effekterna av prestationsersättningarna. Av den framgår att täckningsgraden ökade snabbt under de år stimulansmedlen utgick, för Palliativregistret från cirka 25 procent 2009 till 75 procent 2014, för Senior Alert från cirka 5 procent till 61 procent. Detta trots att det inte var givet att den prestationsbaserade ersättningen för registrering i kvalitetsregistren gick tillbaka till utförarna – ersättningen var ju riktad till ledningen i kommun/landsting. Endast i 29 procent av kommunerna tillföll hela ersättningen utförarna, i var tionde kommun fick utförarna inget alls.<sup>36</sup>

I sin första delrapport rekommenderade Statskontoret att *kvalitetssäkeringen av inrapporterade uppgifter skulle stärkas och att målet med det långsiktiga förbättringsarbetet borde preciseras*<sup>37</sup>. I sin andra delrapport bedömde Statskontoret att bristerna i kvalitetssäkring kvarstod, men identifierade också faktorer för att satsningen i förlängningen skulle kunna leda till ett strukturerat arbetssätt<sup>38</sup>. I sin tredje delrapport redovisade Statskontoret *steget till att användningen av*

---

<sup>35</sup> Det som idag registreras är risk för fall, trycksår, onormal viktnedgång, munohälsa och inkontinens, en ny modul om rehabilitering ska införas våren 2016 och en om psykisk ohälsa är under utarbetade och introduceras givet fortsatt statligt stöd (indraget 2016).

<sup>36</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.

<sup>37</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 1 Statskontoret 2010.

<sup>38</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 2 Statskontoret 2011.

*kvalitetsregister också ska leda till ett förändrat arbetssätt förhållandevis långt<sup>39</sup>.*

I sin slutrapport visade Statskontoret att användningen av registren verkade ha förbättrats. Första kvartalet 2015 skedde ingen nedgång i registreringar. I den intervjustudie Statskontoret genomförde uppgav flertalet av de intervjuade att enheten gemensamt diskuterade resultatet från registren och därefter beslutade om åtgärder. Det fanns dock stora skillnader. Så t.ex. använde vissa enheter Senior Alert som underlag för planeringen av det dagliga arbetet och vid utformningen av omvårdnadsplanerna, medan andra enheter inte använde resultaten alls.

Statskontoret försökte att få fram av registren oberoende indikatorer som ska kunna visa om vårdkvalitén förbättrats genom att registreringen i palliativregistret och Senior Alert ökade. Statskontorets tolkning var att registreringen i Senior Alert haft vissa positiva effekter, medan det inte gick att bedöma eventuella mätbara effekter av registreringen i palliativregistret. Statskontoret hade dock inte kunnat följa effekterna hos de särskilda boenden och sjukhus där data ur registren använts i det dagliga arbetet med enheter som inte alls registrerat eller inte använt data som registrerats.<sup>40</sup>

#### Livsmedelsverkets utvärdering

Livsmedelsverket har studerat effekter av den del av kvalitetsregistret Senior Alert som avser nutrition.

Resultaten från regeringens satsning på prestationsersättningar kopplade till kvalitetsregistret Senior Alert är inte entydiga. De positiva resultat som framhålls är att under-näringsproblematiken i och med registreringen har blivit mer synlig i verksamheterna samt att kopplingarna mellan undernäring, trycksår, munhälsa och fallskador blivit tydligare. Därutöver har flera enheter börjat arbeta med olika åtgärder för att minska undernäringen, vilket enligt Senior Alerts statistik gett positiva resultat.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL delrapport 5 Statskontoret 2014.

<sup>40</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.

<sup>41</sup> Bättre måltider i äldreomsorgen – vad har gjorts och vad behöver göras, Livsmedelsverkets rapportserie 27/2014.

## **Prestationsersättningar för bättre läkemedelsanvändning och sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre (2012–2014)**

### Ersättningen

Enligt överenskommelsen för 2012–2014 skulle prestationsbaserade ersättningar om totalt 2 615 miljoner kronor fördelas mellan kommuner och landsting om de uppfyllde vissa uppställda krav. Det året infördes att det skulle finnas en struktur för ledning och styrning i samverkan mellan huvudmännen och en gemensam handlingsplan för förbättringar i vården och omsorgen om sjuka äldre. Utöver de prestationsbaserade ersättningarna för kvalitetsregister lämnades åren 2012–2015 stimulansmedel om 925 miljoner kronor för minskning av olämpliga läkemedel och 900 miljoner kronor för förbättring av sammanhållen vård. Graden av sammanhållen vård antogs kunna mätas genom indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerad återinläggning inom 30 dagar.

Vissa län och kommuner var framgångsrika det första året med den nya formen för prestationsersättning, medan 11 kommuner inte fick någon prestationsersättning alls. Inget län klarade de uppsatta målen avseende indikatorerna för sammanhållen vård och omsorg det året<sup>42</sup>.

Under de tre åren fick landstinget och kommunerna i Västmanland prestationsbaserade ersättningar om i snitt 4 028 kronor per innevånare 65 år och äldre, att jämföra med Stockholms län 739 kronor. Prestationsersättningen motsvarade i snitt bara cirka sju promille av kostnaden för kommunernas äldreomsorg men innebar trots det att landstingen och kommunerna gav stort fokus på att nå de uppsatta indikatormålen.

### Ersättningsmodellen

Modellen med ersättning för något man gjort i stället för att som tidigare stimulera till att göra något framåt i tiden motiverades bl.a. med att effekter av tidigare stimulansmedel var osäkra och att lovvärda insatser kunde upphöra när stimulansmedlen var slut. Att ge ersättning för något kommunerna och landstingen faktiskt uppnått bedömdes kunna ge mer långsiktiga effekter. Hänvisning gjordes också till den så kallade kömiljarden som av regeringen ansågs som framgångsrik. Som vi sett fanns dock under de två första åren, 2010 och 2011, stimulansmedel kvar, och de uppgick de båda åren till högre belopp än de nya prestationsbaserade.

---

<sup>42</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Bedömning av om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Socialstyrelsen; 2012. Rapport 2012-11-16.



Modellen att bedöma hur väl vården och omsorgen av den grupp regeringen kallade de mest sjuka äldre fungerade genom att använda olika indikatorer diskuterades.

I sin första redovisning av hur kommuner och landsting uppfyllt de olika indikatorerna pekade Socialstyrelsen på att det var svårt att med läkemedelsindikatorerna fånga in målgruppen, och att det inte fanns någon kvalificerad grund för att välja en minskning om just tio procent. Första året fick två län dela på medlen för god läkemedelsbehandling trots att förändringen kunde ha berott på slumpen.

Den fasta sänkning som gällde som krav första året ändrades till en relativ. Statskontoret har i en utvärdering av evidensbaserad praktik gjort bedömningen att överenskommelsen om en Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre är ett gott exempel. Detta eftersom vissa av kraven i indikatorerna justerades från de första årens absoluta nivåer till relativa krav på förbättring. På detta sätt blev incitamenten för huvudmännens förbättringsarbete både mer rättvisa och mer stimulerande<sup>43</sup>.

Indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar bygger på antagandet att om de mest sjuka äldre får ett bra omhändertagande i den öppna vården kan onödiga inläggningar på sjukhus undvikas. För de båda indikatorerna för sammanhållen vård skrev Socialstyrelsen att

Indikatorn undvikbar slutenvård har utarbetats av Socialstyrelsen med syftet att kunna följa förändringar i sjukvårdssystem över tid. Indikatorn har inte utarbetats utifrån gruppen de mest sjuka äldres perspektiv och behov. Indikatorn återinläggningar inom 30 dagar har aldrig använts inom Socialstyrelsen i den här formen. ... Vare sig för återinläggningar inom 30 dagar eller undvikbar slutenvård finns en nivå som kan anses vara den rimliga eller rätta. Förutsättningarna för att påverka nivåerna på patientsäkert sätt, under en kort period, är olika i olika landsting. Indikatorerna har heller inte utarbetats för att användas för prestationsersättning. När pengar kopplas till dessa indikatorer innebär detta ett ekonomiskt incitament att inte återinlägga patienter.<sup>44</sup>

Statskontoret rekommenderade i sin delrapport 3 avseende 2012 att indikatorn undvikbar slutenvård skulle tas bort eftersom det var svårt för huvudmännen att finna relevanta tillvägagångssätt för att påverka indikatorn. Parterna enades dock om att hålla kvar denna indikator under hela avtalsperioden.

---

<sup>43</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, Slutrapport Statskontoret 2014:18.

<sup>44</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Bedömning av om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Socialstyrelsen; 2012. Rapport 2012-11-16.

I sin slutrapport skrev Statskontoret i sina rekommendationer att

Vi anser vidare att regeringen bör engagera berörda expertmyndigheter vid framtagandet av till exempel indikatorer för satsningen, vilket ökar möjligheterna att finna relevanta och tillförlitliga indikatorer.<sup>45</sup>

Detta hade dock regeringen gjort. Socialstyrelsen hade detta uppdrag, som dock presenterades för regeringen samma dag som överenskommelsen tecknades mellan regeringen och SKL. I denna rapport redovisas indikatorer som skulle kunna utvecklas för att på sikt användas i ett prestationsbaserat ersättningssystem. Utredarna slog fast att det saknades nationella uppgifter om en del områden som är viktiga för att beskriva vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, bl.a. vad gäller om vården och omsorgen är samordnad eller inte. Rapportförfattarna påpekade också att indikatorer ger en generell bild men inte är några exakta mått och inte ger någon säker kunskap<sup>46</sup>.

FoU i Väst redovisade i en rapport att det inte gick att belägga att vårdcentraler som arbetar på ett sätt som främjar god vård av äldre personer hade lägre nivåer av återinskrivningar och undvikbar slutenvård än andra vårdcentraler. Det gick inte heller omvänt att belägga att vårdcentraler som hade låga nivåer mätt med dessa båda indikatorer arbetade på ett bättre sätt med att möta patienternas behov än andra vårdcentraler. Rapportförfattarens slutsats var att dessa båda indikatorer är trubbiga mått på sluten- och öppenvårdens kvalitet och snarare mäter segregation och socioekonomi bland listade patienter<sup>47</sup>.

I en masteruppsats från Göteborgs universitet framkom att de som intervjuats från de studerade länen och kommunerna ansåg att det varit en för hög grad av detaljstyrning, som stört det lokala arbetet och utmanat det kommunala ansvaret för sin verksamhet. Formellt sett har överenskommelser begränsade styreffekter eftersom de är frivilliga men alla intervjupersoner upplevde att det var svårt för kommunerna att inte medverka.

Då man har gått över till att mer styra med prestationer beskrivs det ha blivit mindre utrymme för lokala prioriteringar eller för länsnivån att stoppa in egna aktiviteter i stödstrukturen. De korta puckarna får stöd i ersättningsmodeller och riskerar att överskugga de egna lokala behoven.

---

<sup>45</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.

<sup>46</sup> De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer, Socialstyrelsen december 2011.

<sup>47</sup> Förförande jämförelser – sambandet mellan vårdcentralers kvalitet och nivåerna av undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 1 till 30 dagar bland patienter 65 år eller äldre i Västra Götalands län, Theresa Larsen, FoU i Väst rapport 4:2015.

Kommunerna har inte heller samma prioriteringar, det ser oerhört olika ut i omfattning, demografi och allt.

Kommunerna orkar inte med att driva egna projekt för det här tar all kraft ur verksamheten och egna initiativ får inte plats.<sup>48</sup>

Det kan också noteras att av de 900 miljoner kronorna för förbättringar av sammanhållen vård skulle 70 procent betalas ut till kommunerna – trots att det är landstinget som har det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården efter utskrivning och därmed kanske borde ha fått mer av de incitamentsmedel som betalades ut för uppnådda förändringar. Det går dock inte att uttala sig om detta haft någon betydelse i praktiken.

Statskontoret bedömde att prestationsersättningar kan vara lämpliga för att stimulera förbättringsarbete givet tydliga samband mellan ersättning och resultat. Stimulansen till användning av kvalitetsregistren är ett sådant exempel enligt Statskontoret. Statskontoret gjorde också bedömningen att prestationsersättningen inom läkemedelsområdet kan ha bidragit till en mer träffsäker läkemedelsbehandling. Däremot menade Statskontoret att prestationsersättning är olämpligt när kunskapen om orsakssambanden är låga, som resultatindikatorerna för sammanhållen vård och omsorg.

Utvärderingar av effekter

SKL skrev i sin egen slutrapport *att idag, fem år senare, arbetar personal i vård och omsorg med nya standardiserade, gemensamma och evidensbaserade arbetssätt*. SKL redovisade ingen källa för denna slutsats. Som framgångsfaktor framhöll SKL *att kraftsamla där kommuner och landsting i hela landet arbetar mot samma mål*.<sup>49</sup>

Statskontoret hade ansvaret för att utvärdera regeringens olika satsningar på att förbättra vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. I sin slutrapport redovisade Statskontoret som sin samlade bedömning

att förutsättningarna för arbetet med de mest sjuka äldre har förbättrats. Arbetssätten inom vården och omsorgen har förbättrats i verksamheter där personalen under längre tid har registrerat i kvalitetsregister. Resultaten från kvalitetsregistren används dock inte i tillräcklig utsträckning. Vården och omsorgen har inte heller blivit mer sammanhållen, utan det finns fortfarande brister i samverkan kring den äldre. Utvärderingen visar även att varaktigheten i förbättringarna inte är säkrad.

---

<sup>48</sup> Överenskommelser som styrmedel i teori och praktik – en fallstudie av två överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting inom vård och omsorg, Förvaltningshögskolan Göteborgs universitet, Linn Sandberg Ht 2012.

<sup>49</sup> Bättre liv för sjuka äldre, stora förbättringar på kort tid. Sveriges Kommuner och Landsting 2015.

Hälften av länen saknade under överenskommelsens sista år en plan för att säkra långsiktigheten i förbättringsarbetet. Dessutom saknade de flesta län även en tydlig plan för den fortsatta finansieringen av de strukturer som byggts upp för förbättringsarbetet. Statskontorets slutsats var att prestationsersättningen inte i någon större utsträckning bidragit till en mer sammanhållen vård och omsorg.<sup>50</sup>

Karolinska Institutet (LIME) har i ett följeforskningsprojekt främst följt utvecklings-ledarnas arbete och de grupper som bildades i länen under namnet ledningskraft. Flera faktorer uppgavs ha underlättat utvecklings-ledarnas arbete med Bättre Liv-satsningen. Den faktor som framhölls av flest utvecklingsledare var stödet från kolleger, både inom den egna organisationen och från nätverk med andra utvecklingsfunktioner inom länet och över länsgränser. På frågan om framgångsfaktorer i rollen som utvecklingsledare lyfte man fram att egna kontaktnät och kännedom om de verksamheter man arbetar med fungerat som dörröppnare. Andra viktiga faktorer som lyftes fram var roll, mandat och förtroende. Frågan om vilket stöd utvecklingsledarna fått av ledningskraftsteamet besvarades i huvudsak med att man inte fått stöd, utan att man istället upplever att man stöttat ledningskraftsteamet.

Från deltagarna i lärens ledningskraft lyftes samverkan, samordning och samsyn. Man beskrev mötesplatser och gemensamma målsättningar och utvecklingen av ett mer strukturerat och systematiskt sätt att arbeta för att nå gemensamma perspektiv. Den nationella satsningens stöd och krav hade inneburit en hjälp att hålla fokus och att själva kunna ställa krav på verksamheterna i länet.

Hinder som utvecklingsledarna tog upp var svårigheter att skapa förståelse för satsningen och motivera chefer och personal. Utvecklingsledarna beskrev att den pressade arbetssituationen gjorde det svårt för personalen att hinna med att registrera, att få tid att delta i utbildningar etc. Ett annat hinder som nämndes var att det pågick många andra satsningar och projekt parallellt med Bättre Liv för sjuka äldre. Både mängden satsningar och bristen på samordning mellan dem ledde till konkurrens mellan de olika projekten.

Organisationsförändringar av olika slag, brister gällande representation och mandat och låsta positioner mellan huvudmännen var hinder som lyftes fram av deltagare i ledningskraftsteamet. Man såg också att det skapats parallella processer och befarade undanträngningseffekter och prioriteringssvårigheter i förhållande till andra satsningar och stora

---

<sup>50</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.

verksamhetsfrågor. Upplevelsen av att satsningen inneburit styrning från staten och SKL på en alltför detaljerad nivå togs upp i flera län<sup>51</sup>.

Liknande erfarenheter om risk för undanträngning och detaljstyrning mötte Karolinska Institutet (ARC) i dess uppföljning av nätverk och försöksverksamheter (se nedan). Det starka fokus som en del kommun- och landstingsledning hade på att uppnå överenskommelsens krav för att få ersättningar skedde ibland på bekostnad av redan pågående samverkansmodeller i länet.

Hur användes prestationsersättningarna?

En annan fråga är vad ersättningarna använts till. När statliga satsningar sker i form av stimulansmedel finns det ju en tydlig koppling mellan vad staten vill uppnå och hur medlen används. När ersättningen utbetalas utifrån för landsting och kommuner svårprognostiserade indikatorer kan det vara mer osäkert om de utbetalade medlen faktiskt används till utveckling, eller för att klara den ordinarie verksamheten. I sin slutrapport skrev Statskontoret

Inom ramen för förbättringsarbetet för de mest sjuka äldre har kommunerna och landstingen framför allt använt ersättningen för att finansiera utbildning av personal. Det har också varit relativt vanligt med inköp av hjälpmedel och teknisk utrustning bland kommunerna och rekrytering av specialistkompetens både inom kommuner och landsting.<sup>52</sup>

I KI:s rapport redovisades att de som ingått i länets ledningskraftsgrupp ofta var osäkra på hur man använt prestationsersättningen, uttrycket det svarta hålet återkom i flera län. Å andra sidan angav många att man på olika sätt försökt styra hur pengarna skulle användas och av vem, för att försäkra sig om att de skulle gå till utvecklingsarbete, utbildning och registreringsarbete<sup>53</sup>.

SKL nämnde i sin slutrapport att

Hur prestationsersättning som intjänats ska fördelas är en fråga för respektive huvudman. I överenskommelserna 2013 och 2014 har en särskild skrivning införts kring att medlen är avsedda att investeras i kommande förbättringsarbete.

---

<sup>51</sup> Bättre liv för sjuka äldre, lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring, M Nyström, H Strehlenert, E Höög, Karolinska Institutet LIME 2014.

<sup>52</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18 s. 58.

<sup>53</sup> Bättre liv för sjuka äldre, lärdomar från en nationell satsnings upplägg och arbetssätt för att stödja förändring, M Nyström, H Strehlenert, E Höög, Karolinska Institutet LIME 2014.

SKL noterade också i sin slutrapport att de statliga budgetreglerna försvårade möjligheten att använda stimulansmedlen långsiktigt. Det var kort planeringstid, och medel som inte använts fick inte föras över till nästa år.

Överenskommelser behöver vara långsiktiga och aviseras i god tid för att förbättrings-arbetet ska kunna bedrivas på ett meningsfullt sätt.<sup>54</sup>

## 19 försöksverksamheter (2010-2012)

Under åren 2010–2012 fördelades totalt 210 Mkr till 19 försöksverksamheter. Dessa hade valts ut av SKL efter ett ansökningsförfarande.

Socialstyrelsen fick uppdraget att göra en vetenskaplig utvärdering. I Socialstyrelsens uppdrag ingick dessutom att studera tio s.k. samverkansnätverk inom vården av de äldre. Socialstyrelsen gav uppdraget till Karolinska Institutet (ARC)/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC). Målet var enligt regeringens och SKL:s överenskommelse att försöka dra generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

Forskar/utredargruppen som arbetade med utvärderingen av de 19 försöksverksamheterna delgav från start Socialstyrelsen att det inte var möjligt att göra en vetenskaplig utvärdering i egentlig mening, eftersom det inte fanns någon kartläggning eller mätningar av situationen innan, och att endast ett par av de 19 projekten var organiserade så att de skulle gå att följa upp forskningsmässigt.

Vissa gemensamma slutsatser kunde dras. En av dem var att den av regeringen angivna målgruppen, de mest sjuka äldre, var svårfunnen i praktiken, och dessutom en heterogen grupp med olika behov av insatser och samordning. Detta försvårade för flera av projekten, eftersom det utöver den tid det tar att rekrytera projektledare och förankra projektet också tog tid att hitta målgruppen. Trots detta och den tidsbrist detta skapade lyckades de flesta av försöksverksamheterna med sina uppdrag, och utvecklade intressanta metoder och arbetsformer. Arbetsformer som dock i flera fall inte överlevde när projektmedlen var slut. Orsaker till det var i några fall att det kommit nya chefer i ledande positioner i landsting och/eller kommuner, och att de inte hade samma intresse för försöksverksamheten, i några fall att de inte tänkt sig att det skulle bli en ordinär verksamhet. I några fall angavs att erfarenheterna skulle tas tillvara av den ordinarie organisationen, utan att ledningen i landsting och berörda kommuner fördenskull organiserade så att detta skulle bli möjligt.

---

<sup>54</sup> Bättre liv för sjuka äldre, stora förbättringar på kort tid. Sveriges Kommuner och Landsting 2015.

Även erfarenheterna från de tio så kallade samverkansnätverken var olika. Gemensamt var värdet av samhandlingsarenor, där personal från båda huvudmännen och olika verksamheter möts, lär känna varandra, har gemensam utbildning och identifierar det gemensamma uppdraget. Att sätta Esther i centrum som mottot är på småländska höglandet. Några av dessa nätverk märkte av att det uppstod en konkurrens om uppmärksamheten när den nationella överenskommelsen om bättre liv för sjuka äldre skulle implementeras i det egna området. Särskilt från landstingshåll kunde det uttryckas som att nu ska vi inte hålla på med nätverket längre, nu är det att uppnå överenskommelsens indikatorer som gäller.

Utvärderarna från ARC/ÄC drog slutsatsen av de 29 studerade verksamheterna att en sammanhållen eller integrerad vård och omsorg om de mest sjuka äldre kräver:

- att det finns ett system och rutiner för en fortlöpande identifiering av de mest sjuka äldre och hur deras behov ska tillgodoses
- att det finns en organisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård dygnet runt sam-ordnat med kommunens äldreomsorg.
- att stöd, vård och omsorg riktas till både den äldre och dennes anhöriga.
- att olika modeller för en samordnad vård och omsorg över huvudmannaskapsgränserna utvecklas, prövas och vetenskapligt utvärderas med hjälp av statliga initiativ.

Regeringens stimulansmedel avsåg en grupp som det finns all anledning för samhället att prioritera skrev forskarna/utredarna.

Det krävs bra rutiner för att identifiera de äldre som har behov av samordning. Och när man identifierat dem kunna erbjuda samordnade insatser – ett team från både sjukvård och socialtjänst – med den flexibilitet som sköra äldre med snabbt växlande hälsotillstånd behöver. Äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg måste mötas av ett strukturerat omhändertagande.<sup>55</sup>

Systematisk kunskapsuppbyggnad?

En lärdom, på nytt, av de 19 försöksverksamheterna är vikten av att förbereda en sådan satsning noga, identifiera problemen, vad man vill pröva och systematiskt genomföra och följa upp försöken. Så blev dock inte fallet.

Statskontoret skrev i sin slutrapport att

Inom ramen för överenskommelsen bedrevs även försöksverksamheter om de mest sjuka äldre. Parterna inväntade dock inte resultaten från utvärderingarna av dessa eller byggde upp kunskap om hur en mer sammanhållen vård och

---

<sup>55</sup> L Hagman m.fl. Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

omsorg kan nås. I stället utgick prestationsersättning för indikatorer som man inte hade tillräcklig kunskap om. Denna bristande kunskap var också en anledning till att ersättningen sedermera inte ledde till några förbättringar inom området.<sup>56</sup>

Det var alldeles uppenbart inte brist på pengar som ledde till att kunskapsuppbyggandet inte blev vad regeringen hoppats. Utöver stödet till försöksverksamheterna om 210 miljoner kronor påminner Statskontoret om de 160 miljoner kronor som anslogs till vad som kallades lokalt analysarbete. Statskontorets bedömning var att den satsningen var ineffektiv, eftersom huvudmännen uppgav att de inte fått den vägledning de behövde för att nå en mer sammanhållen vård och omsorg.

Statskontoret redovisade som sin uppfattning att det finns ett behov av en nationell strategi för kunskapsstöd inom äldreområdet. Olika modeller för sammanhållen vård och omsorg behöver utvärderas nationellt.

---

<sup>56</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.



## Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten (2011–2014)

Regeringen och SKL träffade i januari 2011 överenskommelse om stöd till en evidens-baserad praktik för god kvalitet inom socialtjänstens område. Därefter har årliga överenskommelser träffats 2012–2014. Totalt satsade regeringen 682 miljoner kronor dessa år. Även under 2015 kunde huvudmännen söka medel för utvecklingsledare inom detta område. För att landstingen och kommunerna skulle kunna få stöd från och med 2013 överenskomms att huvudmännen skulle bekosta 25 procent av kostnaderna för stödstrukturerna under 2014, 50 procent under 2015 och 100 procent under 2016.

Syftet var att brukarna skulle få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Kunskapen ska komma från forskningen, den professionella expertisen och brukarnas erfarenheter. Att bygga upp regionala stödstrukturer för kunskapsutvecklingen angavs som en nyckelfaktor. Den skulle bestå av olika strategiska funktioner, däribland de FoU-miljöer som startat tack vare statliga stimulansmedel, liksom politiska beredningar och ledningsfunktioner i länen.

Statskontoret fick i maj 2011 uppdraget att utvärdera överenskommelsen. I sin slutrapport<sup>57</sup> skrev Statskontoret

att stödstrukturerna har bidragit till verksamhetsutveckling, vilket är det första steget mot en evidensbaserad praktik. Däremot har det andra steget ännu inte tagits, det vill säga att kunskap systematiseras, synpunkter från brukare inhämtas och att yrkesgrupper är med i en läroprocess.

Flertalet län hade redan byggt upp stödstrukturer, flera av dem i form av sina FoU-miljöer. Detta var dock inte något som överenskommelsen tog sin utgångspunkt ifrån. I den ovan citerade masteruppsatsen från Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet redovisades ett belysande citat

Det som är beklagansvärt är just att man från den nationella nivån hela tiden försöker understryka att detta är något väldigt annorlunda. Det vore bättre om de såg det som att det var en vidareutveckling av det som redan pågår. Det var inte många län där man inte hade någonting liknande innan.

Det framkommer i de intervjuer som gjordes inom ramen för den studien en kritik mot att det positiva med idén om att lokalt bygga plattformar för kunskapsutveckling och kunskapsstöd motverkades av en rad detaljerade riktlinjer för hur arbetet skulle bedrivas, där de regionala utvecklingsledarna fick ett dubbelt chefskap, dels från den egna regionen, dels från SKL. Flera informanter påtalade också att de regionala

---

<sup>57</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, Slutrapport Statskontoret 2014:18.

inriktningsdokument som togs fram inte blev levande dokument, och att den nationella nivån inte tog fasta på dem och utgick från dem.<sup>58</sup>

Kopplingen till forskningen var, när stödet till en evidensbaserad praktik gick mot sitt slut, fortfarande svagt enligt Statskontorets utvärdering. De privata utförarna hade i väsentligt lägre grad än de kommunalt drivna tagit del av den regionala stödstrukturens arbete. Statliga myndigheter med ansvar för kunskapsstyrning inom vård och omsorg borde enligt Statskontoret i högre utsträckning använda stödstrukturerna för att såväl sprida kunskap som samla in erfarenheter för kunskapsupbyggnad.

Den långsiktiga finansieringen av de stödstrukturer som krävs för ett levande FoU-arbete var när Statskontoret skrev sin slutrapport 2014 inte säkrad, trots överenskommelsen om att huvudmännen helt skulle överta finansieringen 2016. Endast i ett län uppgav huvudmännen att den långsiktiga finansieringen var säkrad. Av Statskontorets intervjuer med de så kallade plattformsledarna framgår att de såg finansieringen som det största hindret för att stödstrukturernas verksamhet skulle kunna fortsätta.

Äldreomsorgen är den enskilt största verksamheten inom socialtjänsten, och dessutom en verksamhet där en majoritet av personalen inte har högskoleutbildning, och därmed inte är utbildade att systematiskt söka, använda och utveckla kunskap. Där finns således de största utmaningarna, särskilt i jämförelse med individ- och familjeomsorgen där merparten av personalen har en högskoleutbildning och vanan att arbeta kunskapsbaserat är större. Arbetet med kunskapsstöd kom för äldreomsorgens del att kombineras med de delar inom Bättre liv för sjuka äldre som avsåg att främja registrering och användning av kvalitetsregister. Detta kan vara förklaringen till att en majoritet av socialcheferna i Statskontorets uppföljning svarade att äldreomsorgen var den del av socialtjänsten som hade haft störst nytta av stödstrukturerna.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Överenskommelser som styrmedel i teori och praktik – en fallstudie av två överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting inom vård och omsorg, Förvaltningshögskolan Göteborgs universitet, Linn Sandberg Ht 2012.

<sup>59</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten, utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, Slutrapport Statskontoret 2014:18.

## Omvårdnadslyftet (2011–2014)

En ny satsning på att öka vårdbiträdens och undersköterskors kompetens gjordes genom det så kallade omvårdnadslyftet, som inleddes under 2011 och under två år var avgränsad till äldreomsorgen. Från 2013 gällde omvårdnadslyftet även personal som med stöd av socialtjänstlagen arbetar med personer med funktionsnedsättning. Satsningen var tidsbegränsad t.o.m. 2014. År 2011 fördelades 143,5 miljoner kronor till 210 sökande kommuner, år 2012 fördelades 243,7 miljoner kronor till 204 kommuner, 2013 fördelades 293,5 miljoner kronor till 202 kommuner och för 2014 omfattade satsningen sammanlagt 295 Mkr.

Socialstyrelsen fick av regeringen uppdraget att förbereda, administrera och löpande följa upp Omvårdnadslyftet. Uppföljningen skulle ge en beskrivning av användningen av medlen.

Omvårdnadslyftet anknöt till Socialstyrelsens allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2011:12). Omvårdnadslyftet syftade till att stimulera huvudmännens långsiktiga arbete med att stärka kompetensen inom äldreomsorgen och funktionshindersomsorgen, och att ge medarbetarna möjlighet att växa i sina yrkesroller. Satsningen avsåg både den grundläggande kompetensen och den kompetens som behövs för specialiserade uppgifter. Målgruppen var den personal där yrkeskraven i regel är en gymnasial utbildning, t.ex. vårdbiträden, undersköterskor och boendestödjare. Statsbidraget fick användas för att utbilda tillsvidareanställda, vikarier och timanställda. Satsningen skulle förstärka, men inte ersätta, de utbildningsinsatser som pågick i kommunerna<sup>60</sup>.

Kommunerna skulle inventera personalens utbildningsnivå utifrån en modell som Socialstyrelsen anvisade. Gränsen för grundläggande kunskaper drogs vid utbildningar som motsvarar minst 1 000 gymnasiepoäng.

Utbildningarna skulle genomföras i form av uppdragsutbildningar. Socialstyrelsen anvisade vilka kurser som statsbidraget fick användas till, både vad gäller grundläggande kompetens och kompetens för specialiserade uppgifter. Kurserna gavs som uppdragsutbildningar där kommunerna fick tillgodoräkna sig 50 kronor per gymnasiepoäng, 200 kronor per yrkeshögskolepoäng och 700 kronor per högskolepoäng, förutsatt att kurserna genomfördes med godkänt betyg under bidragets användningstid.

Kommunerna hade möjlighet att välja studieform. Att utvärdera för- och nackdelar med de olika formerna ingick inte i Socialstyrelsens uppdrag.

---

<sup>60</sup> Socialstyrelsen informationsbrev 2013-11-14.

Varje år var det cirka 200 kommuner som ansökte om bidraget. De första två åren användes 40 procent av statsbidraget, sista året hade andelen ökat till 68 procent. Totalt deltog omkring 23 000 personer i någon utbildningsinsats.<sup>61</sup>

Andelen personal i särskilt boende som hade en yrkesförberedande utbildning ökade från 76 procent 2008 till 86 procent 2013. För personal i hemtjänst fanns motsvarande uppgifter bara för åren 2009 till 2012. Under den tiden ökade andelen med grund-utbildning från 67 till 75 procent. Uppgiften är dock osäker (denna fråga ströks i Socialstyrelsens öppna jämförelser 2013)<sup>62</sup>.

Socialstyrelsen redovisar i sin slutredovisning att flera kommuner svarade att satsningen varit positiv.

Hos medarbetarna har den bl.a. väckt studielust, gett ökat självförtroende och stärkt yrkesidentiteten. Vad gäller verksamheten har man kunnat genomföra en mer omfattande kompetenshöjning och inkluderat fler medarbetare än vad ekonomin normalt tillåter.

Samtidigt framhåller Socialstyrelsen att

Kommunernas kapacitet att hantera statsbidraget ökade under satsningens gång men de hade ändå svårt att hinna planera och genomföra utbildningsinsatser inom ramen för varje bidragsår. Många kommuner efterfrågar tidigare besked om tilldelade medel och en ökad långsiktighet för att de ska finna det försvarbart att investera egna resurser och skapa en struktur för att hantera större utbildningsinsatser än vad de normalt genomför på egen hand.<sup>63</sup>

Den nationella budgetordningen att utbildningsinsatserna skulle genomföras under bidragsåret, och att riksdagen beslutar om kommande års medel först i december försvårade. Ett annat hinder var att satsningen inte var långsiktig. Särskilt för mindre kommuner var det svårt och osäkert att bygga upp den organisation som krävdes för att få ta del av stimulansmedlen.

En lokal utvärdering är från Luleå tekniska universitet och avser Luleå kommun

Resultatet visar att respondenterna upplever ökad kompetens inom sina yrkesområden, de känner sig även, åtminstone till en viss del, stärkt i sina yrkesroller. Samtliga respondenter upplevde att informationen vid införandet av omvårdnadslyftet var dålig. Det mest bristfälliga med

---

<sup>61</sup> Omvårdnadslyftet – slutredovisning av regeringens kompetenssatsning 2011-2014, Socialstyrelsen februari 2015.

<sup>62</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, Socialstyrelsen 2014, avsnittet vård och omsorg om äldre.

<sup>63</sup> Omvårdnadslyftet – slutredovisning av regeringens kompetenssatsning 2011-2014, Socialstyrelsen februari 2015.

satsningen är dock att respondenterna inte upplever något som helst stöd eller återkoppling från sin närmaste chef. I övrigt var samtliga medverkande nöjda med omvårdnadslyftet och upplevde satsningen som positiv både för individen och för verksamheten som helhet.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> T Granqvist Eliasson, Omvårdnadslyftet – Socialförvaltningen i Luleå kommuns utveckling mot en lärande organisation, Luleå Tekniska Universitet VT 2013.

## Nationell värdegrund inom äldreomsorgen (2011–2014)

### Prestationsbaserad ersättning

Under åren 2011–2014 satsade regeringen 400 miljoner kronor på att stimulera kommunerna att utveckla lokala värdighetsgarantier för äldreomsorgen. Genom ett tillägg 2010 i Socialtjänstlagen (lag 2001:453; 5 kap. 4 §) stadgades att *Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)*. Syftet var att förankra socialtjänstlagens värdegrund för äldreomsorgen i det dagliga arbetet.

Socialstyrelsen fick uppdraget att administrera, besluta och följa upp bidraget samt ge kunskapsstöd i form av studiematerial, informationsmaterial och uppdragsutbildningar. Totalt 268 av landets 290 kommuner beviljades prestationsbaserat bidrag. I mars 2015 hade 213 kommuner utformat och infört lokala värdighetsgarantier inom en eller flera delar av äldreomsorgen. Socialstyrelsen delade ut 254 miljoner av de totalt 391 miljoner som kommunerna kunde ansöka om.

Första året kunde alla kommuner ansöka om ett startbidrag om 100 000 kr. För bidraget 2011 krävdes att kommunerna kunde presentera en projektplan för arbetet. Året därpå skulle kommunerna antingen ha tagit fram en projektplan eller ha utformat minst tre värdighetsgarantier. Det tredje året skulle kommunerna ha inrättat minst tre värdighetsgarantier samt upprättat en plan för kommunernas egen uppföljning. En mindre pott gick till kommuner som utformat nya garantier. Sista året kunde kommuner som tagit fram en plan för uppföljning få bidrag om de kunde presentera resultat av sin lokala uppföljning. Det kunde också räcka med att presentera minst tre lokala värdighetsgarantier och en plan för uppföljning.

### Socialstyrelsens uppföljning

De två vanligaste värdighetsgarantierna var enligt Socialstyrelsens uppföljning att *äldre som har hemtjänst eller bor i särskilt boende ska få en kontaktperson utsedd och äldre som får hemtjänst eller bor på ett särskilt boende ska få en genomförandeplan upprättad*.

Från de 54 kommuner som under 2014 gjort en uppföljning av arbetet med värdighetsgarantier hämtade Socialstyrelsen några generella erfarenheter. Omsorgstagarna själva och deras anhöriga hade vanligen ingen kännedom om de lokala värdighetsgarantierna. Däremot hade de många synpunkter på det som garantierna utlovade, t.ex. om en kontaktperson utsetts eller inte. För personalen hade arbetet vanligen varit berikande och stärkt den egna yrkesrollen. *Arbetet med värdegrund och värdighetsgarantier har bidragit till att göra arbetet inom äldreomsorgen mer meningsfullt* konstaterar Socialstyrelsen. Genom arbetet med värdighetsgarantierna hade man enligt Socialstyrelsens bedömning

kunnat sätta ord på värderingar som redan funnits, men också identifiera brister, och även orsaker, som t.ex. tidsbrist.

Flera av de som Socialstyrelsen intervjuat upplevde att den typ av avtal som föreskrivs av LOV gör det svårare för kommunen att ha inflytande på en nivå som reglerar den typ av insatser som en lokal värdighetsgaranti kan handla om.

Socialstyrelsen konstaterade att det är svårt att bedöma hur värdighetsgarantierna konkret påverkat kvaliteten i vård och omsorg eftersom värdighetsgarantier fortfarande är ett relativt nytt begrepp och kommunernas erfarenheter när utvärderingen genomfördes under våren 2015 inte gav tillräckligt underlag för att genomföra en utvärdering. De första värdighetsgarantierna togs i bruk 2013 och då endast i en handfull kommuner. Därtill var kännedomen om värdighetsgarantier låg bland brukare och deras anhöriga.

Av värde har, enligt Socialstyrelsens utvärdering, varit att den drivkraft som finns i stimulansmedel satt äldreomsorgens nationella värdegrund högre upp på dagordningen. Socialstyrelsen gjorde analysen att statsbidragen i form av prestationsersättning hade stor betydelse för kommunernas initiala arbete. Prestationsersättningarna hade däremot inte varit lika betydande för kommunernas fortsatta arbete, då relativt få kommuner tagit del av de medel som gjorts tillgängliga under satsningens andra och tredje år. Värdegrundsfrågor och värdighetsgarantifrågor var levande i alla de kommuner som Socialstyrelsen var i kontakt med för uppföljningen, oavsett om de hade sökt prestationsersättning under satsningens senare år eller inte.<sup>65</sup>

Utformningen av prestationsersättningarna

Utformningen av bidraget försvårade, som Socialstyrelsen bedömde det, för kommunerna. Det gällde både att insatser fått anpassas till när bidragen betalas ut, och att de villkor som ställts respektive år inte varit kända i god tid. Tidplanen för bidragen hade inte heller alltid stämt med kommunernas egna tidplaner. Ett förhållandevis stort antal kommuner (80 av 233 som våren 2015 infört garantier) hade infört värdighetsgarantier utan att ta del av de prestationsbaserade bidragen.

De villkor och krav som regeringen har satt för att kommunerna ska kunna ta del av prestationsersättningar har i vissa fall gått emot Socialstyrelsens rekommendationer. Utformningen av prestationsersättningarna har förutsatt ett relativt högt utvecklingstempo medan Socialstyrelsens vägledningar hela tiden har understrukit att arbete med

---

<sup>65</sup> Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen, slutrapport om prestationsersättningar 2011-2014, Socialstyrelsen maj 2015.

lokala värdighetsgarantier är en tidskrävande process eftersom det behöver förankras i många led.<sup>66</sup>

När satsningen sattes igång 2011 fanns det ingen information om hur prestations-ersättningarna var planerade och utformade. När kommunerna under satsningens första år utformade sina projektplaner visste de inte när de förväntades ha uppnått de olika utvecklingsstegen för att erhålla prestationsersättning. Socialstyrelsen kände heller inte till de förväntade prestationerna och det förväntade utvecklingstempot för respektive år. Socialstyrelsens vägledningar för kommunerna hade tyngdpunkten på att säkra kvaliteten och hållbarheten i utvecklingsarbetet genom att förankra arbetet i processer i flera led. Detta ledde till att flera kommuner fick avstå från att ansöka om prestationsersättning medan andra valde att frångå och skynda på sin ursprungliga tidplan för att ha chans att ansöka om ersättning. Socialstyrelsen drog slutsatsen att satsningen skulle ha kunnat nå lite längre och kommunerna skulle ha kunnat ha mer gynnsamma förutsättningar för sitt utvecklingsarbete om prestationsersättningarna hade varit annorlunda utformade.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen – slutrapport om prestationsersättningar 2011-2014, Socialstyrelsen 2015.

<sup>67</sup> Lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen, slutrapport om prestationsersättningar 2011-2014, Socialstyrelsen maj 2015.



## Statligt stöd till bostäder för äldre

I de tidigare avsnitten har fokus varit på statliga stimulansmedel som syftar till att påverka innehållet i verksamheten. I detta och nästa kapitel beskrivs statliga satsningar för att stimulera byggandet resp. teknikutveckling för äldre.

Statliga stimulansmedel för att bygga eller bygga om särskilda boendeformer har utgått i omgångar. Under 1990-talet främst med syftet att få en förbättrad boendestandard. Det stöd som lämnades under åren 2007–2015 hade syftet att öka utbudet av särskilt boende, och från 2010 även att stimulera tillkomsten av trygghetsbostäder.

I regeringens proposition 2006 redovisas en bakgrund till investeringsstödet

Regeringen är oroad över den omfattande förändringen av de särskilda boendeformerna där minskningen av platser lett fram till en bristsituation. Bristen på platser i särskilda boenden som medfört att många saknar ett fullgott medicinskt omhändertagande, eller känner sig ensamma och isolerade, måste avhjälpas. I ett första steg kommer ett investeringsstöd att införas för fler platser i särskilda boenden, inom ramen för de avsatta medlen.<sup>68</sup>

För att främja utbyggnad av trygghetsbostäder – ett förslag från Boendedelegationen (SOU 2007:103 och 2008:113) – utvidgade regeringen år 2010 stödet till att även kunna gälla denna boendeform.

I december 2011 beslutade regeringen att förlänga investeringsstödet till och med 2014, eftersom regeringen bedömde att det fortfarande rådde brist på dessa boendeformer, och det var ett stort söktryck att få bidrag.

Investeringsstöd utgick till äldrebostäder för att bygga särskilda boendeformer för äldre personer och för att bygga trygghetsbostäder till personer som fyllt 70 år. Stöd gavs till både nybyggnad och ombyggnad – givet att ombyggnaden innebar ett nytillskott av bostäder. Byggnadsprojektet måste ha påbörjats senast den 31 december 2014 för att kunna få stöd. Länsstyrelsen handlade och beslutade om ansökningarna.

## Särskilt boende

Under åren 2007–2014 beviljades totalt 1 460 miljoner kronor i investeringsstöd för särskilt boende.<sup>69</sup> Länsstyrelserna fick 495 ansökningar, varav 362 godkändes, och 316 har betalats ut till och med 2015-05-31. Antalet beviljade ansökningar ger totalt 10 740 lägenheter i

---

<sup>68</sup> Budgetpropositionen för 2007, proposition 2006/07:1.

<sup>69</sup> <http://www.boverket.se/contentassets/7512d3199e23444c92825dfcac6e31ce/aldrebostadsstod-sarskilda-boendeformer.pdf>

nybyggda hus (84 %) och ett tillskott om 2 113 lägenheter (16 %) genom ombyggnation.<sup>70</sup>

Produktionskostnaden per ny lägenhet i särskilt boende var enligt Boverket 1 073 000 kr, stödet per lägenhet var 116 000 kr (11 %). Lägenheterna i de särskilda boende-formerna var nästan uteslutande (99 %) ettor.<sup>71</sup>

Utvecklingen av antal lägenheter och boendestandard

Det är då det enligt den nationella statistiken fanns flest platser i särskilt boende var 1994, 135 536 platser. Ställt i relation till antalet 80 år och äldre var andelen platser dock högre tio år tidigare, 1984 bodde 39 procent av personer 80 år och äldre i de boendeformer som då motsvarade dagens särskilt boende, tio år senare var andelen 33 procent.<sup>72</sup> Det har sedan varit en relativt konstant minskning.

År 2001 bodde 118 621 personer permanent i särskilt boende. Var femte i åldern 80 år och uppåt bodde då i en sådan boendeform. År 2007, då det statliga investeringsstödet tillkom, bodde 97 500 personer permanent i särskilt boende, andelen av de personer som var 80 år och äldre var 16 procent.<sup>73</sup>

Efter det att investeringsstödet infördes blev minskningen mindre, men fortsatte. År 2012 bodde 90 521 personer permanent i särskilt boende, andelen av personer 80 år och äldre var 14,6 procent. År 2015 bodde 87 903 personer permanent i särskilt boende.<sup>74</sup>

Under åren 1994 till 2015 har andelen 65 år och äldre som bor permanent i särskilt boende sjunkit från 8,8 procent till 4,5 procent.

Bostadsstandard

År 1995 delade 15 procent rum eller bostad med annan än make/maka/sambo anhörig. Drygt hälften saknade dusch på rummet eller i sin lägenhet, och 30 procent hade inte egen toalett.<sup>75</sup>

---

<sup>70</sup> <http://www.boverket.se/contentassets/7512d3199e23444c92825dfcac6e31ce/aldbrebstadsstod-sarskilda-boendeformer.pdf>

<sup>71</sup> Utvärdering av investeringsstödet till äldrebostäder, Karlskrona Boverket rapport 2013:7.

<sup>72</sup> Social service, vård och omsorg i Sverige, Stockholm Socialstyrelsen 1996.

<sup>73</sup> Socialstyrelsen, Äldre - Vård och omsorg 2001 resp. 2007.

<sup>74</sup> Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2015, Socialstyrelsen publiceringsår 2016.

<sup>75</sup> Socialstyrelsen, socialtjänststatistiken för 1995.

År 2007 var andelen som delade rum eller bostad med annan än en närstående nere i drygt en procent och 2015 var andelen knappt två promille. År 2007 saknade knappt fyra procent egen wc, dusch och bad, år 2015 var andelen en procent.<sup>76</sup>

Den andra tydliga trenden är minskningen av större lägenheter, vilket torde återspegla att servicehus avvecklats, ofta pga. att det bedömts alltför kostsamt att tillgodose krav på arbetsmiljöförbättringar. Det finns ingen statistik över lägenheter i servicehus. Den enda skattning som kan göras är efter minskningen av större lägenheter, eftersom de vanligen ligger i det som traditionellt benämns servicehus.

Innan Ädel, 1991, fanns det totalt 38 379 lägenheter i servicehus, med totalt 52 488 boende. Av dessa lägenheter var 23 255 i tvårummare eller större. År 2007 fanns det 16 847 lägenheter som var två eller tre rum och kök, år 2015 10 010.

SKL genomförde 2011 en kartläggning som visade att i 91 kommuner som besvarat SKL:s enkät hade cirka 8 500 lägenheter omvandlats till seniorboenden.<sup>77</sup> Det är en utveckling som fortsatt. Av Boverkets bostadsmarknadsenkät 2012 framgår att i 27 kommuner skulle 1 140 trygghetsbostäder tillkomma under åren 2012 och 2013 genom omvandling av särskilt boende.

En stor andel av de särskilda boenden som försvunnit eller byggts om var således endera av låg standard, eller servicehus som omvandlats till någon form av ordinärt boende.

### Behovstäckning

I Boverkets bostadsmarknadsenkät år 2004 uppgav drygt 200 kommuner (70 %) att behovet av särskilt boende var täckt. Tre år senare var det bara 140 kommuner (47 %) som svarade så. Andelen som svarade att de skulle täcka behovet genom planerad utbyggnad fördubblades samtidigt från drygt 50 till över 100. Detta antal gick sedan ner till 76 kommuner 2012. Av dessa 76 hade dock bara 14 kommuner planerade projekt som kunde genomföras åren 2012-2013. I varje enkät åren 2004-2012 har cirka 35 kommuner svarat att de inte kan tillgodose behoven ens med

---

<sup>76</sup> Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2015, Socialstyrelsen publiceringsår 2016.

<sup>77</sup> Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder, kommunkartläggning 2011, Stockholm SKL mars 2012.

planerad utbyggnad.<sup>78</sup> År 2015 uppgav 122 kommuner att de hade ett underskott, en ökning med 45 kommuner från 2014.<sup>79</sup>

Effekter av investeringsstödet?

Av Boverkets utvärdering av investeringsstödet framgår att det för 16 procent av de som ansökt om stöd varit av avgörande betydelse för att bygget/ombyggnationen skulle bli av. Störst hade betydelsen för privata fastighetsägare.

Boverket konstaterade att minskningen av antalet platser i särskilt boende blev lägre när investeringsstödet infördes. Mellan åren 2001 till 2006 minskade antalet platser med cirka 20 000, mellan 2006 och 2014 var minskningen cirka 6 400 platser. Boverket drog slutsatsen att det statliga stödet bidragit till att färre lägenheter försvunnit jämfört med femårsperioden före att det statliga stödet infördes.

Investeringsstödet har inte lyckats öka det totala antalet platser i särskilda boendeformer. Men stödet har sannolikt medverkat till att det inte försvinner platser i särskilda boendeformer i samma takt som i början av 2000-talet.<sup>80</sup>

Det finns bara statistik över nettominskningen av antalet lägenheter åren 2001–2006, inte hur många som avvecklades resp. tillkom. Det är därför svårt att med säkerhet dra den slutsats som Boverket gör. En orsak till den snabba minskningen åren före det statliga stödet kan vara att det då skedde en snabbare omvandling av dels äldre särskilda boenden med låg bostadsstandard, dels av servicehus som omvandlades till seniorbostäder eller vanliga bostäder. Att det sedan byggdes mer efter denna avvecklingsperiod kan ha berott på att det tog lite tid för kommunerna att identifiera att det blivit brist på platser, och att planprocesserna tar tid. En byggnation som kanske hade kommit till stånd även utan investeringsstöd. En effekt av investeringsstödet kan ha varit att det förstärkte det politiska tryck som fanns att få fram fler särskilda boenden.

En fråga man kan ställa sig är om brist på särskilt boende inte är drivkraft nog för att bygga nytt, alldeles oavsett investeringsstöd. Att kommunerna mer eller mindre medvetet valt att satsa på stöd i det ordinära boendet för att minska behovet av särskilt boende torde främst vara beroende av två skäl. Möjligheten att bo kvar hemma har successivt ökat. Kostnaderna är vanligen lägre för den som har hemtjänst i ordinärt boende än för personer med motsvarande omvårdnadsbehov som bor i

---

<sup>78</sup> Utvärdering av investeringsstöd för äldreboende, Karlskrona Boverket rapport 2013:7.

<sup>79</sup> Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer, SOU 2015:85.

<sup>80</sup> Utvärdering av investeringsstödet till äldreboende, Karlskrona Boverket rapport 2013:7.

särskilt boende. Investeringsstödet torde ha mindre betydelse när kommunerna gör avvägningen mellan hemtjänst och särskilt boende.

Det är en hypotes som får visst stöd av en gemensam rapport från Socialstyrelsen och Boverket 2003 där rapportförfattarna skriver att *Kommunernas ofta svåra ekonomiska situation gör att man strävar efter att lösa vård- och omsorgsbehoven på ett mindre kostnadskrävande sätt än genom särskilt boende.* och tillägger att

Bristande ekonomiska resurser håller tillbaka inrättandet av särskilda boendeformer men det är inte investeringen i byggandet av bostäderna utan kostnaderna för verksamheten, framförallt personalkostnaderna, som är mest betungande för kommunerna.<sup>81</sup>

### Trygghetsbostäder

Med trygghetsbostäder menas enligt stödförordningen bostads-lägenheter och utrymmen för de boendes måltider, samvaro, hobby och rekreation. Det ska finnas personal som dagligen på olika sätt kan stödja de boende under vissa angivna tider. Trygghetsbostäder kan byggas som hyresrätt, kooperativ hyresrätt eller bostadsrätt. Ytterligare ett krav är att bostäderna ska innehas av personer som fyllt 70 år.

Under åren 2010–2014 beviljades investeringsstöd med totalt 457 miljoner kronor. Antalet inkomna ansökningar blev 205, av dem beviljades 126.

Antalet nybyggda lägenheter som beviljats stöd uppgår till 2 601 (73 %), och antalet ombyggda lägenheter till 949 (27 %), totalt alltså ett möjligt tillskott om 3 550 lägenheter. Produktionskostnaden per lägenhet i trygghetsbostäder var i snitt i nyproduktion 1 523 000 kr, stödet per lägenhet 138 000 kr (9 %). Lägenheterna i trygghetsbostäder var vanligen (82 %) tvåor, annars ettor.

### Utvecklingen av antalet lägenheter

Det saknas nationell statistik om trygghetsbostäder. Det går därför inte att med säkerhet bedöma vilken betydelse investeringsstödet för trygghetsbostäder haft för framväxten av denna boendeform. I Boverkets utvärdering 2013 görs bedömningen att ett stort antal trygghetsbostäder kommit till utan investeringsstöd.<sup>82</sup>

I SKL:s kommunkartläggning 2011 uppgav 42 kommuner att de hade trygghetsbostäder som uppfyllde kraven för investeringsstödet.

---

<sup>81</sup> Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses, Stockholm Socialstyrelsen 2003-04-03.

<sup>82</sup> Utvärdering av investeringsstödet till äldreboendestäder, Karlskrona Boverket rapport 2013:7.

Trettiofem av dessa har svarat på antal, vilket sammanlagt blev cirka 3 500 bostäder.<sup>83</sup>

Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2015 fanns det närmare 9 700 lägenheter i trygghetsbostäder. Det faktiska antalet är högre, tolv av de kommuner som hade trygghetsbostäder hade inte besvarat hur många. I januari 2015 fanns någon form av trygghetsbostäder i mer än varannan kommun i landet, med stora regionala skillnader.

I Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2015 svarade 94 kommuner att projekt med närmare 3 100 lägenheter kommer att påbörjas under åren 2015–2016. Kommunernas bedömningar brukar dock enligt Boverkets bedömning ligga cirka 20 procent högre än antalet bostäder som sedan faktiskt påbörjas.

Det är framför allt de allmännyttiga bostadsföretagen som bygger trygghetsbostäder – närmare hälften av det förväntade tillskottet, medan privata hyresvärdar svarar för drygt en fjärdedel av tillskottet.

#### Seniorbostäder

Gränsen mellan trygghetsbostäder och seniorbostäder kan vara flytande. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät fanns det i januari 2015 närmare 30 000 seniorbostäder. Det är dock en underskattning, eftersom ett tjugotal kommuner som uppgav att det fanns seniorbostäder i kommunen inte kunde uppge antalet.<sup>84</sup> Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2015 planerade 60 kommuner att bygga totalt 2 100 seniorbostäder under de två närmsta åren. Det förväntade byggandet av senior-bostäder har sjunkit under en följd av år.

Ungefär en tredjedel byggs av privata fastighetsägare, bostadsrättsföreningar respektive allmännyttan/kommun. I Storstockholm står privata hyresvärdar för cirka 75 procent av nytillskottet, i mindre kommuner (< 25 000 innevånare) dominerar allmännyttan. Seniorbostäder omfattades inte av det statliga investeringsstödet för trygghetsbostäder.

#### Behov

Det går inte att bedöma efterfrågan på senior- respektive trygghetsbostäder. Däremot finns det uppgifter som visar på hur många äldre som bor i lägenheter där det är svårt att klara sig när rörlighet och ork avtar. Cirka 235 000 män och närmare 360 000 kvinnor som är 65 år eller äldre bor i flerbostadshus som saknar hiss eller att de måste passera

---

<sup>83</sup> Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder, kommunkartläggning 2011, Stockholm SKL mars 2012.

<sup>84</sup> Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer, SOU 2015:85

trappor för att komma till hissen. Nästan en miljon personer 65 år och äldre bor i småhus. Fram till 2030 bedöms behovet av nya lägenheter för de som är 65 år och äldre till cirka 350 000.<sup>85</sup>

Fortfarande utgör således trygghetsbostäder och seniorbostäder en begränsad del av bostadsutbudet för äldre personer, den dagen man behöver flytta till en tillgänglig bostad.

#### Effekter av investeringsstödet

Det är fler (28 %) som anger att investeringsstödet har haft stor betydelse för att bygga trygghetsbostäder än för särskilt boende (16 %). Investeringsstödet har också haft betydelse för utformningen av trygghetsboendet. Det förekom dock också att byggherrar valde att inte söka om investeringsstöd därför att de inte ville uppfylla villkoren i förordningen, t.ex. vad gäller placering av gemensamhetslokaler eller kravet på tillgång till personal.<sup>86</sup>

Det har skett en ökning av antalet trygghetsbostäder även utan stimulanssättning. Det är därför svårt att uttala sig om det byggts lika många trygghetsbostäder även om det inte funnits ett investeringsstöd. Det är dock mer troligt att investeringsstödet haft betydelse för tillkomst och utformning av trygghetsbostäder än för särskilt boende. Trygghetsbostäder är en för kommunerna frivillig form. Investeringsstödet kan ha medfört ett ökat intresse, och också ökat fokus på denna, när stödet infördes, nya boendeform.

Trygghetsbostäderna ska konkurrera på hyresmarknaden med bostäder som är bra, men inte uppfyller de kvaliteter som trygghetsbostäderna gör. Och de kvaliteterna kostar. Denna merkostnad har kunnat lyftas av byggkostnaderna tack vare investeringsstödet, och därmed gjort trygghetsbostäderna mer konkurrenskraftiga.

#### Nytt investeringsstöd?

I betänkandet Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer (SOU 2015:85) föreslås att 200 Mkr anslås årligen 2017-2021 för investeringsstöd till trygghetsbostäder. Ärendet bereds för närvarande i regeringskansliet.

---

<sup>85</sup> Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer, SOU 2015:85.

<sup>86</sup> Utvärdering av investeringsstödet till äldreboende, Karlskrona Boverket rapport 2013:7

### **Behov av mer forskning**

I detta betänkande framhålls att det inte gjorts någon systematisk utvärdering av trygghetsbostäder. Man vet därför inte i vilken utsträckning trygghetsboendena har tillgodosett behov och mött förväntningar hos dem som flyttat in där och inte heller om de haft den förebyggande och hälsofrämjande effekt som förutspåtts och därigenom minskat behovet av särskilt boende.

Även själva begreppet trygghetsbostäder kan behöva utvärderas. Är det trygghet som morgondagens äldre framför allt efterfrågar, eller kanske snarare möjligheterna till opretentiös samvaro i det dagliga livet och att ha tillgång till gemensamma lokaler och aktiviteter?<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer, SOU 2015:85.



## Statligt stöd till utveckling av teknik för äldre

### Teknik för äldre

Regeringen gav i februari 2007 Hjälpmedelsinstitutet (HI) i uppdrag att samordna utvecklingsprogrammet Teknik för äldre. I en rapport från projektets andra år, 2008, redovisar Hjälpmedelsinstitutet som bakgrund

Den ökande andelen äldre i befolkningen och de äldres samlade köpkraft till trots är utvecklingen av teknik ofta inriktad på yngre målgrupper. HI har tidigare uppmärksammat att det behövs en satsning för att öka äldres möjligheter att använda teknik utifrån sina behov. En nationellt sammanhållen satsning på Teknik för äldre som bygger på analyser av äldre personers beskrivning av problem och hinder i vardagen och önskemål om teknikförbättringar. Marknadsfunktionerna behöver stärkas för efterfrågan och utbud av Teknik för äldre.<sup>88</sup>

Ett antagande regeringen gjorde var att tillgängliga bostäder och bra teknikstöd kan bidra till höjd livskvalitet för både äldre personer över 80 år och deras anhöriga, samt att belastningen på kommunernas äldreomsorg med stor sannolikhet skulle minska.

Teknik för äldre I kom att pågå åren 2007–2009. Särskilda fokusområden i teknik för äldre I var teknik i bostäder, information och tillgänglighet till produkter samt teknik för anhöriga. Ett övergripande effektmål för samtliga tre fokusområden var att det efter uppdragets slut skulle finnas nya produkter och tjänster som underlättar för äldre och anhöriga i deras vardag.

Utvecklingsprogrammet förlängdes och blev Teknik för äldre II som pågick åren 2010–2012. Förlängningen syftade till att ytterligare stärka utvecklingen av, informationen om och tillgängligheten till bra teknik för äldre och anhöriga. Inom Teknik för äldre II prioriterades projekt som syftade till att bidra till tillgängligt boende, bättre stöd till anhöriga och utveckling av äldreomsorgen med hjälp av välfärdsteknologi. Informations- och kommunikationsinsatser var också i fokus.

Teknik för äldre hade en årlig budget om 22 miljoner kr. Företag, organisationer och kommuner kunde ansöka om ekonomiskt stöd för att driva utvecklingsprojekt, 100 projekt fick stöd inom Teknik för äldre I och 61 projekt inom teknik för äldre II (2010–2012). Bidrag om sex miljoner kronor vardera lämnades till tre kommunala försöksverksamheter.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Teknik för äldre, Bra boende och bättre tillgång till produkter för äldre och anhöriga, delredovisning av utvecklingsprogrammet Teknik för äldre 2008, Vällingby Hjälpmedelsinstitutet februari 2009.

<sup>89</sup> Teknik för äldre II, slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2013.

## Försöksverksamheter

Försöksverksamheterna skulle vara samverkansprojekt med uppgift att skapa konkreta lösningar på tillgänglighetsförbättrande åtgärder, teknisktöd och tjänsteutbud. Tre större projekt genomfördes i Göteborg, Norrköping och Västerås under 2011–2012.

Till försöksverksamheten i Göteborg knöts FoU i Väst som följeforskare. Den ansvariga forskaren redovisar idag att flera delar av projektet lever kvar tack vare att det integrerades som en del av stadens strategi för äldres boende.<sup>90</sup> I Västerås lever verksamheten vidare under namnet VIKTiG. Från slutrapporten januari 2013 kan citeras *Inom Västerås stad finns det sedan tidigare erfarenheter av arbete med välfärdsteknologi för äldre, vilket har bidragit till att projektet haft en tydlig arbetsmodell där äldres kunskap om sin egen livssituation är utgångspunkten för användningen av välfärdsteknologi.*<sup>91</sup> Projektet Bo vital i Norrköping avslutades däremot i och med att projektmedlen var slut.

Exempel på insatser som syftar till ökad kunskap

En strategiskt viktig del i projektet Teknik för äldre var att nå ut till beslutsfattare och andra nyckelpersoner, som forskrivare. Ett övergripande budskap var *Välfärds-teknologi – en ekonomisk nödvändighet för att möta utvecklingen med allt fler äldre*. Olika insatser gjordes också för att finna kanaler till de äldre och deras anhöriga.

Olika modeller, som så kallade kompetensgivare, visningsmiljöer, mötespaket (Smarta ting som användes inom PRO-föreningar runtom i landet) och en informationsportal på tillgänglighet. Det som överlevt är visningsmiljöer, där Stockholms stads bostadsföretag Micasa har tagit över en samordnande roll för ett nätverk från HI.

## Viktiga resultat

I den utvärdering HI gjorde av Teknik för äldre II redovisar rapportförfattaren de viktigaste resultaten som;

- förstärkt samverkan över sektors- och förvaltningsgränser och med brukarorganisationer,
- bekräftelse på att det är nytta med välfärdsteknologi,
- bekräftelse på att bättre tillgänglighet i boendet ökar de äldres aktivitet, delaktighet och självständighet,
- utvecklat stöd till anhöriga och att olika former av teknik- och kommunikationstjänster blivit mer kända.<sup>92</sup>

---

<sup>90</sup> Uppgift per e-post från Lisbeth Lindahl, FoU i Väst.

<sup>91</sup> Viktig, Västerås IKT i Gemenskap, slutrapport januari 2013, Västerås stad Dnr 2010/275-ÄN-752.

<sup>92</sup> Teknik för äldre II, slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2013.

Vilka av dessa resultat som blivit bestående är svårt att bedöma. Samverkan mellan olika offentliga aktörer och med civilsamhället kan ha blivit en del av vardagsarbetet, men samverkan är också skört, och kan ha upphört när det inte längre fanns en stödjande struktur i Teknik för äldre.

Välfärdsteknologi – ett begrepp som HI introducerade 2012 – är idag ett välkänt begrepp. Det kan också vara så, även om säkra belägg saknas, att det numera finns en konsensus kring att den rätt använd är humanistisk, inte ett teknokratiskt sätt att spara på mänsklig närvaro och därmed pengar. I vilken mån denna förskjutning från en från många håll mycket skeptisk attityd till en övervägande positiv beror på de statliga satsningarna är väl mer oklart, men allt talar för att de haft en roll. Inte minst tack vare de informationssatsningar som gjordes som en del av HI:s arbete.

I vilken mån anhöriga erbjuds olika former av teknikstöd eller kommunikationstjänster är svårbedömbart, det saknas nationell statistik. Olika former av anhörigstöd har utvecklats. Kontinuiteten i det arbetet underlättas av att det sedan 2008 finns ett nationellt kompetenscenter, Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga.

#### Behov av långsiktighet

I förordet till HI:s slutrapport 2013 för utvecklingsprogrammet Teknik för äldre står det: *Hjälpmedelsinstitutet bedömer att det behövs fortsatt nationellt arbete med att samordna utveckling och implementering av välfärdsteknologi och tillgängligt boende för äldre.*<sup>93</sup>

I slutrapporten redovisas flera områden där HI behöver fortsätta att engagera sig. Några områden HI särskilt pekade ut var behovet av fortsatt kunskaps- och erfarenhetsspridning, fler nytto- kostnadsstudier, ytterligare forsknings- och utvecklingsarbete, stöd till samarbeten och nätverk. Detta ansvar har tagits över av Myndigheten för delaktighet (MFD). Nya nätverk har skapats och erfarenhetsutbyte sker i stor omfattning.

I slutrapporten redovisas ett förslag till nationell satsning: *Hjälpmedelsinstitutet rekommenderar Socialdepartementet att ta initiativ till en nationell satsning för fortsatt utveckling och implementering av välfärdsteknologi inom äldreomsorgen.* Detta har skett bl.a. genom uppdrag till MFD och Socialstyrelsen. MFD:s regeringsuppdrag 2015 och det förnyade uppdraget 2016 är inriktade på att stödja kommunerna vad gäller implementering av välfärdsteknologi.

---

<sup>93</sup> Teknik för äldre II, slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2013.

## Bo bra på äldre dar

Regeringen beslöt den 15 juli 2010 att ge HI i uppdrag att genomföra programmet Bo bra på äldre dar. HI kunde dela ut 28,5 Mkr i projektstöd, främst till kommuner, samt till arkitekttävlingar. Informationsarbete m.m. kostade 12,8 Mkr.

Regeringens vision var: *Bättre livs kvalitet för äldre genom ett varierat och ändamålsenligt utbud av bostäder och boendemiljöer.* I projektets slutrapport anges *nytänkande och utveckling* som ledord.

Målgrupperna var ledande politiker, chefstjänstemän, personal som arbetar med äldre frågor och boendeplanering. Syftet var att de skulle få goda exempel på nytänkande, tillgång till kunskap om bostäder och boendemiljöer för äldre personer och ökad kunskap om boendeformerna för äldre och hur de kan samverka. Totalt genomfördes 76 projekt i 58 kommuner.

En typ av projekt har varit förstudier kring bostäder och boendemiljöer för äldre. Medel fördelades även till forskning. En annan modell har varit projektstöd till projekt kring kommunal och regional fysisk planering. Äldres egen syn på kvarboende eller att flytta – och i så fall vart, har studerats.

Arkitekttävlingarna genomfördes för *att befrämja kreativitet och nytänkande i fråga om boendekvalitet, trygghet, tillgänglighet, boendekonomi, användning av teknik och hjälpmedel samt god arbetsmiljö för vård- och omsorgspersonal.*

Några riktade uppdrag gavs. Ett avsåg inventeringsverktyg för att bedöma tillgänglighet och användbarhet. Uppdraget gavs till FoU i Väst, där kunskapen lever vidare.

Fyra nätverk bildades med 50 deltagande kommuner.<sup>94</sup>

Effekter?

I slutrapporten från projektet redovisas

Genom inventeringar av bostäder och miljö har kommunerna skaffat sig en bild av problem och möjligheter i det bostadsbestånd man har, till exempel om hur tillgängligheten ser ut i olika områden. Med undersökningar, inventeringar och analyser som grund har sedan kommunerna utarbetat strategier för den fortsatta planeringen och genomförandet. Många kommuner utvecklar arbetsformer med inriktning mot en ökad samverkan inom kommunen och med andra

---

<sup>94</sup> Bo bra på äldre dar. Kreativitet och nytänkande när det gäller bostäder och boendemiljö för äldre Slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2012.

aktörer. I många av projekten finns en tydlig strävan att göra de äldre och deras organisationer delaktiga i planeringen.<sup>95</sup>

Inom ramen för utvecklingsprogrammet Bo bra på äldre dar fick forskaren Håkan Selg uppdraget att utvärdera hur informations- och kommunikationsteknologi (IKT) kan underlätta kvarboendet. I sin sammanfattning beskriver han hur IKT-baserade hjälpmedel i hemmiljö alltmer har inriktats mot att anpassa standardteknik till brukarnas vardag.

Det finns idag ett rikligt erfarenhetsunderlag som utgångspunkt för fortsatta aktiviteter för att främja äldres kvarboende. De programverksamheter som bedrivits i Hjälpmedelsinstitutets regi är en sådan källa ... Dock finns kvarstående hinder och olösta frågor som medför att utvecklingen går långsammare än vad som både är önskvärt och möjligt.

Han hänvisar till erfarenheter från Danmark och Norge; *Digitalisering sker inte av sig självt* (danska Digitaliseringsstyrelsen). *Någon måste ikläda sig pådriverrollen* (norska Helsedirektoratet). Selg pekar i sin rapport på behovet av långsiktiga satsningar, och att det samordnande arbetet tappar fart när tillfälliga projektmedel tar slut.<sup>96</sup>

Och sen?

I slutrapporten ges fem förslag/rekommendationer som i huvudsak grundar sig på rapporter från de projekt som finansierats av Bo bra på äldre dar. Rapportförfattarna lyfter fram behovet av samverkan, breddat utbud, överkomliga boendekostnader, förbättrad tillgänglighet och användbarhet och mer forskning, utveckling, utbildning och erfarenhetsutbyte. Vissa av dessa frågor återkommer i förslagen i betänkandet Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer (SOU 2015:85).

I slutrapportens sammanfattning ställs frågan, vad som händer när Bo bra på äldre dar upphör.

Många processer, som har startats i kommuner som fått stöd av Bo bra på äldre dar, kommer att fortsätta. Vad som händer bland de kommuner som inte deltagit i eller nåtts av regeringsprogrammet är oklart. Här behövs stöd och insatser från nationella organ som regeringen och SKL.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Bo bra på äldre dar. Kreativitet och nytänkande när det gäller bostäder och boendemiljö för äldre Slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2012.

<sup>96</sup> Översyn av tillgång till och kunskap om att använda informations- och kommunikationsteknologi (IKT) bland äldre och personer med funktionsnedsättning, Selg H april 2014 tidigare publicerad på Hjälpmedelsinstitutets hemsida.

<sup>97</sup> Bo bra på äldre dar. Kreativitet och nytänkande när det gäller bostäder och boendemiljö för äldre Slutrapport, Sundbyberg Hjälpmedelsinstitutet 2012.

## Stimulansmedel 2015-

### Öka bemanning

För åren 2015–2018 har regeringen återgått till att ge kommunerna stimulansbidrag, nu för att öka bemanningen i äldreomsorgen. Satsningen, som är tillfällig, omfattar totalt för halva 2015 och åren 2016–2018 sju miljarder kronor.

I vårändringsbudgeten redovisade regeringen i april 2015 att den avsåg

att avsätta 1 000 000 000 kronor av anslaget 2015 för en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen. Det bör medföra att satsningarna på att stärka kommunernas egenkontroll av verksamhet som angavs till 220 000 000 kronor, bättre samverkan mellan vård och omsorg som angavs till 50 000 000 kronor, en nationell demensplan som angavs till 50 000 000 kronor, förlängt investeringsstöd till äldreboende som angavs till 50 000 000 kronor, stärkt kompetens inom äldreomsorgen som angavs till 140 000 000 kronor, och ett nationellt måltidslyft som angavs till 75 000 000 kronor, som socialutskottet tog ställning för, i stället bör användas till en satsning på ökad bemanning.<sup>98</sup>

Satsningen innebar således en omfördelning från en typ av riktade stimulansbidrag till en annan.

Regeringen anför att den

fortsätter ... att prioritera en ökad bemanning i äldreomsorgen i syfte att skapa ökad trygghet och kvalitet för den enskilde inom äldreomsorgen. En ökad bemanning kan skapa utrymme för personalen att tillbringa mer tid med den enskilde, men också ge större möjligheter för personalen att gemensamt utveckla verksamheten.<sup>99</sup>

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett förslag till stimulanssatsning för att utöka bemanningen i äldreomsorgen. För 2015 ska medlen nå kommunerna så snabbt som möjligt för att säkerställa effekten av satsningen. Detta eftersom medlen måste användas till personalkostnader före årsskiftet.

Tiden medgav inte att Socialstyrelsen gjorde någon utredning av arbetsrättsliga frågor förknippade med stimulansbidraget, förutsättningarna att disponera medlen mellan offentliga och enskilda utförarens verksamheter, eller konsekvenserna av utbildningskrav och andra tänkbara avgränsningar för medelsanvändningen. Socialstyrelsen har i samrådet med Socialdepartementet och SKL uppfattat det som

---

<sup>98</sup> Prop. 2014/15:99, Vårändringsbudget för 2015.

<sup>99</sup> Uppdrag att fördela medel, administrera och följa upp satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen, regeringsbeslut 2015-06-25 S2015/4099/FST.

överordnat att pengarna kan fördelas snabbt och med viss flexibilitet användas där behoven är som störst<sup>100</sup>.

Socialstyrelsens anvisningar kom 1 juli 2015. Alla kommuner erbjöds att rekquirera medel i enlighet med en fördelningsnyckel som är lika med standardkostnaden för äldreomsorg i skatteutjämningsystemet. Bland ska-kraven ingår att personalkostnaderna ska avse perioden 1/7-31/12 2015, och enbart för de personalkategorier som arbetar nära de äldre. Bland bör-kraven att stimulansmedlen används för anställning av personal som har adekvat utbildning och erfarenhet. Användningen av medlen ska återspeglas och medel som ej hunnit användas återbetalas<sup>101</sup>.

Socialstyrelsen har fattat beslut om utbetalning av 986,9 miljoner kronor. Det kan synas som mycket pengar. Även sett till den största kommunen, Stockholms stad, som fått nära 88 miljoner kronor, kan det ses som betydande belopp. Räknet per utförare (hemtjänst, dagverksamhet, särskilt boende) blev det dock för 2015 i snitt, när särskilda satsningar var avräknade, bara 172 800 kr i förstärkning, mindre till små enheter och mer till stora.

Svårt att utvärdera

I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att följa upp satsningen. Regeringen har ställt följande villkor för Socialstyrelsens uppföljning

I uppföljningen ingår att analysera och bedöma resultatet av satsningen på en ökad bemanning inom äldreomsorgen. Uppföljningen ska bedöma såväl kvantitativa som kvalitativa effekter samt konsekvenserna av satsningen i förhållande till kommunernas bemanning. Uppföljningen ska ge en nationell bild. Av uppföljningen ska framgå hur mycket medel som rekviderats och använts av varje kommun. I uppföljningen ingår även att så långt möjligt ta fram relevanta uppgifter och statistik kring personalsituationen i äldreomsorgen vad gäller särskilda boenden och hemtjänstverksamheter. Bland annat ska det framgå hur många årsarbetskrafter som satsningen finansierat fördelat på personalkategorier och kön. Uppgifter ska så långt möjligt även redovisa omsättning av personal samt omsorgspersonal med eller utan adekvat utbildning. I uppföljningen ingår även att undersöka effekten av satsningen på kvaliteten i äldreomsorgen utifrån de äldres och personalens perspektiv. Bland annat ska de äldres uppfattning vad gäller personalens tillgänglighet, bemötande och tillit (trygghet) följas upp. I uppföljningen ingår också att undersöka den upplevda effekten av satsningen bland personalen.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> Redovisning av uppdraget att utforma en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen, Socialstyrelsen 2015-06-01, Dnr 5.4-11376/2015.

<sup>101</sup> Anvisningar för rekvisition av stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen 2015, Socialstyrelsen 2015-07-01 Dnr 9.2-16436/2015.

<sup>102</sup> Bilaga 2 till regeringsbeslut 2015-06-25 nr 8.

Socialstyrelsen aviserade att det är svårt att utföra en utvärdering, dels pga. bristfällig statistik över antal personal och utbildning, dels eftersom satsningen motsvarar cirka två procent av kostnaderna för äldreomsorgen och att det blir svårt att isolera satsningens effekter.

Som ett komplement till stimulansbidraget vill Socialstyrelsen genomföra kommunikationsinsatser kring satsningen och insatser för att stödja utvecklingen av arbetssätt och metoder som kan bidra till en behovs- och individanpassad äldreomsorg.

Vidare vill Socialstyrelsen genomföra en studie om kompetensförsörjning inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre. En förstudie skulle kunna belysa vilka statliga åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för huvudmännens kompetensförsörjning med målet att bidra till mer träffsäkra och ändamålsenliga statliga åtgärder skriver Socialstyrelsen<sup>103</sup>.

### **Kunskapssatsning för baspersonal**

Regeringen beslutade den 17 december 2015

att ge Socialstyrelsens i uppdrag att under 2016 fördela medel för kompetenssatsning riktad till baspersonal inom äldreomsorgen och baspersonal inom funktionshinders-området. ... Socialstyrelsen ska också utveckla och sprida relevanta kunskapsstöd riktat till kommunerna med syfte att stödja effektiv verksamhetsutveckling. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 juni 2017.

Regeringen anslog för 2016 totalt 190 miljoner kronor, varav 10 miljoner ska användas för utveckling och spridande av kunskapsstöd. De medel som, enligt en av regeringen fastlagd fördelningsnyckel, rekvireras av kommunerna hos Socialstyrelsen måste användas under 2016.

Målet avseende äldreomsorgen anges i regeringsbeslutet vara

Äldre kvinnor och män har rätt att få och ska erbjudas omsorg utifrån sina individuella behov och på lika villkor för att kunna leva ett så tryggt, aktivt och meningsfullt liv som möjligt. En del av detta kan vara att få stöd till en livsstil som främjar hälsa och förebygger sjukdom. God kvalitet, kompetens, likabehandling och rättssäkerhet ska präglade stöd som erbjuds den enskilde. Vidare ska verksamheter som ger stöd och service skapa förutsättningar för självständighet och självbestämmande. Insatser inom socialtjänsten ska präglas av bästa tillgängliga kunskap, god kvalitet och utgå från den enskildes behov och förutsättningar.

Metoden är att kunskapssatsningen ska möjliggöra för kommunerna att fortsätta och utveckla kompetenshöjande insatser riktade till

---

<sup>103</sup> Redovisning av uppdraget att utforma en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen, Socialstyrelsen 2015-06-01, Dnr 5.4-11376/2015.



baspersonal. Även personal som arbetar med myndighetsutövning ska omfattas av satsningen.

Kunskapssatsningen ska bl.a. komplettera bemanningssatsningen.

Satsningen ska komma såväl privata utförare som egen regi till del. I Stockholm stad (hemtjänst, dagverksamhet och särskilt boende) innebär det i snitt 34 500 kr per utförare för 2016.

I uppdraget ingår även att utveckla Socialstyrelsens arbete och metoder för att ge långsiktigt stöd till kommunerna i deras arbete med kompetensutveckling inom äldreomsorgen och funktionshindersområdet. Myndigheten ska också utforma lämpliga insatser för att sprida kunskap, exempelvis genom webbutbildningar och vidareutveckling av myndighetens samlade kunskapsguide.<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> Uppdrag att utforma en kunskapssatsning för baspersonal i verksamheter inom äldreomsorgen och funktionshinderområdet, regeringsbeslut 2015-12-17 S2015/08191/FST.

## Stöd till innovativa lösningar

Vinnova är en statlig myndighet som har ett uppdrag att främja hållbar tillväxt genom att förbättra förutsättningarna för innovation och att finansiera behovsmotiverad forskning.

Bland stödprogram som riktas till kommuner kan nämnas så kallade testbäddar. De ska underlätta att ta vara på idéer hos personal på ett mer systematiskt sätt. De projekt som beviljas stöd följs av följeforskare för att öka förutsättningarna för att fler ska kunna lära sig av försöken. Under 2015 gavs bl.a. stöd för att utforma ”idéslussar” för att ta vara på personalens kreativitet.

En pågående utlysning under våren 2016 från Vinnova är FRÖN som riktar sig till utförare av offentligt finansierade tjänster som ser ett förändringsbehov. Projekten som fick stöd under 2015 spände över det mesta inom den primär- och sekundärkommunala verksamheten, här rymdes både ”skapa stad” och ”matkasse i hemtjänsten”.

Vinnovas programstöd utvärderas av externa experter, i syfte att undersöka om de gett de effekter som eftersträvades, för att kunna förbättra. Någon utvärdering av innovationsstöd som berör socialtjänstområdet har ännu inte gjorts.

Ett exempel på följeforskning inom äldreområdet är Stiftelsen Leading Health Care studie av tre kommuners utvecklingsarbete med att utforma ersättningsssystem för hemtjänst och hemsjukvård som premierar det som är värdeskapande för omsorgstagaren. Ambitionen var att utforma ersättningsystemet så att det inte skulle vara så inriktat på insats utan främja flexibilitet och situationsanpassning. När rapporten skrevs var inte dessa och övriga sju projekt som studerats klara. Leading Health Care drar dock några mer generella slutsatser om förutsättningarna för innovationsstöd, här citeras tre av dem.

... att vidga den avsedda förändringens tidsperspektiv till ”livet efter projektet” och analysera hur projektet kommer att passa in i ordinarie verksamhet. ... Att designa en perfekt studie och att åstadkomma verksamhetsförändring är två svårförenliga uppdrag.

Den som överväger att bevilja medel för innovation bör ställa krav på lokala aktörers kompetens att genomföra och presentera en mottaglighetsanalys i tidigt stadium. Detta bör innefatta en kartläggning av systemhinder som kan försämra projektets möjligheter att permanentas och spridas, liksom strategier för att hantera hindren under projekttiden. Givet att detta är tillgodosett kan större frihetsgrader lämnas i själva genomförandet.

Avvikelse från ursprunglig plan bör inte ses som ett problem i sig. Det visar på att projektet befinner sig i en rörlig omgivning och har förmåga att anpassa sig till förändrad målbild över tiden. En mer relevant utvärderingsfråga än följsamhet till plan är huruvida de förändringar som projektet medfört har möjlighet att permanentas efter att det temporära uppdraget slutförts.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> Ersättningssystem för innovation i vård och omsorg, en studie av åtta projekt som utvecklar nya ersättningsmodeller, Anna Krohwinkel & Jon Rognes, Stiftelsen Leading Health Care, Vinnova rapport 2015:08

## Övergripande diskussion

### Stora belopp – till vilket värde?

Under en tjuugoårsperiod har regeringarna anslagit drygt 13 miljarder kronor för stimulansmedel/prestationsbaserade ersättningar (nedan används stimulansmedel som sammanfattande benämning). För innevarande år och de kommande tre har regeringen anslagit drygt sju miljarder kronor. Sett utifrån de totala kostnaderna för vård och omsorg för äldre personer (kommunernas kostnad var 2013 105 miljarder kronor och landstingens cirka 89 miljarder kronor<sup>106</sup>) är det inga stora belopp, men ställt i relation till t.ex. hur mycket som satsas på kunskapsutveckling och forskning om vård och omsorg om äldre så är det betydande belopp.

Inom ramen för de 13 miljarderna har 60 miljoner (0,5 %) varit en direkt satsning på kunskapsframtagande. Dock måste ju då erinras om de medel staten ställer till förfogande för forskningen via forskningsråden, främst Forte. Under de tre senaste åren (2013–2015) har Forte kunnat ge ut över en halv miljard kronor per år i forskningsbidrag. Det saknas uppgift om hur mycket av detta som avser forskning som har betydelse för äldre personer. Inom området omsorg och sociala relationer har det varit en ökning åren 2011–2015 från knappt 30 miljoner kronor till drygt 60 miljoner. Forte har ett särskilt regeringsuppdrag att stödja forskning inom äldreområdet. Forte disponerar 36 miljoner kronor för detta uppdrag.<sup>107</sup>

Att få fram ny kunskap för en mer kunskapsbaserad äldreomsorg har dock bara varit ett av syftena med stimulansbidragen. Ett övergripande mål har varit att främja en trygg och kvalitativt bra vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. En rimlig fråga är då på vilka sätt statliga stimulansmedel kan bidra till detta, och hur de kan utformas så att de ger effekt både på kort och på lång sikt. Långsiktighet är ett begrepp som använts i flertalet av regeringens satsningar. Men har stimulansmedlen utformats så att de bidragit till långsiktighet? Har de gett möjlighet att anpassa till lokala behov och prioriteringar, eller har de tvärtom styrt och riskerat tränga undan det lokala utvecklingsarbetet? Har de varit uppföljningsbara?

### Snabb effekt, men långsiktig?

Det är slående i vilken utsträckning kommuner och landsting ansträngt sig för att få ta del av de statliga stimulansmedlen. Att stimulansmedlen påverkat agerandet och sannolikt prioriteringarna verkar klart. Något som också ligger i linje med internationella erfarenheter och forskning.

---

<sup>106</sup> Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, lägesrapport 2015, Socialstyrelsen februari 2015.

<sup>107</sup> Fortes årsredovisning 2015.

Det är däremot svårare att uttala sig när det gäller långsiktiga effekter. Det verkar svårt att i tillgänglig forskning belägga att olika former för ”pay for performance” faktiskt skulle leda till bättre effektivitet och högre kvalitet. Det som ger långsiktig effekt synes vara den motivation som ligger i den professionella kunskapen och önskan att göra ett bra arbete. Ska ekonomiska incitament fungera behöver de samspela med och utgå från de professionella, och de ideal och etik som finns i verksamheten. Att göra sitt bästa för omsorgstagaren och relationen till omsorgstagaren är en primär källa till motivation. Ekonomiska incitament som är styrande eller innebär en kontrollerande uppföljning kan vara direkt kontraproduktiv.<sup>108</sup>

### **Vad är uppföljningsbart, och uppföljningsvärt?**

Det finns en del generella svårigheter när man ska bedöma effekter av statliga satsningar. Målen kan ha varit allmänna och egentligen inte möjliga att följa upp, även om det vanligen stått i regeringens direktiv att en uppföljning ska ske, inte bara av kvantitativa mått utan också kvalitativa. Möjligheten att ta fram tillförlitliga kvantitativa mått har ofta begränsats av att statistik saknas eller är bristfällig. Det är t.ex. svårt att få fram utföraroberoende statistik om personalens utbildning. Säkra uppgifter om mjuka värden som kunskap, bemötande och samverkan saknas. Kopplingen till forskning har oftast varit liten eller obefintlig vilket ytterligare inneburit att det varit svårt för den statliga myndighet som fått utvärderingsansvaret att genomföra sitt uppdrag.

Bruset av andra förändringar i samhället gör det dessutom svårt att identifiera vad just den statliga satsningen inneburit. Och att fråga hur det blev för den äldre personen är inte heller riktigt möjligt, eftersom det är en så heterogen grupp. Sådant som bakgrund, livssituation, personlighet och aktuella behov är så olika, och därmed upplevelsen av hur samordnade, trygga och individanpassade insatserna är – eller behöver vara. Det finns också olikheter mellan kommuner som gör det svårt att dra generaliserbara slutsatser. En ytterligare försvårande omständighet är kommunernas och landstingens vilja att ta del av gratis pengar. Det kan innebära att kommun- och landstingsledningar inte ordentligt har tänkt på hur de ska fånga upp vad som är värdefullt och hur det ska tas till vara när projektmedlen tar slut.

Såväl Socialstyrelsen som Statskontoret har i stor utsträckning använt enkätundersökningar riktade till chefer i landsting och kommuner. Dessa har sällan haft tillgång till en säker kunskap om effekterna av en viss satsning, eftersom få utvärderats på ett strukturerat sätt. Detta

---

<sup>108</sup> Monica Andersson Bäck, Motivation och finansiella incitament, en litteraturöversikt över de komplexa drivkrafterna inom vård och omsorg, Göteborg Forum för Health Policy oktober 2015.

påverkar givetvis resultatet och säkerheten i de utvärderingar som gjorts på nationell nivå.

Vad som gjorts för pengarna har vanligen kunnat återrapporteras och sammanställas. Men vad detta lett till, för den äldre, för dennes anhöriga och för personalen är mer svårfångat. När de som besvarat enkäterna t.ex. angett att samverkan mellan huvudmännen förbättrats så kan det mer spegla vad man bör svara på en sådan fråga än hur det faktiskt är. När det gäller att fånga om och i så fall hur arbetsformer och metoder förändrats har kunskapen på de allra flesta håll säkert varit ännu mer skakig. Och när det gäller den mest centrala frågan, blev det bättre för den äldre, saknas relevant kunskap helt. Möjligheten att läsa av effekter av de statliga satsningar som genomförts är således liten.

### **Kvalitet – ett svårfångat begrepp**

Personcentrerad omsorg

När man talar om kvalitet i äldreomsorgen kan ett perspektiv vara individens relation till den som ger henne eller honom omsorg. Begreppet omsorgsrationalitet ger en teoretisk referensram. Detta är av förklarliga skäl en svår mätbar variabel eftersom det är relationen som står i fokus.

Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. En del av detta perspektiv och som också till viss del kan vara uppföljningsbar är hur denna goda relation uppnås – de strukturella förutsättningarna. Här kan nämnas personkontinuitet, kunskap/kompetens och arbetets organisering, där flexibilitet och tid är några centrala delar.

Att utvärdera i vilken mån man faktiskt lyckats förutsätter intervjuer med de äldre, något som inte genomförs i någon större utsträckning. Nationellt sträcker sig ambitionen inte längre än till de nöjd kund undersökningar Socialstyrelsen genomför på regeringens uppdrag. Värderingen av en satsning som stimulansmedlen för att implementera värdegrundsparagrafen (5 kap. 4 § SoL) i socialtjänstlagen kom därmed främst att avse formerna för genomförandet – om de var anpassade till hur ett långsiktigt värdegrundsarbete kan genomföras.

De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom lyfter person-centrerad omvårdnad som ett centralt begrepp. I den utvärdering som Socialstyrelsen redovisade under 2014 gjorde Socialstyrelsen tolkningen att de statliga stimulansmedlen bidragit till implementeringen av riktlinjerna. Detta då tillsammans med andra statliga satsningar som t.ex. inrättandet av Svenskt demenscentrum.<sup>109</sup> Att dra säkra slutsatser

---

<sup>109</sup> Nationell utvärdering – Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014, Socialstyrelsen februari 2014.

om nya organisationsformer som t.ex. demensteam utvecklets tack vare stimulansmedel, eller kommit till ändå, är dock knappast möjligt. Inte heller om dessa faktiskt bidragit till ett mer personcentrerat, samordnat och kunskapsbaserat omhändertagande av personer med demenssjukdom.

#### Sammanhållen vård och omsorg

Flera av satsningarna har utgått från en önskan att bidra till en mer sammanhållen och trygg vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Detta har byggt på en bild av en fragmentarisk vård och brister i samordning ("Dirigent saknas"). Tydligast var detta perspektivet i regeringens överenskommelse med SKL, Bättre liv för sjuka äldre. Ambitionen att stimulera en ökad samverkan får anses väl underbyggd. Den har funnits med i alla statliga satsningar sedan Rehab äldre 300. De prestationsbaserade stimulansmedlen åren 2012–2014 visade dock tydligt att det (ännu) saknas kunskap om hur man på statlig nivå kan stimulera samarbete lokalt.

Socialstyrelsen fick ett uppdrag att arbeta fram förslag på indikatorer som skulle kunna ge en bild av hur målet om en sammanhållen vård och omsorg nås. När Socialstyrelsens rapport presenterades i december 2011 var dock överenskommelsen mellan regeringen och SKL redan klar. I den rapporten redovisade Socialstyrelsen att det inte fanns några relevanta indikatorer. De två indikatorer som regeringen och SKL valt kritiserades av bl.a. Statskontoret men parterna valde att behålla dem. Socialstyrelsen fick inget förnyat uppdrag att arbeta med om och i så fall hur samverkan och samarbete mellan huvudmännen kan följas upp på nationell nivå.

Den metod regeringen valde i sitt arbete att förbättra för de mest sjuka äldre, att ersätta för vissa uppnådda mål, är problematisk. Liksom tidigare satsningar har också denna form av stimulansmedel – så vitt kan bedömas – inte lett till bestående strukturförändringar. De strukturer som funnits hos huvudmännen har inte stött att det som gjorts skulle bli bestående.

#### Undvika dålig vård

En annan infallsvinkel är att ta fasta på sådant som kan leda till kvalitetsbrister. Det kan sägas vara en av bakgrunderna till satsningarna på kvalitetsregistret Senior Alert liksom att lyfta indikatorer på sannolik olämplig läkemedelsbehandling inom ramen för satsningen Bättre liv för sjuka äldre. Båda dessa prestationsbaserade ersättningar är knutna till områden som är hyfsat mätbara, och som kan anses spegla delar av vad som är god vård, även om de handlar om att undvika dålig vård.

En ambition har varit att främja ett strukturerat och kunskapsbaserat arbetssätt och att verksamheterna ska följa upp effekter av sina arbetssätt. Mycket talar för att kvalitetsregistren bidragit till ett mer

kunskapsbaserat arbetssätt och att det blivit mer fokus på att följa upp effekter av vad man gör – åtminstone på en del arbetsplatser. Men det saknas kunskap om hur vanligt det är med dessa positiva effekter. Det är därför ännu för tidigt att kunna dra slutsatser kring om Senior Alert, och de tre andra kvalitetsregistren, kommer att komma till användning för att säkra vården, vilka effekter det i så fall får och om det är ett kostnadseffektivt sätt att arbeta på.

### Kompetensutveckling

Stödet till kompetensutveckling har stått i fokus för flera stora stimulansmedelssatsningar. De har getts under avgränsade tidsperioder, trots insikten att kompetensutveckling är något som ständigt måste genomföras, såväl med tanke på ny personal som på behovet av fortbildning, handledning och tid för reflektion som den befintliga personalen har. Det har skapat en ryckighet och oförutsägbarhet för kommunerna. Så kan nog sägas vara fallet även i den nu aktuella satsningen, som beslutades den 17 december 2015 och där medlen ska förbrukas under 2016, utan avisering om det blir någon fortsättning.

I de utvärderingar som gjorts är det mest positiva som sägs om målet med långsiktighet att den kunskap personal som gått de utbildningar som finansierats med de statliga stimulansmedlen lever kvar och bör kunna leda till en bättre äldreomsorg. Det kan vara så. Hur den kunskapen omsatts i praktiken vet vi inte.

Ett mål, särskilt uttalat för Kompetensstegen, var att den skulle leda till nya strukturer för det arbetsplatsnära lärandet. Sådana strukturer skulle, om de utvecklats, ha kunnat bidra till långsiktighet. Sannolikt är så fallet också i en del kommuner. Dock påtalar den statliga kommitté som hade hand om medelstildelning och stöd till kommunerna att ett långsiktigt statligt engagemang i frågan är nödvändigt och önskvärt, och att det bör *integreras som en långsiktig stödform i ordinarie utbildnings- och verksamhetsstrukturer. Kommittén påpekade också att satsningen på långsiktighet skulle ha förstärkts ytterligare om Kompetensstegen pågått under längre tid.*<sup>110</sup>

I sin utvärdering av regeringens satsningar 2010-2014 på gruppen de mest sjuka äldre redovisade Statskontoret att det finns ett behov av en nationell strategi för kunskapsstöd inom äldreområdet<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> Att lära nära. Stöd till kommuner för verksamhetsnära kompetensutveckling inom omsorg och vård av äldre (SOU 2007:88).

<sup>111</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.



Lära och göra nytt, hur går det till?

Utbildningssatsningen Kompetensstegen hade som en av sina erfarenhetsgrunder att utbildning som ska ge resultat i verksamheten måste ske verksamhetsnära och helst vara arbetsplatsförlagd. IMS (Socialstyrelsen) gav sin utvärdering av Kompetensstegen namnet Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre? Vilket förstås är den centrala frågan, allt görs ju för att det ska bli bättre för den äldre. Men hur vet man det? I sin sammanfattning skriver IMS att *Inte för något av de studerade områdena har utvärderingen kunnat belägga att Kompetensstegen haft någon omedelbar betydelse för de äldre*. IMS för ett resonemang om att bristen på mätbara resultat kan vara att uppdraget till IMS gavs först ett år efter det att Kompetensstegen startade, vilket omöjliggjorde en föremätning, och att uppföljningstiden var kort vilket omöjliggjorde att fånga in eventuella resultat via registerdata vilket krävt några års uppföljningstid. IMS påpekar också att *det inte finns någon automatisk koppling mellan undervisning, förbättrade kunskaper och ändrat arbetssätt*.<sup>112</sup>

En reflektion som är näraliggande är att detta är rätt typiskt för statens satsningar – tanken på utvärdering slängs in efteråt, och utvärderingen ska vara klar när satsningen är avslutad, inte när resultaten kan utläsas. Även om IMS hade fått rätt förutsättningar att göra en utvärdering är det dock tveksamt om resultaten hade blivit så annorlunda. Effekter av utbildningssatsningar är svårsmäta, och skiftar från arbetsplats till arbetsplats av många olika skäl, inte minst hur ledningen arbetar med integreringen av kunskap och utveckling och lyckas med att använda de tillfälliga stimulansmedlen i en långsiktig plan. En annan faktor är hur huvudmannen – respektive kommun – ser på vikten av tid och särskilda medel för utbildning. Inom hemtjänsten ses tiden för utbildning, handledning och reflektion alltför ofta som en del av det som brukar benämnas kringtid och som per definition är icke-brukartid och därmed ska krympas. Ingen av de statliga satsningarna på kompetensutveckling verkar ha förändrat denna syn.

### **Forskningens och FoU-miljöernas roll**

Det har varit förhållandevis ovanligt att koppla ihop stimulansmedlen med forskningssatsningar. Det finns exempel på hur lokala försöksverksamheter använt sig av sin FoU-miljö i länet eller närmaste högskola för utvärdering, men det är ovanligt med utvärderingar på nationell nivå, och randomiserade studier har knappt förekommit alls. Om utvärderare kopplats in har de ofta kommit med i efterhand, och har inte kunnat påverka upplägget av projektet de ska studera. De har vanligen också tvingats vara klara ungefär samtidigt med att projektmedlen tar slut. Det har då inte varit möjligt att genomföra

---

<sup>112</sup> Personalutbildning i äldreomsorg – blir den till nytta för de äldre. En utvärdering av Kompetensstegen, IMS/Socialstyrelsen juni 2009.

mätningar av hur det var innan projektet började och inte heller hur det blev något eller några år efter projektets avslutande. Det är överhuvudtaget svårt att påvisa att det finns någon utvärdering av ett projekt finansierat med statliga stimulansmedel som lett till mer generaliserbara kunskaper.

Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten (Dir 2007:91) skrev i sitt betänkande

Dagens former för statligt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten är till stora delar projektbaserat, kortsiktigt och sker utan tydlig samordning mellan forskning, praktik, utbildning och implementering.

I denna utredning föreslogs

Om nationella projekt, som syftar till att utveckla nya metoder och arbetssätt inom ett visst verksamhetsområde, ska kunna bidra till socialtjänstens kunskapsutveckling bör ett antal viktiga förutsättningar föreligga. Vi föreslår att sådana nationella projekt får en utformning, som innebär tid för planering och integrering i kommuners och andras verksamheter, resurser och tid för utvärderingar samt, när så är motiverat, resurser och tid för utbildning och överföring av erfarenheter till andra. För att de nationella projekten ska kunna generera kunskap om socialtjänstens kvalitet, resultat och effektivitet måste utvärderingarna få den utformning och de resurser som krävs för att tillräckliga vetenskapliga krav ska kunna uppfyllas. Möjligheten till experimentell forskning och vetenskapligt upplagda interventionsstudier bör tas till vara.<sup>113</sup>

Det är svårt att se att dessa synpunkter beaktats vid utformningen av olika statliga stimulansmedel inom den del av socialtjänsten som avser äldreomsorgen.

I KISU-ARC/Äldrecentrums utvärdering av 19 försöksverksamheter ifrågasätts långsiktigheten hos de som erhåller stimulansmedel, och förutsättningarna för att överhuvudtaget kunna dra slutsatser av denna form av försöksverksamheter. En av slutsatserna för framtiden är

att olika modeller för en samordnad vård och omsorg över huvudmannaskapsgränserna utvecklas, prövas och vetenskapligt utvärderas med hjälp av statliga initiativ.<sup>114</sup>

Erfarenheten från dessa 19 försöksverksamheter var tvärtom att erfarenheterna inte togs tillvara på nationell nivå vid utformningen av fortsatta satsningar. Detta är långt ifrån Statskontorets bedömning i sin utvärdering av satsningarna för de mest sjuka äldre, att det är angeläget att i större satsningar så långt som möjligt använda arbetsmetoder som har testats och utvärderats. *Det kan om det är möjligt först göras i mindre*

---

<sup>113</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren (SOU 2008:18).

<sup>114</sup> Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2014:6.

*skala i form av någon försöksverksamhet* skriver Statskontoret i sin utvärdering<sup>115</sup>.

Socialstyrelsen fångar upp samma tråd i sin redovisning av det nu aktuella uppdraget att öka bemanningen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen skriver att en förstudie skulle kunna belysa vilka statliga åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för huvudmännens kompetensförsörjning med målet att bidra till mer träffsäkra och ändamålsenliga statliga åtgärder<sup>116</sup>. Och visst hade det varit klokt, innan regeringen ”blåste på” med 7 miljarder i stimulansmedel. Till viss del kan dock ett svar på denna önskan vara de 10 miljoner kronor regeringen anslagit som en örönmärkt del av kunskapsatsningen 2016 för Socialstyrelsens arbete med att utveckla kunskapsstödet.

### **Ge förutsättningar eller styra?**

Låt tusen blommor blomma

Ett inte helt ovanligt sätt har varit vad som lite slarvigt skulle kunna kallas eldsjälsmetoden, där stimulansmedel ges för att med förhållandevis fria händer pröva sig fram. Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken 1998 följdes av sådana stimulansmedel, med en mer eller mindre uttryckt önskan om att låta tusen blommor blomma och utifrån ett outtalat antagande att goda exempel sprider sig som frön från de mogna blommorna. I satsningarna åren 2006–2012 är olika områden definierade, men kan i övrigt anses ha samma idé, att ge utrymme för att pröva olika vägar att nå målen.

Det kan finnas två syften med dessa – att möjliggöra att i friare former pröva nytt, och att lära sig något nytt. Det förra förutsätter att de nya formerna åtminstone ges en chans att överleva där de provas. Den andra att det görs en systematisk beskrivning av hur man arbetat, vad som visat sig fungera och hur de erfarenheterna kan tillämpas av andra. Eftersom den typen av studier varit få så kan man nog konstatera att möjligheten att styra utvecklingen via fria stimulansmedel inte tagits tillvara.

### **Riktade satsningar**

Satsningarna under 2010-talet har varit mer styrda än de som skedde under 2000-talets första decennium. Den risk som diskuterats är om den uppmärksamhet som stimulansmedel alltid ger då kan leda till att det tränger undan annat viktigt lokalt utvecklingsarbete. Det finns en del som kan tyda på att det förekommit. Omfattning och effekter av det är

---

<sup>115</sup> Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre; utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL Slutrapport, Statskontoret rapport 2015:18.

<sup>116</sup> Redovisning av uppdraget att utforma en satsning på ökad bemanning inom äldreomsorgen, Socialstyrelsen 2015-06-01, Dnr 5.4-11376/2015.

inte studerade, varför det inte går att uttala sig om risken med riktade satsningar är större än värdet av att staten kan lyfta vissa prioriterade frågor. En allmän slutsats utifrån de olika studier och utvärderingar som gjorts av statliga stimulansmedel är dock att det är en fördel om satsningarna är så flexibla i form och tid att de kan anpassas till lokala förhållanden och behov.

Stimulera eller premiera?

Stimulansmedel i form av prestationsersättningar kan ur ett perspektiv ses som säkrare än att ge bidrag till något som ska göras. Med prestationsbaserade ersättningar ges ju bidrag enbart om landstingen och kommunerna gjort något och gjort det som det är tänkt. Men för att detta ska bidra till målen om en trygg och kvalitativt bra vård och omsorg om äldre personer krävs att det finns en hyfsad koppling mellan målen och de valda prestationsersättningarna.

Myndigheten för vårdanalys konstaterade i en utvärdering att

Överenskommelser med prestationsbaserad ersättning blir allt vanligare – men effekterna av styrmedlet är omdiskuterade och kunskapsläget dåligt. ... med den nuvarande tillämpningen uppstår risker för att satsningarnas mål inte nås, att oönskade sidoeffekter uppstår och att vårdens lokala anpassningsförmåga minskar.<sup>117</sup>

Myndigheten föreslår det till synes självklara att *det övergripande syftet med satsningen också bör påverka hur den prestationsbaserade ersättningen utformas*. Så länge kunskapen om hur det går till är låg så kan det nog vara klokt att vara försiktig med denna typ av ersättningar.

Överenskommelser och stimulansmedel som styrmedel

Statskontoret har i en rapport om statlig styrning identifierat överenskommelser som en typ av styrning, där överenskommelser, nationella inriktningsdokument och nationella samordnare ingår. Sådan typ av styrning används när staten har en vilja att styra men där möjligheterna att styra med detaljerad reglering är begränsade<sup>118</sup>.

Satsningarna på evidensbaserad socialtjänst och bättre liv för sjuka äldre utformades som överenskommelser mellan regeringen och SKL. Statskontoret menade att den metoden kan sätta ett område i fokus och utveckla kunskap och arbetssätt. I sin utvärdering av satsningen på en evidensbaserad socialtjänst skrev Statskontoret att regeringen bland annat bör beakta att:

- en gemensam problembild hos regeringen, SKL och huvudmännen stärker styreffekten,

---

<sup>117</sup> Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning, Vårdanalys rapport 2013:8.

<sup>118</sup> Tänk efter före Om viss styrning av kommuner och landsting Statskontoret 2011:22.

- bedömningen av huvudmännens insatser inte bör ligga hos SKL, eftersom det kan komma i konflikt med SKL:s roll som intresseorganisation,
- särskilt avsatta medel kan stärka styreffekten, givet att de går till dem som ska utveckla arbetet,
- överlappningar i rollfördelningen bör undvikas mellan SKL och Socialstyrelsen i kunskapsproducerande uppdrag,
- myndigheterna bör få tid och mandat att göra självständiga bedömningar av mål-uppfyllelse i de fall myndigheterna ska granska insatserna i kommuner och landsting,
- extern utvärdering behöver säkerställas i de fall överenskommelserna rör stora summor pengar eller när resultatkrav är formulerade,
- förbättringsarbetets kontinuitet behöver säkerställas även när överenskommelsen avslutas, till exempel genom att relativt tidigt redovisa en nedrappningsplan för det statliga stödet och ställa finansiella krav på huvudmännen,
- i de fall informationssystem och annan infrastruktur har byggts upp behöver ansvaret för den fortsatta förvaltningen klargöras när överenskommelsen löper ut.<sup>119</sup>

### Långsiktighet

När nya satsningar ska stimuleras fram

Det tar tid att få igång ett projekt, tid som vanligen inte tagits i beaktande när regeringen dragit upp tidplanerna. Det tar också tid att pröva, genomföra och förankra. När projektmedlen varit slut har det inte varit givet att de nya arbets- och/eller organisationsformerna satt sig. Regelverket kring de statliga stimulansmedlen har inte tagit hänsyn till detta, trots att detta lyfts i varje utvärdering från Socialstyrelsen och Statskontoret.

Kraven på huvudmännen har uppenbarligen inte heller varit tillräckligt skarpa. Det har varit möjligt för dem att tacka de eldsjälar som drivit projekten, konstatera att resultatet varit lyckat, säga att erfarenheterna ska tas tillvara i den ordinarie organisationen – och sedan inte göra något alls för att så ska bli fallet. Detta har lett till en bild av att många, kanske de flesta, projekt som genomförts med stimulansmedel inte lett till något alls, varken verksamhetsförändringar där projektet drivits eller generaliserbar kunskap för andra att ta tillvara.

Det kan vara så att det är en alltför pessimistisk bild, men det är tydligt att tidplaner och de krav som ställts inte gynnat målet om långsiktighet för satsningarna. I utvärderingarna från Socialstyrelsen och Statskontoret framskymtar önskemål från kommunföreträdare om mer långvariga

---

<sup>119</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Statskontoret 2014:18.

stimulansmedel. Det finns också en önskan att kunna använda medlen utifrån den lokala tidplanen, och inte vara låst av de av regeringen bestämda tiderna för när återrapportering ska ske och när medlen måste vara förbrukade. Här har utvecklingen snarast gått åt det andra hållet. Det har ställts allt tuffare krav på att medlen ska förbrukas till ett visst årsskifte och annars betalas tillbaka. Krav som rimmar dåligt med behovet av att lokalt kunna anpassa arbetet efter vad som ger bäst resultat utan att behöva arbeta efter en tidspress som skadar kvalitén i arbetet.

När det som utförts ska premieras

Det finns inget som säger att metoden att premiera det som redan gjorts bättre kan stödja långsiktighet än att stimulera att något ska göras. Prestationen, t.ex. att registrera i ett kvalitetsregister, kan upphöra när det inte längre finns några stimulansmedel. För indikatorer med svag anknytning till målet, som de som användes åren 2012–2014 för sammanhållen vård, är förutsättningarna för långsiktighet närmast om dessa indikatorer fortsätter att användas. Då kommer intresse att riktas mot dem oavsett om de är relevanta eller ej. I satsningen Bättre liv för sjuka äldre är det möjligen de indikatorer som är kopplade till en säkrare läkemedelsbehandling som bäst kan svara mot kravet på långsiktiga effekter, också här givet att indikatorerna är de rätta och att man fortsätter att följa utvecklingen och vidta åtgärder om den går åt fel håll.

Med prestationsbaserade ersättningar blir det också upp till huvudmännen hur de används. Och huvudmännens möjligheter att använda dessa medel på ett genomtänkt sätt försvåras såväl av korta planeringstider som att medlen måste förbrukas under budgetåret. I sin slutrapport om Bättre liv för sjuka äldre skrev SKL att de statliga budgetreglerna försvårade möjligheterna att arbeta långsiktigt. Den förklaring SKL ger är att beslutet om medel togs i december, och att beslutade medel sedan ska förbrukas under innevarande år. Överenskommelser behöver vara långsiktiga och aviseras i god tid för att förbättringsarbetet ska kunna bedrivas på ett meningsfullt sätt påpekar SKL.<sup>120</sup>

Stimulera långsiktighet

I överenskommelsen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten enades parterna om en nedtrappningsplan för det statliga stödet, samtidigt som det ställdes organisatoriska och finansiella krav på huvudmännen. Som vi sett så förordade Statskontoret en sådan utformning. Statskontoret konstaterade dock att det i intervjuer med

---

<sup>120</sup> Bättre liv för sjuka äldre, stora förbättringar på kort tid. Sveriges Kommuner och Landsting 2015.

utvecklingsledare och chefer framkom att den långsiktighet som skulle säkras på det sättet inte verkar ha haft så stort genomslag i praktiken<sup>121</sup>.

I det största länet, Stockholms län, för att ta ett exempel, gick allt tillbaka till som det varit innan satsningen på en evidensbaserad praktik. Satsningen gick i huvudsak spårlöst förbi, vilket inte hindrade huvudmännen att söka och ta emot stimulansbidragen.

Det finns i stort sett i alla de utvärderingar som gjorts av de statliga stimulansmedlen en kritik från huvudmännen mot kortsiktighet och ryckighet. Två belysande exempel från masteruppsatsen från Förvaltningshögskolan i Göteborg

I ett län har det funnits diskussioner med förvaltningschefer om hur många bollar man egentligen ska springa efter. När ska vi börja titta på vad vi behöver prioritera och strunta i de statliga medlen?

Bortsett från ett politiskt perspektiv med tanke på mandatperioder finns det inget som gör att det är optimalt att man försöker nå resultat inom en treårsperiod. I ett län uppskattas 5–6 år vara mer rimligt med tanke på tiden det tar från det att man kommer på något på statlig nivå tills det fungerar i alla kommuner.<sup>122</sup>

### Aktörerna

Regeringens roll är grannliga. Regeringen ska genom lagstiftning garantera att alla äldre får en trygg ålderdom, i enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Men socialtjänstlagen är en ramlag, och ansvaret ligger hos kommunerna. För att förverkliga en regerings intentioner kan överenskommelser och stimulansmedel vara mjuka styrmedel som komplement till den hårda, lagstiftningen. De fel som skildrats ovan har inte varit *att* stimulansmedel använts, utan *hur* de använts.

Socialstyrelsens roll är bl.a. att inom de områden där myndigheten har ett mandat utfärda föreskrifter, att svara för riktlinjer och kunskapsstöd. Både hård och mjuk styrning så att säga. Det är önskvärt att Socialstyrelsen ges möjlighet att självständigt dra slutsatser från de stimulansmedelssatsningar som görs, utan att i sin uppföljning vara låst av snäva tidplaner från regeringen. Det kan också ses som önskvärt att Socialstyrelsen får en mer sammanhållande roll för att ny kunskap ska vara enkel att finna. Kunskapsguiden är ett exempel. Erfarenheter bör

---

<sup>121</sup> Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Statskontoret 2014:18.

<sup>122</sup> Överenskommelser som styrmedel i teori och praktik – en fallstudie av två överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting inom vård och omsorg, Förvaltningshögskolan Göteborgs universitet, Linn Sandberg Ht 2012.

kunna hämtas från uppdraget inom området psykisk ohälsa<sup>123</sup>. Kommande stimulansmedel för kompetensutveckling kan då bli en integrerad del i ett långsiktigt arbete att finna formerna för kontinuerlig kompetensutveckling.

Övriga myndigheter, som Statskontoret och Myndigheten för vårdanalys, har ansvar att följa statliga satsningar och bör kunna ta självständiga initiativ. De utvärderingar Statskontoret gjort har haft ett för kort tidsperspektiv, beroende av de slutdatum regeringen satt för slutrapportering.

Övriga kunskapsbärare som kommit till med tillfälliga medel men som nu bör få en tryggad framtid är de nationella kompetenscentra Svenskt demenscentrum och Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. De har hittills levt med ettåriga regeringsbeslut men Socialstyrelsen föreslår nu treåriga beslut för att ge en tryggare planeringsram för de båda centrumbildningarna<sup>124</sup>.

SKL är en intresseorganisation och har att bevaka kommunernas och landstingens intressen, vilket t.ex. kan ske genom att företräda sina medlemmar i överenskommelser med regeringen. Under åren 2010–2014 skedde en utveckling där SKL fick en genomförarroll och också vissa myndighetsliknande uppgifter. Här ingick mandat att följa upp hur kommunerna i vissa avseenden levde upp till ställda krav, vilket är svårt att förena med SKL:s roll som företrädare. Det är svårt att förena med rollen som intresseorganisation, och innebär en oklar ansvarsfördelning visavi de berörda statliga myndigheterna.

Huvudmännen har det fulla ansvaret att självständigt och inom de ramar som lagstiftning (SoL, LSS och HSL) och föreskrifter ger utforma vården och omsorgen för de äldre. Det kan för huvudmännen vara svårt att helt själva finansiera utvecklingsprojekt. Här kan statliga stimulansmedel, rätt genomförda, vara av stort värde. Huvudmännen, särskilt mindre kommuner, skulle också med all sannolikhet ha stor nytta av ett långsiktigt statlig stöd till kompetensutveckling, som en del av en nationell struktur som går att anpassa till lokala förutsättningar.

Universitet, högskolor och FoU-miljöer är, eller snarare bör vara, centrala aktörer i en kunskapsuppbyggnad. Det kan som nämnts ovan t.ex. ske genom att delta i upplägg av försöksverksamheter och utvärdering av dem. Staten kan gärna ta initiativ till att i dialog med forskningen och huvudmännen identifiera områden där det är särskilt angeläget att genomföra försöksverksamheter, som grund för disposition

---

<sup>123</sup> Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Slutrapport av ett regeringsuppdrag, Socialstyrelsen december 2015.

<sup>124</sup> Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt demenscentrum. Socialstyrelsens bedömning av att långsiktigt säkerställa verksamheten, Socialstyrelsen december 2015.



av framtida stimulansmedel. Ett exempel på förslag i den riktningen är att regeringen lämnar ekonomiska bidrag för att stimulera utvecklingen av akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård, ”akademisk hemsjukvård”<sup>125</sup>, till vilket man kan tillägga ”akademisk hemtjänst”.

### Några avslutande slutsatser

Några reflektioner kring vad man bör tänka på vid eventuella kommande stimulansmedelssatsningar är

- *Långsiktighet* måste få vara grunden för utformandet av tidplaner, regelverk och finansiella ramar. Tid måste ges för de förberedelser som krävs. Regler att medlen ska vara förbrukade under budgetåret är kontraproduktiva och måste ersättas med ett system där utbetalda medel får disponeras under den tid som krävs för att genomföra det som är ändamålet med medlen. Satsningar behöver sträcka sig över en längre tid än en mandatperiod, och behöver därför arbetas fram i politisk samsyn för att undvika ryckighet. Det måste ligga ett tydligt ansvar på de som får stimulansmedel att de ska ingå i en tydlig plan så att det som sker med stimulansmedel kan leva vidare.
- Möjligheten till *kunskapsutveckling* måste tas tillvara. Regeringen kan genom riktade medel stimulera kommuner, landsting, FoU-miljöer och universitet att tillsammans systematiskt pröva organisationsformer och arbetsmetoder och utvärdera dessa med vetenskapliga metoder. Det är inte heller fel att låta tusen blommor blomma, men då måste det till en trädgårdsmästare som tar hand om fröna och ser till att de kommer i god jord.
- *Lagstiftningsändringar* kan stödjas med stimulansmedel för att öka fokus på implementeringen. Ett exempel på det är stimulansmedlen för att implementera värdegrundsparagrafen. Om ändringen som gjordes i både Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) om rätten till en samordnad individuell plan (SIP, lag 2009:981) hade följts av statliga stimulans-medel hade den kanske fått ett snabbare genomslag även inom äldreomsorgen.
- *Kompetensutvecklingen* inom vård och omsorg av äldre personer är ett permanent åtagande, och kan inte bedrivas i projektform. Det bör finnas en nationell plan för det långsiktiga arbetet och samspel mellan statlig nivå (Socialstyrelsen, Skolverket), nationella kompetenscentra (t.ex. Svenskt demenscentrum och Nationellt kompetenscentrum Anhöriga), SKL, kommunernas utbildningsväsende inkl. Komvux/SFI och utförarna av vård och omsorg. Statens roll kan t.ex. vara att se till att Socialstyrelsen och de nationella kompetenscentra ges resurser att sammanställa och paketera kunskap.

---

<sup>125</sup> Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, SOU 2016:2.

