

Projekt: Kvalitet i ældreomsorgen

ÆLDREOMSORG I NORDEN



norden

Nordens Velfærdscenter



OM PROJEKTET

Nordisk Ministerråd satte i 2013 ældreomsorgen på dagsordenen. Som følge heraf har Nordens Velfærdscenter lavet en kortlægning over området i de nordiske lande og de selvstyrende områder samt sat fokus på, hvorledes de nordiske lande arbejder med kvalitet og tilsyn i ældreomsorgen. Projektet har udmøntet sig i to rapporter, Ældreomsorg i Norden og Når fortiden er længere end fremtiden. Formålet med rapporterne er dels at belyse, hvorledes ældreomsorgen fungerer i de respektive lande, dels at sætte fokus på kvalitet og tilsynsaspektet med henblik på at sammenstille viden og best practice på området; her bliver det løftet frem, hvilke aspekter der er vigtige at fokusere på for at yde en god og sikker ældreomsorg af høj kvalitet.

Projekt: Kvalitet i ældreomsorgen

Grafisk design: Idermark och Lagerwall Reklam AB

ÆLDREOMSORG I NORDEN

Tryck: Navii

Utgiven av Nordens Välfärdscenter
www.nordicwelfare.org
© november 2015

ISBN: 978-91-980800-7-0

Upplaga: 500

Projektledare: Elizabeth Dahler-Larsen, Nordens Välfärdscenter

Nordens Välfärdscenter
Sverige
Box 1073, 101 39 Stockholm, Sverige
Besöksadress: Drottninggatan 30
Tel: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

Författare: Tine Rostgaard, Vibeke Høy Worm, Jón Anton Sigurjónsson, Jónas Tór Næs, Harriet Finne-Soveri, Maj-Len Österlund, Sigurveig H Sigurdardóttir, Thorstein Ouren, Ann-Kristin Granberg

Nordens Välfärdscenter
Finland
Mannerheimvägen 168 b, 00271 Helsingfors, Finland
Tel: +358 20 7410 880
helsingfors@nordicwelfare.org

Fotografer: s 7: Cykling uden alder
s 8, 79, 110, 123: Jessica Gustafsson, NVC
Kartor på s 30, 42, 54, 78, 91, 109, 122 och 140: Julien Grunfelder, Nordregio

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

Rapporten kan beställas i tryckt format eller laddas ner på www.nordicwelfare.org

INNEHÅLL

Förord.....	6
Indledning	7
Komparativt kapitel	8
Demografi	8
Sociale udgifter til ældrepleje	10
Finansiering af ældreplejen.....	12
Organisering	14
Levering	15
Plejehjem	17
Hjemmehjælp	18
Understøttelse af familiens rolle	20
Sammenfatning	21
Ældreomsorg i Danmark	23
Udgifter til hjemmehjælp	25
Betalingen for hjemmehjælp.....	25
Leverandører af hjemmehjælp.....	26
Kommunen fastsætter serviceniveauet for hjemmehjælpen	27
Behovet for hjemmehjælp	27
Borgere i plejebolig.....	28
Mulighed for forebyggende hjemmebesøg.....	28
Løbende målinger af brugertilfredsheden	29
Muligheden for at klage over hjemmehjælpen	29
Udannelsesbaggrunden blandt medarbejderne i hjemmehjælpen	29
Ældrepleje på Færøerne.....	31
Kvalitetsmål og -krav	32
Behovsvurdering og hjemmehjælp	33
Regulering og kvalitetsreglementer	34
Ældreboliger	34
Kontrol og tilsyn.....	36
Kvalitetsstyring- og måling i organisationen.....	36

Samarbejde og integration	36
Anden bistand og service til ældre	37
Finansiering af ældreomsorgen	38
Befolkningssammensætning	39
Sammenfatning	40
Ældrepleje i Grønland.....	43
Definition af ældre.....	43
Indledning	43
Ældreområdet	43
Fordeling af ældreområdets finansiering	45
Levering	46
Organisering	46
Ældreplejepolitik	47
Ydelser.....	48
Kvalitet.....	49
Status på landets ældreområde	51
Sammenfatning	53
Äldreomsorg i Finland	55
Kostnadsutveckling inom social- och hälsotjänst för äldre personer.....	55
Vård och omsorg för äldre personer.....	62
Kvalitet.....	68
Sammanfattning	77
Äldreomsorg på Åland	79
Äldreomsorgspolitik.....	80
Finansiering av äldreomsorgen.....	80
Tjänster inom äldreomsorgen	82
Kvalitetsfaktorer.....	86
Ändringssökande.....	88
Äldreomsorgens utmaningar	89
Sammanfattning	90

Äldreomsorgen i Island	92
Finansiering	94
Levering av service	97
Organisering	97
Äldreservicepolitik	100
Tjänster	101
Kvalitet i äldreomsorgen	104
Sammanfattning	107
Eldreomsorgen i Norge	110
Utgifter og finansiering	110
Organisering	112
Tildeling av tjenester	114
Personell og utdanning	118
Eldres bruk av sykehustjenster	119
Pårørendes rolle	119
Kvalitet og kvalitetsutvikling i tjenstene	120
Sammenfatning	121
Äldreomsorg i Sverige	123
Kostnadsutveckling	123
Finansiering	124
Ansvar och driftsformer	127
Ansvar för äldreomsorg - nationellt, regionalt och lokalt	127
Rätt till stöd och hjälp i sin livsföring	128
Nationella krav och mål	128
Omsorgens kärnverksamhet	129
Aktuell utveckling	131
Kvalitet	138
Sammanfattning	139
Referenser	141

FÖRORD

I takt med befolkningens stigande medelålder blir det under många år framöver en utmaning för de nordiska länderna att tillfredsställa behoven inom äldreomsorgen.

Antalet äldre ökar samtidigt som födelsetalet faller och det blir allt svårare att rekrytera personal till äldreomsorgen. Prognoser pekar på att gruppen äldre blir långt mer differentierad än någonsin tidigare och kräver mer individuellt anpassad omsorg och vård. Äldreomsorgen ska således tillfredsställa både de resursstarka och dem som har långvariga och kroniska sjukdomar.

Detta projekt, ”Kvalitet i äldreomsorgen”, sätter fokus dels på den nuvarande situationen i Norden dels på hur vi framöver kan hantera kvalitetsbegreppet och lära av varandras olika kvalitetssystem. Frågan om kvalitet i äldreomsorgen är viktig och mer aktuell än någonsin. Avsikten med denna rapport är att skapa en överblick över situationen i Norden och därmed ge varandra inblick i och inspiration till hur utmaningarna inom äldreomsorgen bäst kan mötas.

Information om projektet finns på: <http://nordicwelfare.org/Projekt/Kvalitet-i-aldreomsorgen/>

Parallellt med detta projekt leder Nordens Valfärdcenter ett demensnätverk som du kan läsa om här: <http://nordicwelfare.org/Natverk/Valfardspolitik/Natverket-Demens-i-Norden/>

Ewa Persson Göransson

*Direktör
Nordens Valfärdcenter*

Elizabeth Dahler-Larsen

*Projektledare
Nordens Valfärdcenter*

INDLEDNING

”Den mand er ikke født, som ælde ikke vil bringe til fald, hvis han da lever så længe, at han kan kaldes gammel.” Sådan sagde Udgårdsloke, da Thor i en konkurrence tabte kampen mod Elle, Lokes gamle fostermor. Først da forstod Thor, at han havde kæmpet en forgæves kamp mod alderdommen. Det er fra det norrøne ”elle” vi har ordene ældre, äldre, eldre og eldri.

Med den nordiske befolknings stigende gennemsnitsalder henover de næste 40 år, vil velfærdssystemets håndtering af opgaverne i ældreomsorgen blive udfordret og mere end nogensinde stille store krav til systemernes effektivitet og evne til at fungere i en kompliceret virkelighed.

Denne første del af projektrapporten, Ældreomsorg i Norden, giver et overblik over, hvordan ældreomsorgen i de nordiske lande og de selvstyrende områder er bygget op, ansvarsfordelingen mellem stater, regioner og kommuner, hvordan den finansieres og hvordan kvalitetsopfølgningen gennemføres. Rapporten er tænkt som inspiration landene imellem.



KOMPARATIVT KAPITEL

Som det er tilfældet med andre større velfærdsområder, er der også fælles nordiske træk i den tilgang, som landene og de selvstyrende områder inden for denne geografiske region anlægger i ældreplejen. Principper som lige adgang for alle og en offentlig serviceproduktion er typiske træk, som vi forbinder med den nordiske velfærdsmodel. I de senere år er tendensen inden for ældreplejen dog også at tilpasse ydelserne til dem, der har størst behov, ligesom private markedsbaserede leverandører har gjort deres indtog. Den nordiske model er derfor over årene blevet sværere at indfange. Der er også en række væsentlige forskelle i, hvordan de nordiske lande og selvstyrende områder har indrettet ældreplejen.

Dette kapitel vil redegøre for en række af de karakteristika, der kendetegner den nordiske ældrepleje. Det gælder inden for de sociale udgifter, organisering, levering og finansiering af ydelserne, samt udviklingen i de væsentligste ydelser som plejehjem, hjemmehjælp og understøttelse af familiens rolle. Indledende vil behovet for ældrepleje ift. den demografiske udvikling blive redegjort for.

Kapitlet sammenligner, i det omfang, der er anvendelige data, følgende nordiske lande og selvstyrende områder: Danmark, Finland, Færøerne, Grønland, Island, Norge, Sverige og Åland, og præsenterer væsentlige steder også den nordiske region i sammenligning med andre europæiske lande. Kapitlet er så vidt muligt baseret på sammenlignelige data og kan derfor afvige fra de data, der præsenteres i de efterfølgende landekapitler, som baserer sig på nationale opgørelser.

DEMOGRAFI

De nordiske lande vil i de kommende år – og ganske som mange andre vestlige lande – undergå en ganske omfattende forandring. Den

ændrede demografiske sammensætning betyder, at vores samfund i højere grad vil være aldrende samfund. I bund og grund indeholder aldringen



Tine Rostgaard,
professor, Institut for
Statskundskab,
Aalborg Universitet

af vores samfund den gode nyhed, at vi lever længere, og at flere børn overlever ud over spædbarnsalderen, og dødeligheden dermed er lavere, og endelig at der bliver født færre børn, hvad der til gengæld er mindre godt for vores samfund. Til forskel f.eks. fra mange asiatiske lande, der i al hast inden for de seneste bare 25-30 år har måttet omstille sig til aldrende samfund, har vi i den vestlige verden typisk haft mere end 100 år til denne omstilling og har derfor kunnet

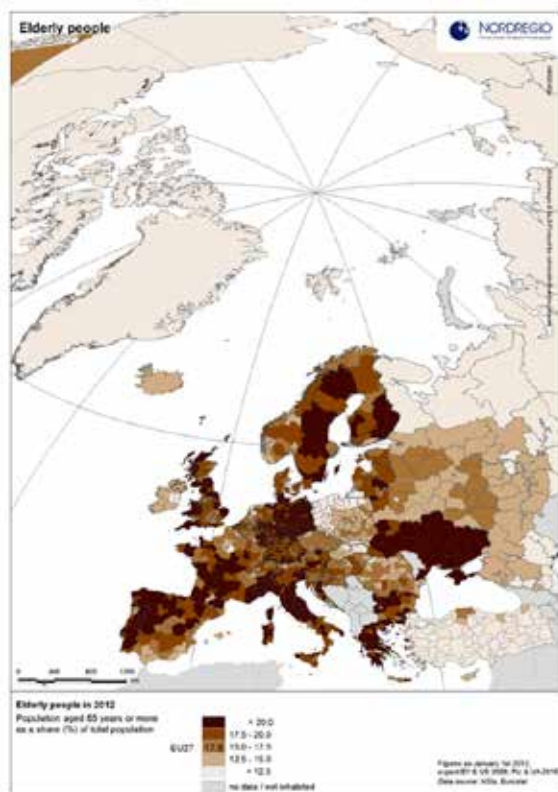
indrette vores pensions- og ældreplejesystemer derefter. Men aldringen kommer alligevel til at udfordre os: Langt flere borgere vil være over 65 år og dermed være på pension eller på vej dertil. Flere borgere vil også være 80 år og derover og i den aldersgruppe, hvor behov for pleje og omsorg ofte viser sig for alvor.

En ofte benyttet definition af et aldrende samfund er, at 10 % eller mere af befolkningen er 65 år eller derover. Andelen af ældre 65+ i den nordiske region var 13 % i 2012 og frem til 2040

forventes den at stige til 45 % (NOSOSKO, 2014). Ser man på, hvordan de nordiske lande placerer sig i forhold til andre europæiske lande, er det især lande som Island, Danmark og Norge, der er i den lavere ende, hvad angår andelen af befolkningen over 65 (Figur 1). Som figuren viser, er der dog væsentlige forskelle mellem de nordiske lande og også mellem regioner. Andelen af ældre er typisk højere i landområder og yderkantsområder, men også i omegnskommuner, der er placeret i yderkanten af hovedstæderne.

Befolkningen bliver samlet set ældre, ikke mindst fordi gruppen af 80-årige og derover bliver større. Denne aldersgruppe vil på tværs

af de nordiske lande stige fra nuværende 4,8% til 8,6 % i 2040 (NOSOSKO, 2014). Dette skyldes ikke mindst en længere middellevetid, f.eks. er denne steget ganske drastisk fra 70,8 år i 1990 for mænd i Finland til 77,8 år i 2013, og også Danmark har set en tilsvarende stigning for mænd. Middellevetiden for kvinder har hele tiden ligget noget højere end for mænd, og der ses ikke samme stigning. Der er på tværs af landene ganske store forskelle på middellevetiden. Grønlandske mænd født i 2013 kan således forvente at leve, til de er 68,7 år, hvorimod islandske mænd gennemsnitligt vil blive 80,8 år. For kvinderne findes den længste middellevetid i Island og Sverige (begge 83,7 år) og den laveste i Grønland (73,5 år) (Figur 2).



Figur 1. Andelen af 65+ i befolkningen, Europa, 2012.

Kilde: Baseret på Meagher og Szebehely, 2013

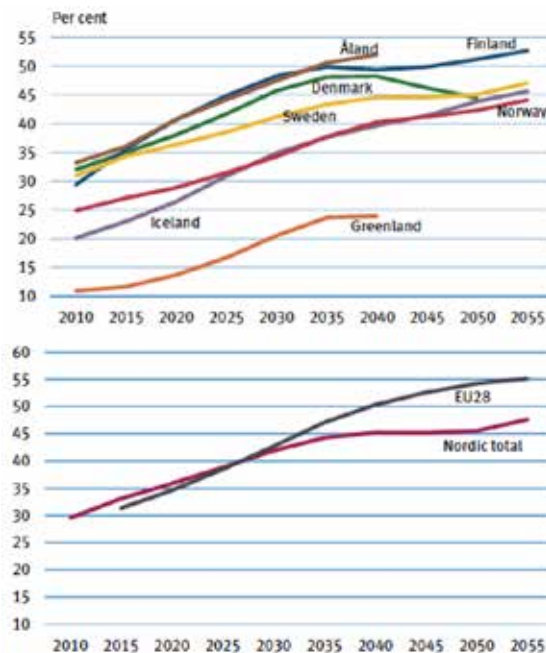


Figur 2. Forventet middellevetid for nyfødte, 1990-2013, kvinder og mænd, nordiske lande og selvstændige enheder.

Kilde: Nordregio, 2014 <http://www.nordregio.se>

En anden måde at opgøre betydningen af aldring er at se på forsørgerbyrden. Dette mål opgør hvor mange personer, der er 65+ i forhold til personer i den arbejdsdygtige alder, her opgjort som alderen 20-64 år. Og det er dermed et mål på hvor mange, der potentielt kan være i arbejdsstyrken og dermed både bidrage med skatteindtægter og 'varme hænder'. På tværs af landene i den nordiske region var forsørgerbyrden i 2010 på 29,5 %, dvs., der er 2,9 personer i den arbejdsdygtige alder for hver person, der er 65+. Forsørgerbyrden var i 2010 højest i Danmark, Finland, Sverige og Åland (omkring 30-35 %). Forventningen er, at forsørgerbyrden i Finland og Åland frem til 2030 vil stige betydeligt, og at andelen af 65+ dér vil udgøre 50 % af den voksne befolkning. Danmark og Sverige vil se noget lavere udvikling, og Grønland vil fortsat over tid have den laveste forsørgerbyrde og dermed den yngste befolkning i Norden (Figur 3).

Samlet set ligger de nordiske landes forsørgerbyrde over EU-gennemsnittet frem til 2030, hvorefter der vil ske et betydeligt skift, i og med at denne vil stige som samlet gennemsnit i EU28 (Figur 3).



Figur 3. Forsørgerbyrde, 65+ som andel af befolkningen i alderen 20-64 år, 2010-2055. Kilde: Nord, 2014

SOCIALE UDGIFTER TIL ÆLDREPLEJE

Den demografiske ændring vil ikke mindst betyde, at vi kan forudse stigende udgifter til ældreplejen. Indenfor Norden ligger Færøerne i øjeblikket højest med 2,7 % af BNP til sociale serviceydelser til ældre (Tabel 1). Dette inkluderer fortrinsvis udgifter til plejehjem og hjælp i hjemmet ifm. alderdom. Udgifterne til sociale serviceydelser til ældre som opgjort i andel af BNP er lavest i Island (0,5 %) og også forholdsvis lave i Finland (1,2 %). Der er således ganske stor forskel mellem de nordiske lande i de sociale udgifter til ældrepleje. En del af forklaringen er dog også forskellige opgørelsesmetoder, hvor specielt Sverige og Island synes at underrapportere udgifter i forhold til de andre lande (NOSOSKO, 2012).

Tabel 1. Udgifter til serviceydelser til ældre og handicappede, i national valuta og som andel af BNP, 2011.

Kilde: NOSOSKO

	Andel af BNP	Nat.valuta(mio)
<i>Danmark</i>	2,2	38.558
<i>Finland</i>	1,2	2.197
<i>Færøerne</i>	2,7	353
<i>Island</i>	0,5	7570
<i>Norge</i>	2,0	54.795
<i>Sverige</i>	2,5	85.959

Note: Inkl. udgifter til institutioner, hjælp i hjemmet og øvrigt. Også Revalidering i Island.

Den gængse – og optimistiske – antagelse er, at selv om vi lever længere, vil vi over tid have et bedre helbred og dermed kunne klare os selv i længere tid. Ikke desto mindre vil alene det faktum, at der er flere ældre i befolkningen, betyde en væsentlig større udgift til pleje- og omsorgsydelser.

Det er dog ikke entydigt, om behovet for pleje og omsorg stiger, som vi som individer bliver ældre og ældre. Et anerkendt studie af udviklingen i funktionsnedsættelse fandt således, at der i f.eks. Danmark og Finland var klare tegn på, at ældre over tid oplevede mindre funktionsnedsættelse. I Sverige var der dog en stigning i funktionsnedsættelse blandt de ældre over tid (Lafortune m.fl. 2007).

Hvis man anlægger en konservativ tolkning af udviklingen i funktionsnedsættelse og antager, at denne ikke kommer til at ændre sig over de næste 50 år, dvs. hverken bliver bedre eller værre, og at der med den stigende middellevetid derfor vil være flere år med funktionsnedsættelse alt i alt, og hvis udbuddet af ældeplejen ikke vil ændre sig væsentligt, kan vi forvente

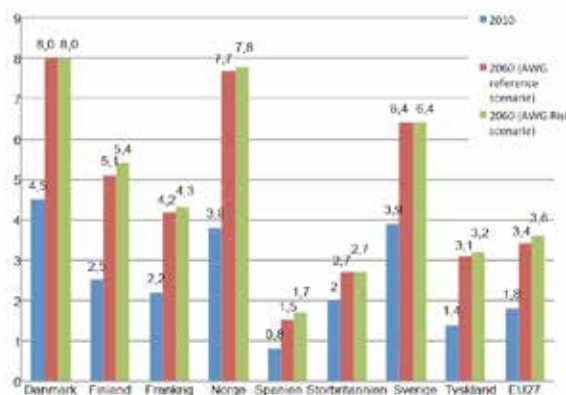
følgende udvikling i EU: antallet af ældre 65+ med mindst én ADL funktionsnedsættelse vil mere end fordobles og vil være omkring 44,4 mio. personer i 2060. Antallet af ældre, der bor i plejehjem eller lignende institution, vil tredobles til omkring 8,3 mio. personer (European Commission, 2012b)

Et mindre konservativt skøn, hvor man antager, at den stigende middellevetid IKKE kommer til at betyde flere år med funktionsnedsættelse, det såkaldte 'constant disability scenario', er mere positivt: her vil man 'kun' se en stigning i antallet af personer i EU med mindst én ADL funktionsnedsættelse på 20,7 mio. personer til 39,9 mio. personer frem til 2060 (European Commission, 2012b).

I EUs seneste rapport om udviklingen i udgifterne til ældrepleje, arbejder man med et fremtidsscenario, der ligger midt imellem (European Commission, 2012b). Antagelsen er her, at halvdelen af de ekstra leveår, som vi vinder med forlænget levetid, vil være med funktionsnedsættelse. Hvis dette er vores udgangspunkt, vil aldringen af vores samfund have følgende forventede betydning for udgifterne til ældrepleje: Den rent demografiske effekt vil på tværs af EU28-landene bevirke en næsten fordobling i udgifterne til ældrepleje fra 1,8 % af BNP i 2010 til 3,4 % i 2060 (AWG reference scenario). Tager man højde for de forventede større ikke-demografisk betingede udgifter til teknologi, udvikling af medicin og forskellige institutionelle faktorer, er forventningen, at udgifterne vil stige yderligere fra i alt 1,8 % til 3.6% (AWG Risk scenario) (European Commission, 2012b) (Figur 4).

For de nordiske lande vil de allerede relativt høje udgifter til ældrepleje, som konsekvens af

vores mere omfattende velfærdsydelser, stige endnu mere. Figur 4 viser udgifterne til sociale serviceydelser for de største af de nordiske lande sammenlignet med EU27. Her ligger de nordiske lande relativt højt. På grund af en anden opgørelsesmetode er det her Danmark, der i 2010 ligger højest blandt de nordiske landes udgifter til ældrepleje som andel af BNP, og også blandt resten af EU27 landene (fremgår ikke af figuren) (4,5 %). Forventningen er, at udgifterne næsten fordobles i alle landene og således f.eks. stiger i Danmark fra 4,5 % af BNP til 8,0 %, dette uanset hvilket scenarie man anlægger.



Figur 4. Udgifter til sociale serviceydelser til ældre, forskellige scenarier, 2010 og 2060
 AWG scenarier: AWG reference scenarie er ren demografisk effekt, AWG risiko scenarie er demografisk effekt plus effekt af betingede udgifter til teknologi, udvikling af medicin og forskellige institutionelle faktorer.
 Kilde: European Commission, 2012b.

FINANSIERING AF ÆLDREPLEJEN

Ældreplejen finansieres fortrinsvis gennem skatteindbetalingerne i de nordiske lande, til forskel fra andre lande som f.eks. Tyskland og Østrig, som i stigende grad benytter sociale forsikringsordninger målrettet disse udgifter. Bortset fra Island er det i alle landene den lokale kom-

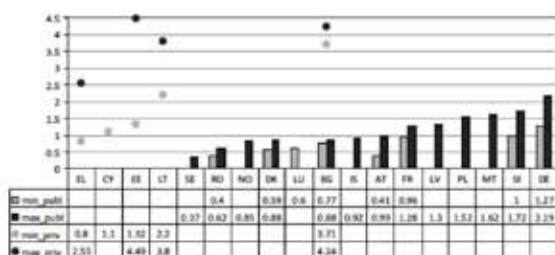
munes ansvar at finansiere ældreplejen. Størstedelen af udgifterne dækkes af lokale skatter, og resten dækkes via bloktilskud fra staten og brugerbetaling, f.eks. dækker bloktilskuddet fra staten i gennemsnit 34 % af udgifterne i Finland (Ministry of Social Affairs and Health, 2010). Tidligere var de statslige tilskud øremærket specifikke formål, men tilskuddene gives i dag som bloktilskud, således at kommunerne selv kan fordele midlerne efter behov.

Bloktilskuddet sikrer bl.a. en solidarisk omfordeling mellem kommunerne på baggrund af indkomstgrundlag og demografisk profil. At have et skattebaseret system har derfor den fordel, at udgifterne fordeles bredt blandt både stat og kommuner, og at der mere fleksibelt kan tages højde for ændringer i den demografiske sammensætning. Til forskel fra et system baseret på en social forsikringsordning, der således fungerer mere som en opsparing, kan man tilpasse skattegrundlaget til de faktiske udgifter. Omvendt kan et skattebaseret system generere større ulighed mellem borgere, som på trods af samme behov kan opleve, at serviceniveauet er forskelligt fra kommune til kommune (Rodrigues m.fl., 2012).

Borgerne bidrager dog i varierende grad også til finansieringen af ældreplejen, selvom deres andel er lav. Egenbetalingen omfatter både hjemmehjælp og plejebolig, hvor betalingen for sidstnævnte kan være opdelt i en egentlig huslejebetaling og så betaling for brug af forskellige ydelser. I Danmark er hjemmehjælp dog uden brugerbetaling. Regelsættet for egenbetaling er dog meget forskelligt i Norden, hvad der bevirker en vis variation i beløbene.

I forhold til lande uden for Norden er egenbetalingen dog relativt lav. Figur 5 viser egenbe-

talingen for en plejehjemsplads i en række EU-lande i 2009 eller seneste år, og her fremgår det, at egenbetalingen for en offentlig plejehjemsplads (angivet som søjler) i Danmark, Norge og Sverige er betydelig lavere end i andre EU lande. Der er også i figuren angivet egenbetaling for private plejehjemspladser for de lande, hvor plejehjem (også) er organiseret i privat regi. Størrelsen på egenbetaling er her angivet med prikker i figuren, og selv de laveste minimumssatser (lysegrå prikker) ligger betydeligt højere end egenbetalingen i de nordiske lande (European Commission, 2012a).



Figur 5. Egenbetaling i plejebolig relativt til gennemsnitlig indkomst for en pensionist 65+, seneste år.

Kilde: European Commission, 2012a.

Betingelserne for egenbetaling for hjemmehjælp eller ophold på plejehjem fastsættes centralt (statsligt) i Danmark, Færøerne, Finland, Grønland, Island, Norge og Åland, men decentralt (kommunalt) i Sverige. I Sverige fik kommunerne i starten af 1990'erne således lov til selv at sætte størrelsen af brugerbetalingen for ældrepleje. Efter at flere analyser påviste, at der var stor tilfældighed, i hvor meget brugerne betalte, og at de i flere tilfælde afholdt sig fra at benytte ældreplejen pga. den høje pris, valgte man at indføre en national maksimum betalingsgrænse i 2002 (Karlsson m.fl., 2010). Denne er i 2015 på SEK 1.780 om måneden for personlig pleje og

SEK 1.854 om måneden for husleje for beboere i plejebolig. Man vedtog også, at borgeren skulle have et minimumsbeløb til overs til eget forbrug på SEK 5.023 for enlige og SEK 4.245 for ægtefæller (Socialstyrelsen, 2013). Brugerbetalingen udgør i alt 1,4 % af de samlede udgifter. En nylig EU-undersøgelse af egenbetaling i ældreplejen vurderede, at brugerbetalingen for en offentlig plejehjemsplads i Sverige udgjorde som maksimum 37 % af en gennemsnitlig pensionistindkomst (Figur 5).

I Norge er kommunerne frit stillet for at indkræve brugerbetaling for hjemmehjælp, så længe beløbet ikke overstiger den faktiske udgift, og så længe borgeren har et vist beløb til eget forbrug. Egenbetalingen for hjemmehjælp for en pensionist med lav indkomst må ikke overstige 155 NOK om måneden (2009-tal; NOSOSKO, 2011). Mange kommuner lader brugerbetalingen afhænge af borgerens indkomst (Karlsson m.fl., 2010). Egenbetalingen for en institutionsplads beregnes ud fra centralt fastsatte forskrifter. Maksimal egenbetaling for en offentlig plejehjemsplads vurderes til at udgøre 85 % af en gennemsnitlig pensionist indkomst (Figur 5). Egenbetalingen i institutioner udgjorde lige over 15 % af de samlede udgifter i 2009 (NOSOSKO, 2011).

I Danmark udgør udgiften til husleje i en plejebolig i gennemsnit 10-20 % af en pensionists gennemsnitlige indkomst. Oven i dette beløb betales separat for brug af serviceydelser som rengøring, madlevering, og vask af tøj og linned, svarende til mellem DKK 5-7.000 månedligt (2009-tal). Der betales ikke for pleje og omsorg. Den samlede udgift løber op i, hvad der svarer til mellem 59-88 % af en gennemsnitlig pensionists indkomst (Figur 5), og brugerbetalingen

udgjorde i 2010 3 % af de samlede udgifter (NOSOSKO, 2011).

Hjemmehjælp i Finland kan ydes uden egenbetaling, hvis det vurderes, at borgerens indkomst er lav. Det er op til kommunerne at vurdere, om der skal være egenbetaling, og også at beslutte om evt. egenbetaling skal afhænge af indkomst- og husstandssammensætning. Egenbetalingen må ikke overstige produktionsomkostningerne, og der er fastlagt en national øvre grænse. I plejeboligen må egenbetalingen højst udgøre 85 % af borgerens indkomst, og borgeren skal have minimum EUR 97 til eget forbrug (2011). Egenbetalingen udgjorde i 2009 19 % af de samlede udgifter for plejehjem og 16 % af udgifterne til hjemmehjælp (NOSOSKO, 2011). I de finske ældreboliger (serviceboende) betaler man husleje og derudover for de service- og pleje- og omsorgsydelser, som man benytter sig af.

På Færøerne mistede man frem til 2010 sin pensionsret, når man flyttede ind på et plejehjem, og fik i stedet DKK 981 om måneden til at dække personlige behov. I dag betaler man i stedet husleje og forbrug af service- og pleje- og omsorgsydelser.

På Grønland trækkes betalingen for en plejehjemsplads via pensionsudbetalingen, der nedsættes med 20 %. Har borgeren yderligere skattepligtig indkomst, har kommunen mulighed for at opkræve yderligere brugerbetaling, som dog ikke må overstige 60 % af denne indtægt. Egenbetaling for hjemmehjælp fastsættes ift. husstandsindkomsten og må ikke overstige lønudgiften for en hjemmehjælper.

I Island kan kommunerne vælge at indkræve indkomstreguleret brugerbetaling for hjemmehjælp. Egenbetalingen til hjemmehjælp udgjorde 8,6 % af kommunernes udgifter i

2009 (NOSOSKO, 2011). Egenbetalingen for en plejehjemsplads er også indkomstreguleret, og der er sat en maksimum betalingsgrænse. Der er også afsat et minimumsbeløb til eget forbrug. Den europæiske sammenligning viser, at en plejehjemsplads koster gennemsnitligt maksimum 92 % af en gennemsnitlig pensionistindkomst (Figur 5).

På Åland kan kommunerne vælge at indkræve brugerbetaling for hjemmehjælp, som fastsættes ift. omfanget af ydelsen, indkomstgrundlaget og husstandens størrelse. Beboere på plejehjem skal have min. 15 % af nettoindkomsten og min. EUR 105 om måneden til eget forbrug efter egenbetaling.

ORGANISERING

Der er på tværs af landene og enhederne stor forskel på antallet af kommuner og dermed på de lokale befolkningsstørrelser. I Norge bor de 5,1 mio. indbyggere i 428 kommuner, i Finland er der 5,5 mio. indbyggere fordelt på 317 kommuner, og i Sverige, der har det højeste indbyggertal, bor de 9,7 mio. indbyggere i 290 kommuner. Der er dog også i områderne med mindre befolkningsstørrelser et relativt stort antal kommuner. I Island bor de 325.000 indbyggere således i 79 kommuner, og Færøerne har med 40.000 indbyggere 34 kommuner, men mere end halvdelen af indbyggerne bor i Tórshavn Kommune. På Åland er de 27.000 indbyggere fordelt på 16 kommuner (og 6.757 øer). Både Grønland og Danmark har været gennem en strukturreform, der i Grønland i 2009 reducerede de før 18 kommuner til nu tre kommuner, og i Danmark i 2007 blev de tidligere 275 kommuner reduceret til 98 kommuner.

Ligesom det er kommunens ansvar at finansiere ældreplejen, er det også – bortset fra Island – kommunerne i de nordiske lande og selvsty-

rende områder, der er hovedansvarlige for at organisere ældreplejen og dermed for at fastlægge serviceniveauet inden for lovens rammer. Kommunerne har også ansvar for at visitere til ydelserne og for at forestå behovsvurdering. Finland har dog i 2014 vedtaget en omfattende reformplan, der medfører, at ansvaret for at organisere ældreplejen vil overgå til fem regionale organisationer i 2017. På Færøerne var det først fra 1. januar 2015, at ældreplejen overgik fra at være et landsanliggende til at være kommunalt ansvarsområde. Og i Island har staten fortsat et delt ansvar med kommunerne for at organisere (og levere) ældreplejeydelser, men det forventes, at kommunerne kommer til at overtage det samlede ansvar.

Det er som regel et regionalt ansvar at organisere hospitalssektoren, mens ansvar for sundhedsydelserne kan deles mellem kommuner og regioner, som det f.eks. er tilfældet i Danmark, hvor kommunerne siden 2007 har haft ansvar for genoptræning efter hospitalsophold med det formål at sikre større koordination og vægt på forebyggelse. I Norge er det således fire regionale sundhedsmyndigheder, der har ansvaret for hospitalssektoren, og i Sverige er det 21 såkaldte län.

Det mere overordnede ansvar for ældreområdet er som oftest placeret inden for ét ministerium. I Danmark er det f.eks. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, der har det overordnede ansvar for lovgivning og dertil knyttede styrelser, råd og nævn. Ministeriet er således del af en koncern, der også omfatter Socialstyrelsen, Ankestyrelsen og SFI, et sektorforskningsinstitut. I Island var ansvaret for ældreplejen frem til 2011 dog delt mellem Social- og forsikringsministeriet og Sundhedsministeriet, hvor førstnævnte havde ansvar for

hjemmehjælp, madlevering og sociale aktiviteter og sidstnævnte for hjemmesygepleje og plejehjem. I dag er det Velfærdsministeriet, der har samlet ansvar for alle nævnte områder. Ansvaret for ældreplejeområdet er dog fordelt på to ministre inden for Velfærdsministeriet.

LEVERING

Den nordiske model fremhæves ofte som en velfærdsmodel baseret på et fælles idegrundlag om universalisme og offentlig serviceproduktion, men ældreplejen er i stigende omfang blevet konkurrenceudsat i de nordiske lande og i de selvstyrende områder. Formålet er at effektivisere ydelserne og give brugerne mulighed for at vælge mellem leverandører.

De skandinaviske lande har dog forskellige erfaringer med udlicitering og frit valg inden for ældreområdet. Private leverandører leverer ydelser inden for ældreplejen i både Danmark, Finland, Norge og Sverige, hvorimod det fortsat er kommunen, der leverer ydelser på Færøerne, Grønland og Island. På Åland er der ganske få private leverandører, men landskabsregeringen påtænker et lovforslag i 2015, der skal øge antallet af private leverandører.

Der er forskel på, i hvor høj grad man overlader initiativet til konkurrenceudsættelse til de enkelte kommuner. Danmark er gået længst og har gennem lovgivning forpligtet kommunerne til at tilvejebringe et frit valg af leverandør i hjemmeplejen. Derimod har Norge taget de færreste nationale initiativer til at styrke de private leverandørers markedsandel i ældreplejen.

Der er også forskel på, hvordan man ønsker at stimulere tilkomsten af de private leverandører. I Sverige indførte man således ændringer i udbudsreglerne i 2009, der skulle stimulere til

Tabel 2. Udbredelse af private, for-profit leverandører i ældreplejen, Skandinavien, 2000-2012.

		Omkring 2000	Omkring 2005	Omkring 2012
Norge				
<i>Hjemmehjælp</i>	Andel af samlede udgifter	..	..	3,1 %
<i>Plejehjem</i>	Andel af samlede udgifter	..	..	3,5 %
	Andel af pladser	10,7 % (samlet for for-profit og non-profit private leverandører)	..	9,6 % (samlet for for-profit og non-profit private leverandører)
Danmark				
<i>Hjemmehjælp</i>	Andel af brugerne	2,5 % af brugerne	15 % af brugerne af praktisk hjælp; 3 % af brugere af personlig pleje	37 % af brugere 65+; 13 % af alle hjemmehjælps-timer (47 % af brugere 65+ af praktisk hjælp kun; 31 % af brugerne 65+ af praktisk hjælp og personlig pleje; 7 % af brugerne 65+ af personlig pleje)
<i>Plejehjem/plejebolig</i>	Andel af beboere	<1 %	..	<1%
<i>Ældrepleje totalt</i>	Andel af medarbejdertimer	..	..	5-6 %
Sverige				
<i>Hjemmehjælp</i>	Andel af hjemme-hjælps-timer	7 % (samlet for for-profit og non-profit private leverandører)	10 % (samlet for for-profit og non-profit private leverandører)	21 % (kun for-profit; non-profit: 2 %)
<i>Plejehjem</i>	Andel institutioner	1,2 %	14,0 % (samlet for for-profit og non-profit private leverandører)	18 % (kun for-profit; non-profit 3 %, 2010)
<i>Ældrepleje og handicap totalt</i>	Andel medarbejdertimer	8,0 %	8,0 %	17,5 % (kun for-profit; non-profit 3 %, 2010)

Kilde: Baseret på Meagher og Szebehely, 2013

komst af flere og mindre leverandører, og at man fremover konkurrerer udelukkende på kvalitet og ikke pris. I Danmark har man med ændringer i 2013 forsøgt at tilgodese mulighed for yderligere konkurrenceudsættelse, og man har givet kommunerne mulighed for at begrænse det antal leverandører, som samlet set udbyder service inden for kommunen. Det forventes at lede til færre, men større leverandører, der således vil have stordriftsfordele, og at de i højere grad vil konkurrere på pris.

Det er vanskeligt direkte at sammenligne udbredelsen af de private leverandører i ældreplejen på tværs af landene på grund af forskellige definitioner af og opgørelsesmetoder for konkurrenceudsættelse og frit valg landene imellem, ikke mindst i definitionen af privat leverandør, der i Sverige, Norge, og i nogle opgørelser i Danmark, også inkluderer frivillige organisationer. Som gennemgangen af de norske erfaringer har vist, er der også forskelle kommunerne imellem i definitioner og opgørelser.

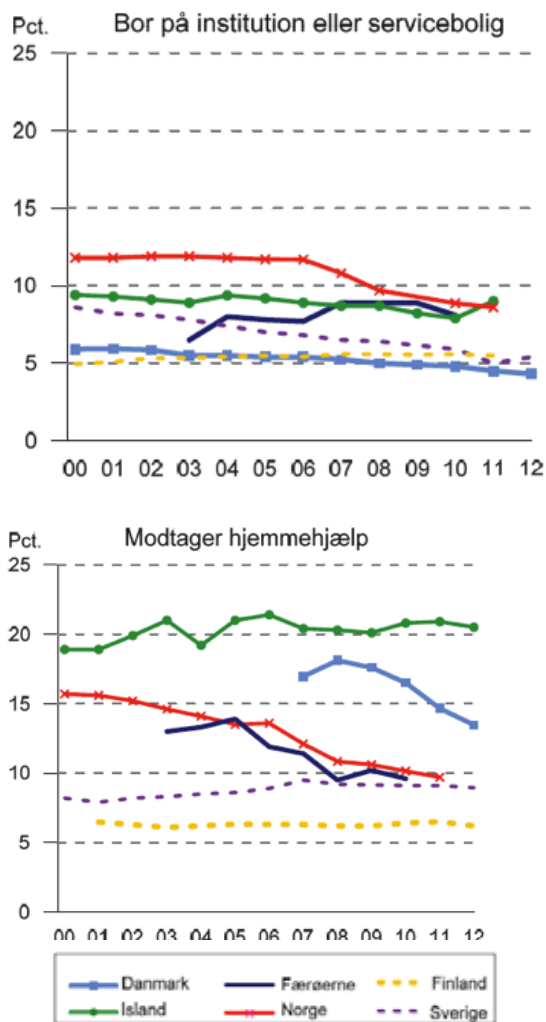
Tabel 2 opridser de bedst tilgængelige informationer om udbredelsen af private for-profit leverandører af ældrepleje 2000-2012, baseret på Meagher og Szebehely (2013). Der bør udøves forsigtighed i sammenligninger mellem landene, men det tyder på, at private leverandører i Sverige stadig har en større markedsandel i hjemmehjælpen (21 %) end i Danmark (13 %), når der opgøres i antal timer, hvorimod konkurrenceudsættelsen i Norge har haft begrænset indflydelse på de private leverandørers andel af ældreplejen. I tabellen er private leverandører, der opererer på markedsvilkår, angivet som for-profit og frivillige leverandører som non-profit.

Udover at de ældre nu i en del af de nordiske lande har mulighed for at vælge en privat leverandør til at levere hjemmehjælpen, er det f.eks. i Sverige også muligt at modtage et skattefradrag, det såkaldte RUT-fradrag, hvis man køber serviceydelser fra en privat leverandør. Dette omfatter hjælp i hjemmet og pleje og omsorg. Næsten 10 % af ældre benytter skattefradraget, og andelen har været stigende i perioden 2008-2012, hvor antallet af ældre med mellem 1-9 timers ugentlig hjemmehjælp blev færre. Samme tendens ses i Finland, hvor den ældre opfordres til at købe hjælp hos private firmaer til udførelse af praktiske opgaver i hjemmet, såsom rengøring etc. (Vidlund og Kivelä, 2012). Det har også tidligere været muligt i Danmark at benytte sig af et skattefradrag til betaling af private leverandører, men dog kun til praktisk hjælp i hjemmet.

Frivillige udgør også i stigende omfang en del af ældreplejens ressourcer, f.eks. i Danmark. Den danske regering nedsatte en Hjemmehjælpskommission, som i 2013 bl.a. beskrev de frivilliges rolle på ældreområdet. Kommissionen vurderede, at der var et stort potentiale for at udvikle det frivillige sociale arbejde over for ældre borgere i eget hjem. Kommunerne opfordres f.eks. til at ansætte en frivillighedskordinator, der således kan hjælpe plejehjem med at tilknytte frivillige besøgsvenner og med at sikre samarbejdet mellem de ansatte og frivillige.

PLEJEHJEM

Det er gængs praksis i alle landene og i de selvstyrende områder at understøtte, at den ældre kan blive længst muligt i eget hjem. Over en årrække har vægten dermed være på at yde hjemmehjælp frem for plejehjem. Dette afspejles i andelen af ældre, der bor på plejehjem, som har været dalende i de seneste år. Udviklingen



Figur 6. Personer som bor på institution eller i servicebolig, samt personer der modtager hjemmehjælp i pct. af aldersgruppen 65 år eller ældre 2000-2012.

Kilde: NOSOSKO, 2013

afspejler dog også, at de ældres helbred og funktionsevne generelt har udviklet sig, som tidligere nævnt.

Som det ses i figur 6, er der på tværs af de nordiske lande og de selvstyrende områder færre ældre over tid der bor i plejehjem eller ældrebo-

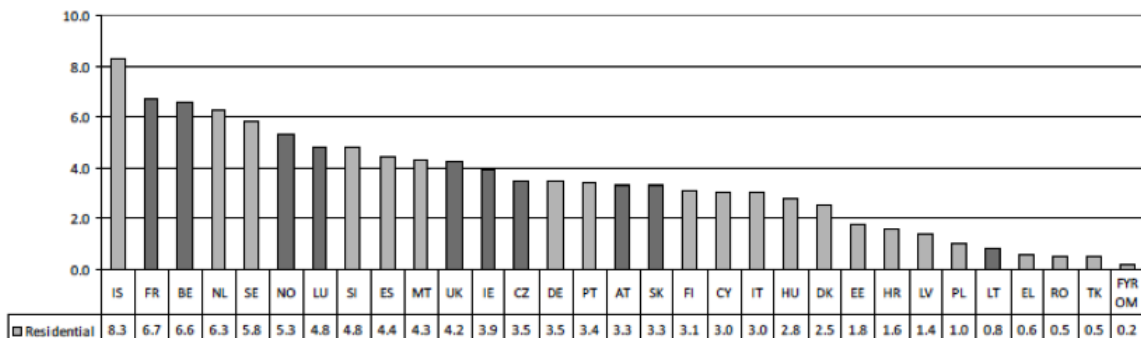
lig, og andelen har især været faldende i Norge og Sverige. Som Figur 6 angiver, var der i 2012 dog flest ældre, der boede i en plejebolig eller ældrebolig i Island (9,0 %), lige efterfulgt af Norge (8,6 %), hvorimod andelen er lavest i Danmark (4,3 %). Det er fortrinsvis de ældste aldersgrupper, der bor på plejehjem eller i ældrebolig. I Island er det således hele 24,5 % af de 80+-årige, der bor i en sådan bolig, og 22,6 % af samme aldersgruppe i Norge.

Figuren angiver dog ikke, om de ældre bor på plejehjem eller i ældrebolig. Plejehjem er indrettet til de svageste ældre og yder omfattende hjælp med pleje og omsorg, medicin etc., hvorimod en ældrebolig fortrinsvis er en bolig indrettet til ældres behov og og ikke nødvendigvis med fast døgnpersonale tilknyttet. Ligeledes inkluderer statistikken ikke langtidsbehandling på sygehusenes sengeafdelinger, som oftest på såkaldte sundhedscentre, som forekommer i Finland.

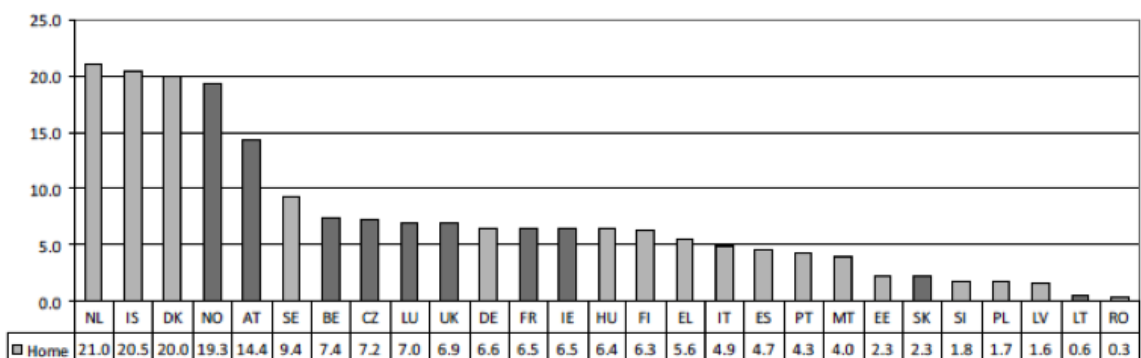
Figur 7 viser, hvordan de nordiske lande placerer sig i en europæisk sammenligning. Island, Norge og Sverige er blandt de lande med højeste dækningsgrader (mere end 5 %) i andelen af ældre 65+, der bor i institutioner som plejehjem eller ældrebolig, hvorimod andelen er noget lavere i Finland og Danmark. Som figuren viser, er forskellen mellem de europæiske landene ikke er markant, men der er tydeligvis ikke nogen nor-disk gruppering af landene.

HJEMMEHJÆLP

Andelen af ældre med hjemmehjælp har ligeledes været faldende over tid ikke mindst i Danmark, Norge og Færøerne, mens den har været svagt stigende i Sverige (Figur 7). Det er dog nødvendigt med en kritisk fortolkning af figuren, da data om hjemmehjælp er notorisk svære at sammenligne, ikke mindst over tid. I



Figur 7. Andel ældre 65+ der bor i institutioner med døgnet rundt pleje og omsorg, europæiske lande, seneste år. Kilde: : Bettio og Verashchagina, 2012



Figur 8. Andel ældre 65+ med hjemmehjælp, europæiske lande, seneste år. Kilde: : European Commission, 2012a

Danmark har man således tidligere i nogle kommuner angivet ældre på plejehjem som modtagere af hjemmehjælp, og tidsserien starter derfor først efter 2007, hvor man ændrede opgørelsesmetoden. De norske tal inkluderer ikke personlig pleje, da det i Norge betegnes som hjemmesygeplejerske (og faldet i andel af ydelser over tid er dermed mindre, hvis hjemmesygeplejerskeydelserne inkluderes). Omvendt er der i de norske tal for hjemmehjælp inkluderet de ældre, der bor i ældreboliger og som får hjemmehjælp, hvilket i dag ikke er tilfældet for f.eks. Danmark og Sverige (personlig kommunikation med Marta Szebehely).

Der er dog over tid tendens til, at det i højere grad er ældre med størst behov, der modtager hjem-

mehjælp. Med introduktionen af rehabilitering, som finder sted især i Danmark og Norge, er der også en udvikling mod en kortere indsats, typisk 12 uger, af en kombination af hjemmehjælp og fysisk træning, hvorefter mange ældre forventes at være uafhængige af hjælp eller have mindsket behovet betydeligt. Hvad tallene heller ikke viser er, hvilke funktioner, der bliver ydet hjælp til. Over tid er der flere modtagere af personlig pleje end praktisk bistand, og timeantallet til praktisk bistand er også faldet relativt meget. Der synes således at være en omprioritering mod personlig pleje (Kröger, 2010; Rostgaard & Szebehely, 2012).

Andelen af ældre med hjemmehjælp er fortsat relativt høj i Island, hvor 20,5 % af de ældre 65+ modtog hjemmehjælp i 2012. Herfra er der langt ned til Finland, hvor kun 6,2 % modtog hjemmehjælp.

En del ældre i Finland får dog hjælp gennem familien, som kan modtage en ydelse fra det offentlige, se næste afsnit.

Til forskel for opgørelsesmetoden i de andre lande og områder inkluderer de finske opgørelser også kun hjælp, der bliver ydet oftere end én gang om ugen. Yderligere 4 % af de ældre i Finland modtager hjælp mere sjældent, dvs. hver anden eller tredje uge.

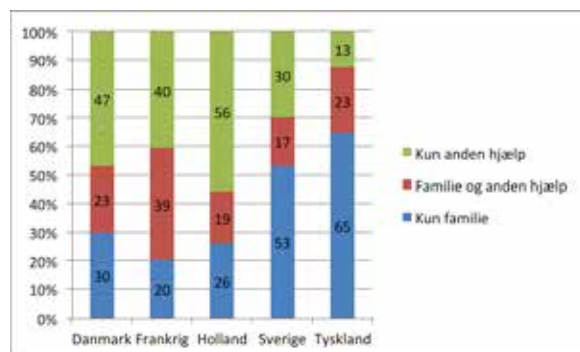
Hjemmehjælp ydes især til aldersgruppen 75+. Andelen med hjemmehjælp stiger derefter med alderen, f.eks. modtager 43,4 % af de 80+-årige i Island hjemmehjælp, mod 22,6 % af de 75-79 årige.

Figur 8 viser de nordiske lande i en europæisk sammenhæng. Her er en mere tydelig nordisk gruppering, med Danmark, Island, Norge, sammen med Holland med relativt flere ældre med hjemmehjælp (omkring 20 %), hvorimod andelen er lidt lavere i Sverige (9,4 %) og ikke mindst i Finland (6,3 %). Det er dog tydeligt at den danske udvikling er gået i retning mod færre ældre med hjemmehjælp.

UNDERSTØTTELSE AF FAMILIENS ROLLE

At relativt mange svage ældre i de nordiske lande får hjælp gennem hjemmehjælpen betyder dog ikke, at familien, og specielt den nærmeste familie, ikke spiller en væsentlig rolle. Figur 9 viser sammensætning af hjælp til ældre, der bor i eget hjem og har stærkt nedsat funktionsevne,

i en række europæiske lande. Den viser, at det i Danmark er mest udbredt udelukkende at få hjælp uden for familien (47 %), hvilket i dette tilfælde typisk vil være via hjemmehjælpen, men at en ud af fire (23 %) får kombineret hjælp af familie og hjemmehjælp. En tredjedel rapporterer kun at modtage hjælp fra familien, hvilket er lidt mere end i både Frankrig og Holland. Det er dog mere end halvdelen (53 %) af de adspurgte ældre i Sverige, der rapporterer, at der kun er familien til at hjælpe dem, kun overgået af Tyskland (65 %). Baseret på tal fra Sverige og Danmark er der således ikke nogen specifikke kendetegn for den nordiske model i forhold til betydningen af den uformelle hjælp fra familien.



Figur 9. *Sammensætningen af hjælp, ældre 65+ i eget hjem med stærk nedsat funktionsevne, 2006/7.*

Kilde: European Commission, 2012a, 2012, baseret på SHARE data 2006/7, kategorien 'severely limited'.

Der findes i de fleste nordiske lande og selvstyrende områder mulighed for at understøtte familiens rolle i at hjælpe den ældre med pleje og omsorg. I Danmark er det muligt, men sjældent benyttet, at ansætte et familiemedlem som hjemmehjælper, ligesom der er mulighed for at søge orlov i forbindelse med terminal sygdom blandt

nærtstående. Der ydes også aflastning til pårørende, som yder pleje og omsorg. Også i Sverige er det muligt for et familiemedlem at blive ansat som hjemmehjælper. Det er også muligt at søge om en ydelse, der kompenserer for tab af lønindkomst, hvis man yder pleje og omsorg for et familiemedlem over længere tid, ligesom det er muligt at søge om orlov med ydelse, hvis man plejer en terminalsyg pårørende. I Norge kan man som familiemedlem f.eks. via ordningen omsorgslønn blive ansat af kommunen til at hjælpe med pleje og omsorg. Af de 9.500 personer, der får hjælp via ordningen, er det dog kun hver femte der er over 67. På Færøerne er familien også tænkt ind i plejen og omsorgen. Her indgår familiens ressourcer, når den ældres behov vurderes. Er der en voksen søn eller datter, der kan yde pleje og omsorg, vil behovet vurderes som mindre. Det er også muligt for pårørende at modtage pasningsgodtgørelse til pleje af ældre personer i eget hjem.

Det er dog især i Finland, at støtte til pårørende er tænkt ind som en del af ældreplejen. Her indgår der i den nuværende regerings regeringsgrundlag et program for udvikling og understøttelse af den uformelle pleje og omsorg. Det sker bl.a. gennem regelmæssige helbredsundersøgelser blandt de familiemedlemmer, der yder omsorg. Omkring halvdelen af de familiemedlemmer, der yder pleje og omsorg, modtager denne kompensation for tabt arbejdsindkomst. Beløbet udgør i 2015 EUR 388-769 om måneden og er skattepligtigt. Beløbet afhænger af, hvor omfattende behovet for pleje og omsorg er, og omsorgsgiveren indgår en kontrakt med kommunen. Man har ret til mindst tre døgn fri om måneden, hvis man yder pleje og omsorg døgnet rundt.

SAMMENFATNING

Sammenfattende kan vi sige, at de nordiske lande og selvstyrende områder ligesom mange andre lande vil undergå en væsentlig forandring, eftersom befolkningerne bliver ældre, og eftersom der rent antalsmæssigt bliver flere ældre i befolkningen ikke mindst grundet efterkrigsårenes babyboom. Forsørgerbyrden vil dermed ændre sig, således at der bliver færre i den arbejdsdygtige alder til f.eks. at finansiere og sørge for pleje og omsorg.

Forventningen er dog, at vi ikke kun bliver ældre men også sundere, og at de flere leveår ikke nødvendigvis vil betyde flere år med sygdom og funktionsnedsættelse. Selvom dette scenarie skulle vise sig at være rigtigt, vil det stigende antal ældre dog i sig selv betyde forøgede sociale udgifter til ældrepleje. Da ældreplejen fortrinsvis finansieres gennem skatteindbetalingerne i de nordiske lande og selvstyrende områder er der dog en vis fleksibilitet og mulighed for at tilpasse finansieringen.

Borgerne bidrager også til finansieringen af ældreplejen. I forhold til andre lande udenfor Norden er brugerbetalingen relativt lav eller, som det er tilfældet i Danmark for hjemmehjælp, ikke-eksisterende. Der er ydermere indført maksimumbeløb for brugerbetaling i en række lande. Udgiften kan dog godt beløbe sig til en væsentlig andel af en gennemsnitlig pensionistindkomst.

Det er på tværs af landene og de selvstyrende områder kommunerne, der er ansvarlige for organisering, levering og finansiering af ældreplejen. I de sidste 15 år er der dog kommet flere private og markedsbaserede leverandører til, som led i forsøg på at effektivisere ældreplejen og for at give brugeren et valg mellem leve-

randører. Udbredelsen af private leverandører findes især i Sverige. I Danmark skal kommunerne sikre, at borgeren har et valg mellem leverandører. Ud over indtoget af private leverandører lægger man i f.eks. Danmark stor vægt på at inddrage frivillige ressourcer, og i især Finland lægger man stor vægt på at understøtte familiens rolle i ældreplejen.

De væsentligste ydelser i den nordiske ældrepleje er plejehjem og hjemmehjælp. Begge ydelser går på tværs af landene og de selvstyrende områder under en række forskellige navne og kan have lidt varierende indhold. Hovedtendensen har dog i en lang årrække været at lægge vægt på at hjælpe de ældre i eget hjem og så vidt muligt udskyde evt. indflytning i et plejehjem. Over tid er det derfor færre ældre, der bor på plejehjem. Der er ikke de store forskelle på tværs af de nordiske lande og selvstyrende områder i andelen af ældre, der bor på plejehjem, og heller ikke væsentlige forskelle når man sammenligner Norden med resten af Europa. Der er til gengæld forskelle i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, som er væsentlig højere i Norden, sammenlignet med andre europæiske lande, og absolut højest i Island, hvor hver femte modtager hjælp i hjemmet. Tallene afspejler dog ikke andre væsentlige tendenser, som at der i dag fortrinsvis gives hjælp til personlig pleje, og at timetallet generelt er blevet mindre. Den nordiske ældreplejemodel er således ikke statisk, men tilpasser sig ændringer i behov og ressourcer, dog med den væsentlige tilføjelse at ydelsesniveauerne er lavere end nogensinde. Det skyldes givetvis, at de ældre netop er blevet mere selvhjulpne over årene, men afspejler også ændrede politiske prioriteringer.

ÆLDREOMSORG I DANMARK

DANMARK

I Danmark er der som i de øvrige nordiske lande en voksende andel af befolkningen, der er 65 år eller derover. Denne befolkningsgruppe udgør i dag 18 % af befolkningen. Som det fremgår af oversigten, er der en overvægt af kvinder, og forskellen øges med stigende alder. Blandt de +90-årige er 30.703 ud af de i alt 41.525 personer kvinder¹.

En stor del af de +65-årige danskere lever et selvstændigt liv uden behov for hjælp. I 2014 var 124.997 danskere over 65 år visiteret til hjemmehjælp efter frit valg².

Hvis ældre borgere i Danmark har behov for hjemmehjælp, ydes dette efter serviceloven. Borgeren kan modtage hjemmehjælp i eget hjem eller i en plejebolig. Formålet med serviceloven er:

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte til at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Formålet med hjælpen er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten. Hjælpen skal bygges på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering

af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

De danske kommuner skal efter servicelovens § 83 tilbyde borgeren:

- 1) Personlig hjælp og pleje
- 2) Hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet
- 3) Madservice

Hjemmehjælp omfatter personlig pleje, praktisk hjælp og madservice. Personlig pleje dækker over hjælp med personlig hygiejne: at få tøj på, at komme ud af sengen, hjælp til at spise osv. Praktisk hjælp dækker over hjælp med rengøring, tøjvask, indkøb osv.

Madservice er et tilbud, som modtageren skal visiteres til af kommunen. Betegnelsen madservice bruges om de ordninger, hvor maden bliver tilberedt udenfor hjemmet, og modtageren enten får den bragt hjem (madservice med udbringning) eller for eksempel spiser den på det lokale ældrecenter (madservice uden udbringning)³.

Tilbuddene gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psy-



Vibeke Høy Worm
souschef, Socialstyrelsen,
Kontor for ældre og
demens, Danmark

1 Danmarks Statistik

2 Danmarks Statistik

3 Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold

Folketal efter alder og køn 2015

	Mænd	Kvinder	I alt
65-69 år	171.947	178.405	350.352
70-74 år	133.188	144.837	278.025
75-79 år	86.315	102.093	188.408
80-84 år	51.739	71.029	122.768
85-89 år	27.340	47.118	74.458
90-94 år	9.416	24.061	33.477
95-99 år	1.715	6.475	8.190
100-104 år	152	836	988
105-109 år	6	38	44
110 år +	0	0	0
<i>Subtotal</i>	481.818	574.892	1.056.710

Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter køn, område, tid, alder og timer pr. uge

2014	Omfang i alt	Under 2 timer	2 - 3,9 timer	4 - 7,9 timer	8 - 11,9 timer	12 - 19,9 timer	Mere end 20 timer
<i>Alder i alt</i>	148.416,3	91.967,5	18.633,1	17.914,4	8.356,5	6.734,8	4.810,1
<i>Under 65 år</i>	23.419,3	15.391,8	2.809,1	2.144,9	975,2	888,7	1.209,6
65-66 år	3.563	2.272,8	419,5	399,3	172,2	146,5	152,8
67-69 år	6.943,9	4.381,5	851,7	790,6	329,9	308,3	281,9
70-74 år	14.249	9.005	1.748,5	1.669,9	722,7	631,1	471,7
75-79 år	20.037,1	13.111,4	2.349,8	2.212,6	981,8	815	566,6
80-84 år	27.428,1	17.887,9	3.303,2	3.174,8	1.389,5	1.062,4	610,4
85-89 år	28.818,8	17.804,3	3.663,8	3.652,4	1766	1273	659,3
90 år og derover	23.957,1	12.112,7	3.487,6	3.869,9	2.019,2	1.609,9	857,8

Kilde: Danmarks Statistik

kisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at disse opgaver i fornødent omfang kan varetages døgnet rundt.

Der er pr. 1. januar 2015 trådt en lovbestemmelse i kraft, som betyder, at det skal vurderes, om borgeren forud for vurderingen af behovet for hjælp har behov for et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a, der vil kunne forbedre

personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp. Kommunalbestyrelsen skal i så fald tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Mia. kr.	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Udgifter i alt</i>	39,8	39,6	38,8	38,6	39,7
<i>Ændring i forhold til året før i procent</i>	4,1	-0,5	-2,1	-0,4	-2,6

Kilde: Danmarks Statistik og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold

Rehabiliteringsforløbet skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

I forbindelse med afslutningen af et rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83⁴.

I det følgende beskrives, hvordan disse indsatser finansieres, organiseres og tilrettelægges i de danske kommuner. Fokus er på servicelovens § 83, eftersom der endnu ikke er en praksis for at tildele § 83 a.

UDGIFTER TIL HJEMMEHJÆLP

Den primære finansieringskilde af den kommunale ældrepleje er de kommunale skatteindtægter. Den resterende del af kommunernes finansiering stammer hovedsagelig fra generelle tilskud fra staten⁵.

Ældreområdet udgør i budgettet for 2014 knap 17 % af de samlede kommunale serviceudgifter.

De samlede udgifter til ældreområdet i kommunerne var i 2013 37,9 mia. kr., som bl.a. gik til plejehjem og plejeboliger, hjemmehjælp, hjælpemidler og forebyggelse.

BETALINGEN FOR HJEMMEHJÆLP

Hjemmehjælp i form af personlig pleje og praktisk hjælp er gratis for borgeren, uanset om man modtager det i eget hjem eller i en plejebolig. Hjælpen er baseret på borgerens vurderede behov. Borgerne kan vælge at tilkøbe ydelser for egne midler i form af ekstra ydelser, som de i en visitation ikke er vurderet til at have behov for. Borgeren kan købe disse ydelser hos en privat leverandør. Såfremt borgeren visiteres til madservice, er dette forbundet med en egenbetaling. Hvis borgeren modtager madservice i eget hjem, må borgeren højst betale 50 kr. (2015) for en hovedret.

De borgere, der bor i plejebolig, skal betale for husleje, lys, vand og andre vanlige udgifter – på samme måde som beboere i lejeboliger. Overstiger udgiften til husleje borgerens indtægt (oftest pensionen), gælder reglerne for boligtilskud fra kommunen på samme vilkår som alle andre borgere i samme situation. Priserne varierer fra kommune til kommune, men der er et prisloft på, hvor meget borgeren skal betale. Hvis borgeren modtager madservice, må borgeren maksimalt opkræves 3.425 kr. pr. måned i betaling for madservice (2015). Kommunen må ikke

4 Lov om Social Service

5 Finansministeriet

opkræve mere i betaling, end det koster at producere maden⁶.

Der er ingen skattefradrag for køb af markedsbaserede ekstra ydelser fra og med 2015⁷.

LEVERANDØRER AF HJEMMEHJÆLP

Det er de danske kommuner, der har ansvar for at tilbyde borgere med behov hjemmehjælp inden for de rammer, som serviceloven stiller. Ifølge servicelovens § 91 har kommunalbestyrelsen pligt til at sørge for, at modtagere af hjemmehjælp efter § 83 i serviceloven kan vælge mellem forskellige leverandører af praktisk og personlig hjælp, herunder private leverandører. Modtagere af hjemmehjælp efter servicelovens § 83 har ret til frit at vælge mellem forskellige leverandører af hjemmehjælp. Efter servicelovens § 93 omfatter reglerne om frit leverandørvalg ikke beboere i plejebolig. Hjemmehjælpsmodtageren kan vælge mellem to eller flere leverandører, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal, jf. servicelovens § 91.

Figuren viser antallet af private og kommunale leverandører, der leverer de forskellige hjemmehjælpsydelser, herunder madservice.

En person, der er berettiget til hjemmehjælp efter servicelovens § 83, har også mulighed for at udpege en person (pårørende) til at udføre opgaverne. Kommunen skal godkende, ansætte og indgå kontrakt med den udpegede person om opgavens omfang og indhold. Det er kommunen, der træffer afgørelse om indhold og omfang af hjælpen, og aftalen med den udpegede person skal være i nøje overensstemmelse med modtageren af hjemmehjælps bevilling. Det er ikke muligt for beboere i plejebolig at udpege en person til selv at udføre opgaverne.

Borgerne, der modtager hjemmehjælp, har mulighed for fleksibel hjemmehjælp. Fleksibel hjemmehjælp betyder, at man har ret til at bytte ydelser. Ifølge servicelovens § 94 a har modtagere af personlig og praktisk hjælp nemlig ret til at vælge at få udført en helt eller delvist anden hjælp end den, der er truffet afgørelse om.

Fordelingen af leverandører af hjemmehjælpsydelser i landets kommuner

	Antal leverandører	Private Leverandører	Kommunale leverandører
<i>Madservice med udbringning</i>	100	45	56
<i>Madservice uden udbringning til hjemmet</i>	53	10	43
<i>Personlig pleje i hverdagstimerne</i>	233	144	90
<i>Personlig pleje på øvrige tider</i>	222	139	84
<i>Praktisk hjælp</i>	449	364	88
<i>Særskilt ydelse</i>	106	88	18

Tal fra frivalgsdatabasen.dk 2014. Uoverensstemmelser i talværdier skyldes fejl i indberetningerne

6 Borger.dk

7 Skatteministeriet

Der er ingen lovgivning, som beskriver de frivilliges rolle i forbindelse med hjemmehjælpen, men den danske regering har haft nedsat henholdsvis en hjemmehjælpskommission og en ældrekommission, der begge peger på, at det er vigtigt, at der både nationalt og kommunalt fortsat arbejdes for at skabe gode rammer for den frivillige sociale indsats på området⁸.

KOMMUNEN FASTSÆTTER SERVICE-NIVEAUET FOR HJEMMEHJÆLPEN

Det er de danske kommuner, der har ansvar for at tilbyde hjemmehjælp inden for servicelovens rammer. Desuden tilbyder kommunerne forskellige ydelser under sundhedsloven. Kommunerne fastsætter selv deres serviceniveau, men det sker inden for de rammer, som de to lovgivninger udstikker.

Kommunen bedømmer behovene for hjælp og visiterer til denne hjælp. Hver af de 98 kom-

muner har et politisk vedtaget serviceniveau, en kvalitetsstandard, som er udgangspunktet for tildeling af hjemmehjælpen. Det er den enkelte kommune, der fastlægger serviceniveauet for personlig og praktisk hjælp i kommunen. Serviceniveauet er således en kommunalpolitisk beslutning. Kommunen skal mindst en gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk hjælp samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel information til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig pleje og/eller praktisk hjælp⁹.

BEHOVET FOR HJEMMEHJÆLP

Gennemsnitsalderen for, hvornår borgerne i 2013 første gang modtog hjælp efter servicelovens § 83, var ca. 80 år. Det gennemsnitlige antal leverede hjemmehjælps-timer pr. uge var 2,2 timer pr. hjemmehjælpsmodtager¹⁰.

Antal modtagere af varig hjemmehjælp fordelt efter type af hjælp, 2009-2013

Type af hjælp	2009	i %	2010	i %	2011	i %	2012	i %	2013	i %
<i>Kun personlig pleje</i>	18.325	10,1	18.301	10,3	17.758	10,9	18.200	11,8	19.054	13,0
<i>Kun praktisk hjælp</i>	90.181	49,5	86.702	49,0	75.460	46,4	70.300	45,6	65.795	44,8
<i>Både personlig pleje og praktisk hjælp</i>	73.759	40,5	71.914	40,6	69.550	42,7	65.765	42,6	62.014	42,2
<i>I alt</i>	182.265	100,0	176.917	100,0	162.768	100,0	154.265	100,0	146.863	100,0

Kilde: Danmarks Statistik

⁸ Livskvalitet og selvbestemmelse, ældrekommissionsrapporten 2012

Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats, hjemmehjælpskommissionsrapporten 2013

⁹ Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold

¹⁰ Danmarks Statistik

Antal modtagere af varig hjemmehjælp, antal visiterede timer pr. uge samt gennemsnitligt antal timer pr. modtager, 2009-2013

Type af hjælp	2009	2010	2011	2012	2013	Ændring 2009-13
<i>Modtagere</i>	182.265	176.917	162.800	154.600	146.900	-35.365
<i>Timer pr. uge</i>	668.108	656.142	513.000	482.500	477.900	-190.208
<i>Timer pr. modtager</i>	3,7	3,7	3,2	3,1	3,2	-0,5
<i>I alt</i>	182.265	100,0	176.917	100,0	162.768	100,0

Fordelingen mellem, hvor mange der modtager enten personlig eller praktisk hjælp, fremgår af følgende tabel.

BORGERE I PLEJEBOLIG

Kommunen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til længerevarende ophold, til de ældre, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Borgere, der af deres bopælskommune er visiteret til fx en plejebolig, kan frit vælge imellem de plejeboliger, der indgår i bopælskommunens boligtilbud. Dette gælder, uanset om plejeboligen er ejet af kommunen, en almen boligorganisation eller en selvejende institution.

Der er en plejeboligaranti for alle ældre, der har behov for en plejebolig. Hensigten med plejeboligarantien er at sikre, at ældre, der har behov for en plejebolig, hvor kommunalbestyrelsen ikke umiddelbart kan tilbyde en sådan bolig, får tilbudt boligen senest to måneder efter optagelse på en generel venteliste¹¹. Der

er ingen regler om plejeboligens størrelse. Størrelsen på størstedelen af plejeboligerne er på 65 kvm brutto og ca. 44 kvm netto. Ældrekommission vægter i deres anbefalinger følgende fem grundlæggende værdier: Indflydelse på eget liv, respekt for forskellighed, medmenneskelighed i fokus, gode oplevelser i hverdagen og en værdig afslutning på livet¹².

MULIGHED FOR FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

Alle borgere, som bor i kommunen, skal tilbydes mindst et forebyggende hjemmebesøg inden for en 12-måneders periode efter, at de er fyldt 75 år. Kommunen kan vælge at undtage borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp. Et forebyggende hjemmebesøg er et uopfordret, men ikke uanmeldt, besøg i eget hjem. Formålet er at drøfte den pågældende borgers aktuelle livssituation. Hjemmebesøgene skal altså hjælpe de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt.

Tilbuddet om hjemmebesøg giver kommunerne mulighed for at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder.

¹¹ By og Boligministeriet

Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats, hjemmehjælpskommissionsrapporten 2013

¹² Livskvalitet og selvbestemmelse, ældrekommissionsrapporten 2012

Det giver også mulighed for at oplyse om hjælpeforanstaltninger, som kan forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet. Hjemmebesøgene skal bidrage til at støtte de ældres evne til at sørge for sig selv. Formålet er ligeledes at styrke de ældres muligheder for at øge deres sociale netværk¹³.

LØBENDE MÅLINGER AF BRUGERTILFREDSHEDEN

Den danske regering og Kommunernes Landsforening anbefaler kommunerne hvert andet år at offentliggøre sammenlignelige oplysninger om den brugeroplevede kvalitet blandt brugere der modtager hjemmehjælp.

Der er udarbejdet et koncept for disse undersøgelser. Konceptet omfatter spørge-ske-maer til måling af brugertilfredsheden. De indeholder faste og valgfrie spørgsmål, men der er også mulighed for at tilføje lokale spørgsmål i den enkelte kommune.

I datavarehuset "Tilfredshedsportalen" kan kommunerne uploade resultaterne af deres undersøgelser. Det giver kommunerne mulighed for at sammenligne brugertilfredsheden på tværs af kommuner. Sammenlignelighed skaber bl.a. mulighed for at identificere kommuner, der gør det særligt godt, og som andre med fordel kan lære af.

MULIGHEDEN FOR AT KLAGE OVER HJEMMEHJÆLPEN

Hvis man som borger ikke er tilfreds med afgørelsen om den tildelte hjælp, kan man klage over den kommunale afgørelse til Ankestyrelsen. Klagen vil i første omgang blive revurderet i

den kommune, som har truffet afgørelsen. Hvis kommunen fastholder afgørelsen, sendes den videre til Ankestyrelsen, som vil foretage den endelige afgørelse.

Hvis klagen handler om selve sagsbehandlingen eller personalets optræden, kan man klage til kommunens ledelse og/eller borgmesteren. Endvidere kan man bede Ældrerådet i kommunen om at se på sagen og evt. være behjælpelig i forhold til klagen.

Dette skal ses som borgerens ret til at få sin sag behandlet af en anden instans end den, som har foretaget afgørelsen, og det skal dermed sikre borgerens retssikkerhed¹⁴.

UDANNELSESBAKGRUNDEN BLANDT MEDARBEJDERNE I HJEMMEPLEJEN

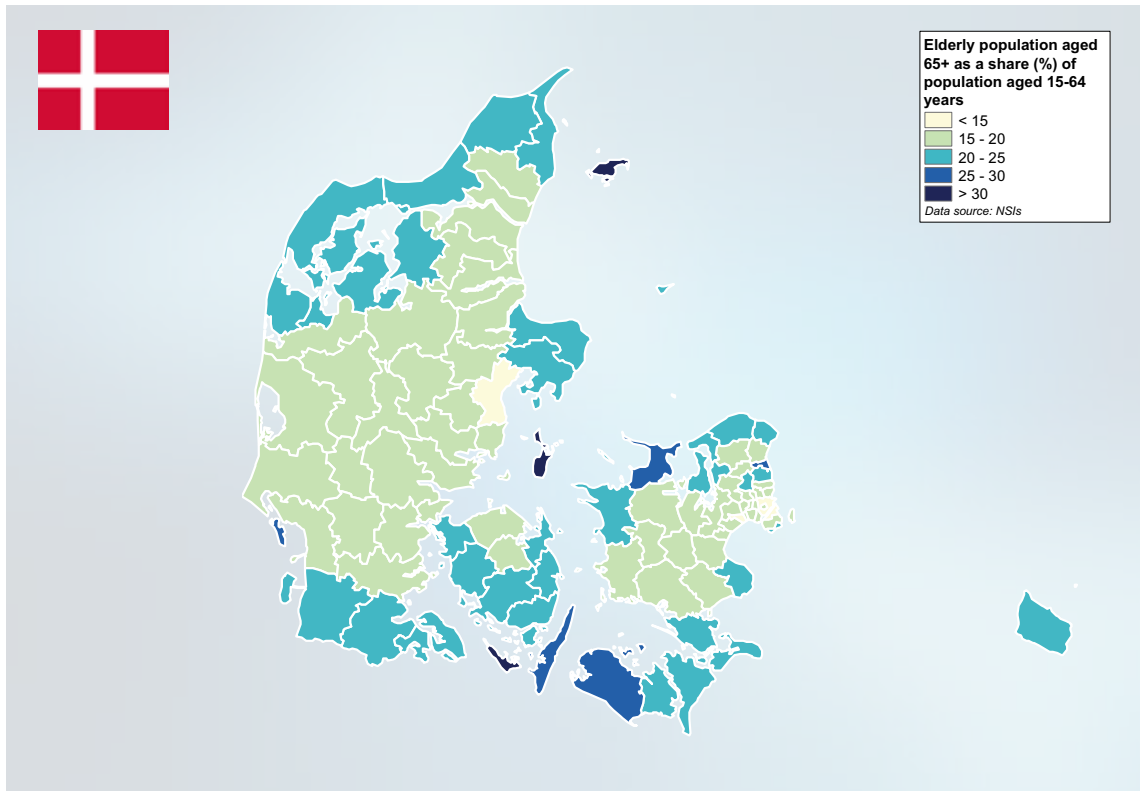
Det tager 1 år og 11 måneder at blive uddannet social- og sundhedshjælper. Hvis man vil være social- og sundhedsassistent, skal man yderligere gennemføre 1 år og 11 måneders uddannelse. Det tager dermed godt tre år at uddanne sig til social- og sundhedsassistent.

I dag er ca. 35.000 social- og sundhedsassistenter ansat i landets regioner og kommuner, og der er tilsvarende ca. 40.000 social- og sundhedshjælpere. Der er i dag 11.725 ansatte i hjemmeplejen, som ingen formel uddannelse har.

13 Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold

14 Ankestyrelsen

DANMARK



ÆLDREPLEJEN PÅ FÆRØERNE

FÆRØERNE

Følgende gælder for ydelserne i hjemmeplejen og plejebolig/plejehjem, men ikke for ydelsen i hjemmesygepleje, der ikke behandles i denne rapport.

Den 1. januar 2015 gik ældreplejen/omsorgen fra at være et landsanliggende til at være kommunalt ansvarsområde.

Siden foråret 2012 har en decentraliseringsproces været i gang på Færøerne, som er udmundet i en ny lov om hjemmeservice, ældrepleje m.m.¹, en ny lov om kommunale samarbejdsområder vedrørende hjemmeservice, ældrepleje m.m.² og lov om overdragelse af personaleforhold.³ Endvidere er der sat nye bekendtgørelser i kraft, der regulerer området kommunalt. Pr. dags dato findes der en bekendtgørelse om hjemmeservice og betaling for hjemmeservice⁴ og en bekendtgørelse om plejegotdgørelse (ansingarsamsýning)⁵. Disse bekendtgørelser skal revideres i løbet af 2015. I nærmeste fremtid kommer en bekendtgørelse om tilsyn og en bekendtgørelse om nærmere regler om godkendelse og betingelser i forbindelse med køb og salg af tjenester fra henholdsvis andre kommunale samarbejdsområder, private eller interesseforeninger.



Jonas Tor Næs

Fuldmægtig, Almanna-málaráðið/Ministeriet for sociale anliggender, Færøerne

I mange år har ansvarsfordelingen på ældreområdet været delt. Hjemmelen til at tage afgørelser og ansvaret for de økonomiske forhold har i flere henseender været delt mellem kommune og land. Ønsket om at samle bestemmelsesretten og det økonomiske ansvar hos samme myndighed og dermed opnå større gennemsigtighed har – sammen med ønsket om at placere opgaven så tæt på borgeren som muligt – været hovedårsagen til udlægningen af ældreplejen fra landet til kommunerne.

I loven om kommunale samarbejdsområder vedrørende hjemmeservice, ældrepleje m.m. er der et krav om, at et kommunalt samarbejdsområde skal have mindst 3.000 borgere og områderne skal være sammenhængende både geografisk og samfærdselsmæssigt. Begrundelsen for, at et kommunalt samarbejdsområde skal indeholde mindst 3.000 borgere, er, at det er nødvendigt med et forholdsvis højt mindstekrav til befolkningsmæssig størrelse af området, for at de samarbejdende kommuner kan opretholde et tilfredsstillende antal tilbud til ældre borgere. Der er 30 kom-

1 <http://logir.fo/Logtingslog/19-fra-07-04-2014-um-heimataenastu-eldrarokt-vm>

2 <http://logir.fo/Logtingslog/20-fra-07-04-2014-um-kommunalt-samstarv-um-heimataenastu-eldrarokt-vm>

3 <http://logir.fo/Logtingslog/31-fra-14-04-2014-um-um-avis-starvsfolkavidurskifti-ta-heimataenastan-eldraroktin-vm-verdur-logd-til>

4 Kunngerð nr. 126 frá 17. desember 2014 um heimataenastu og gjald fyri heimataenastu, eldrarøkt o.a.

5 Kunngerð nr. 127 frá 17. Desember 2014 um samsýning fyri ansing av eldri og óhjálpmum persónum

muner på Færøerne dags dato, og der er syv kommunale samarbejdsområder og en selvstændig kommune, der har ansvaret for hjemmeservice, ældrepleje m.m. I processen ved udlægningen har kommunerne lavet samarbejdsaftaler om, hvordan de i fællesskab vil forvalte hjemmetjeneste, ældrepleje m.m.:

- Tórshavnar kommuna
- Norðoyar Bú- og Heimatænasta
- Heimatænastan í Eysturkommunu og Fuglafjarðar kommunu
- Økistænastan hjá Skálafjarðarsamstarvinum
- Heimatænastan í V.E.K.S
- Heimatænastan í Vágum
- Økistænastan í Sandoyar Sýslu
- Bú- og Heimatænastan í Suðuroy

Samarbejdsområdet på Sandoy har ikke over 3.000 indbyggere og er undtaget kravet om mindst 3.000 indbyggere.

Rapporten er præget af, at ældreplejen på Færøerne har været igennem en reform med decentralisering af hjemmeservice, ældrepleje m.m.

KVALITETSMÅL OG -KRAV

I 2012 blev der på Færøerne vedtaget en national politik på ældreområdet⁶, som er fundamentet for loven om hjemmeservice og ældrepleje m.m. Visionen med denne politik er,

- at have de nødvendige rammer, som er med til at støtte de ældre borgere på Færøerne således, at disse fortsat kan leve et godt og sikkert liv,
- at de borgere, som har brug for hjælp, får service af god kvalitet, som tager hensyn til selvbestemmelse og værdighed,

- at støtte den enkelte borger i at være hjemme hos sig selv så længe som vedkommende ønsker eller har mulighed for det, og
- at bygge broer mellem unge og ældre, og dermed styrke sammenholdet mellem den yngre og den ældre generation.

Formålet med politikken er at give et bud på, hvordan nogle af de udfordringer, som ældreområdet står overfor, håndteres bedst. De kommunale samarbejdsområder har med udgangspunkt i ældrepolitikken og i loven om hjemmeservice, ældrepleje m.m. mulighed for at udarbejde deres egen politik på området.

Loven om hjemmeservice og ældrepleje er en rammelov, der indeholder de krav, der skal opfyldes i forhold til tilbuddet til borgeren.

Formålet med den nye lov om hjemmeservice, ældrepleje m.m. er at give borgere, der i lovens forstand har brug for hjælp, en koordineret helhedsservice. Denne service skal forebygge sygdom, understøtte borgerens psykiske og legemlige sundhed og trivsel, hjælpe borgeren med at genvinde mistede færdigheder, understøtte borgerens mulighed til at være selvhjulpent, yde pleje og omsorg og sikre borgerens selvbestemmelsesret. Ydelsen skal udmøntes i samarbejde med borgeren, og familien skal mest muligt inddrages.

Det er som tidligere nævnt kommunerne/kommunale samarbejdsområder, der har ansvaret for ældreplejen fra 1. januar 2015, og § 3 i loven fastsætter, at kommunerne skal sikre, at borgere, som har brug for personlig hjælp, pleje eller støtte i henhold til lovgivningen, får den nødvendige hjælp.

6 <http://www.amr.fo/media/1927/12-00207-55-eldrapolitikkur.pdf>

Alle afgørelser vedrørende tilbud eller service i lovens forstand skal være begrundede i faglige vurderinger, og ydelsen skal i størst muligt omfang svare til den konkrete borgers behov.

BEHOVSVURDERING OG HJEMMEHJÆLP

I forbindelse med myndighedsoverdragelsen af ældreplejen har de fleste samarbejdsområder overtaget landets behovsvurderingsværktøj.

Behovsvurderingsværktøjet er udviklet på Færøerne af fagfolk inden for området på Færøerne. Dog er selve det faglige system inspireret af det danske såkaldte ”Fælles sprog” og ”God sagsbehandling på ældreområdet, metodehåndbog”, som Socialministeriet og kommunerne i Danmark har lavet i fællesskab. Systemet er en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp. Formålet med kvalitetsstandarden er:

- 1) at informere borgeren om de ydelser, de kan forvente at få fra hjemmeplejen, hvis de får behov for personlig eller praktisk hjælp og
- 2) at sikre sammenhæng mellem beslutningen om serviceniveau, ledelsesbeslutninger og de faktiske ydelser borgeren får.

Behovsvurderingsværktøjet er et IT-registreringssystem, der kaldes 3V-systemet eller VVV-systemet, der står for Visitation, Virksemi (aktivitet) og Vitan (viden). I hovedtræk kan man sige, at med visitation mener man den indledende sagsbehandling og vurderingen af, hvorvidt den konkrete borger har behov for hjemmepleje. Med virksemi menes den daglige drift for de borgere, der har fået bevilliget tjenesteydelser. Vitan står for et overblik over de borgere og de tjenesteydelser, som bliver tilbudt borgere.

Selve behovsvurderingen foretages af en visitator, der fagligt afgør, hvad borgeren har behov

for af ydelser. Dette forelægges ledelsen, der er økonomiansvarlig, og ydelsen bliver prioriteret, fastlagt og forelagt borgeren efter, hvad der er økonomisk muligt, når det drejer sig om hjemmehjælp. Med denne fremgangsmåde sikres, at der altid foreligger en faglig behovsvurdering, der er adskilt fra den økonomiske ramme. Fordelen er, at der altid foreligger information om, hvorvidt det inden for de udstukne rammer er muligt at yde borgeren den hjælp, han faktisk har behov for. Dette sikres i registreringen således, at både den faglige vurdering og den faktiske ydelse bliver registreret. Systemet viser den forskel, der eventuelt måtte opstå og er en betydningsfuld ledelsesinformation samt en oplysning til det politiske system om serviceniveauet i forhold til de udstukne økonomiske rammer og mål. Den faktiske ydelse bliver registreret via kvitteringssystemet i VVV-systemet.

Er der tale om plejehjemsplads/aflastning/dagtilbud, bliver der også foretaget faglig visitation og borgeren bliver sat på en venteliste, der bliver behandlet regelmæssigt af et optagelsesnævn.

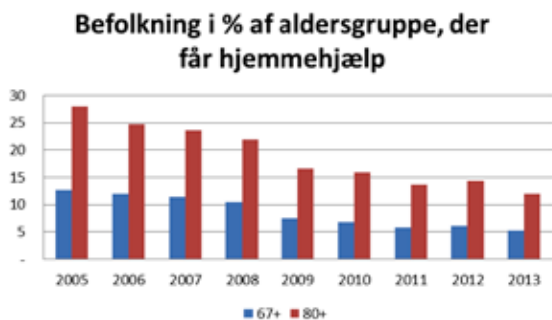
I henhold til loven skal borgeren med det største behov altid have hjælpen først.

Ydelsen bliver fastlagt efter,

1. hvad borgerne kan selv,
2. om der er andre boende i hjemmet, der kan hjælpe til, og
3. om der er andre pårørende, som kan hjælpe til.

Al hjælp bliver fastlagt i samarbejde med borgeren, der også får en samarbejdsdagbog, hvor alle afvigelser i forhold til samarbejdsaftalen bliver dokumenteret.

Sammen med den plejefaglige visitation bliver der visiteret indenfor ergo/fysioterapi.



Kilde: Hagstova Føroya (Færøernes statistikbureau)

Diagrammet viser antallet af personer i respektive aldersgrupper, der har modtaget en form for hjemmehjælp. Siden 2010 er 3V-systemet anvendt. Tidligere har et andet registrerings-system været anvendt. Årsagen til faldet i antal personer der modtager støtte, findes i bortfald af ydelser, der blev ydet i hjemmene, særligt i perioden 2005-2009. Nedgangen kan således delvis forklares ved en reduktion i den praktiske hjemmehjælp. I denne sammenhæng er det også værd at nævne, at der i perioden 2005-2013 er kommet omkring 200 flere pladser på bofællesskaber og plejehjem.

REGULERING OG KVALITETSREGLEMENTER

På Færøerne har man haft rammestyring således, at det er kronebevillingen, der afgør muligheden for antal personale m.v. Normeringer har derfor ikke været et gældende værktøj i mange år. Hver enkelt arbejdsplads ansætter antallet af medarbejdere inden for budgettet og sammen sætter de faglige kvalifikationer i henhold til opgaveløsningen.

Budgetgrundlaget er dog i udgangspunktet sat ud fra en vurdering af behovet for antal medarbejdere og deres kvalifikationer.

Som noget nyt er der i loven om hjemmepleje og ældreomsorg m.m. sat krav til det faglige niveau hos personalet, der skal behovsvurdere/visitere til ydelserne. Der er i anmærkningerne til loven stillet krav om, at visitationen skal udføres af sundhedsfagligt personale med mellemlang uddannelse, så som sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter m.m.

ÆLDREBOLIGER

Med hensyn til boligstandarder findes der ikke inden for ældreplejen/omsorgen generelle standarder fastlagt i lovgivningen m.h.t. størrelsen af boliger. Der findes dog lovgivning om generelle bygningsreglementer, der også er gældende for dette område. I forbindelse med hver enkelt anlægslov har der de seneste år været sat rammer for størrelsesordenen.

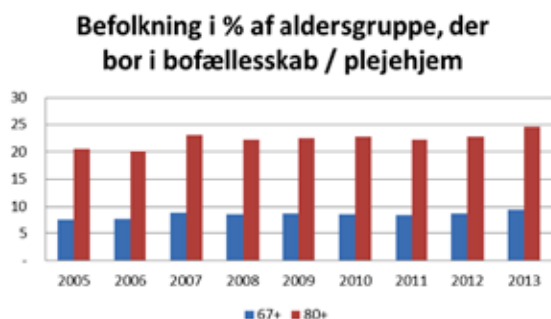
Boligmarkedet på Færøerne har altid været karakteriseret ved udpræget selveje, og en meget lille andel leje. Andelsbegrebet har stort set været ukendt, og er først i de senere år kommet ind i boligpolitikken.

Den typiske boligform til ældre borgere er derfor, udover egen bolig, bofællesskab og pleje- eller alderdomshjem. Bofællesskaber har typisk været etableret i større selvejerboliger købt eller lejet af kommunen til formålet. Derimod har pleje- og alderdomshjem været opført af landsmyndighederne eller med økonomiske tilskud fra staten til kommunerne. Ældre plejehjem har også været etableret som selvejerinstitutioner. En redegørelse fra 2010⁷ vedrørende folkepen-

⁷ <http://www.amr.fo/media/1371/kanning-av-livikorum-hj%C3%A1-f%C3%B3lkapensj%C3%B3nistum.pdf>

sionisters levevilkår viser bl.a., at befolkningen på Færøerne har en stærk tradition for at bo i eget hus størstedelen af livet og at husstandene er små. Redegørelsen viser endvidere, at der er få alternative boformer for ældre folk, der ikke har behov for plejehjem.

I statistikken over boliger til ældre indgår kun to typer: bofællesskaber og pleje- eller alderdomshjem, her kun benævnt plejehjem.



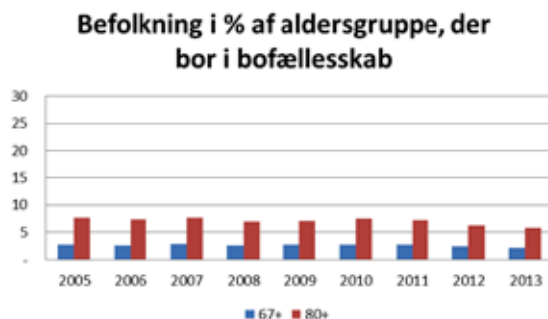
Kilde: Hagstova Føroya

Diagrammet viser de samlede aldersgruppers andel af personer, der bor på enten plejehjem eller i bofællesskab.

Hensigten med de to forskellige boligformer har i udgangspunktet været at give bofællesskabspladser til mere selvhjulpne ældre og plejehjemspladser til ældre med større plejebehov. Imidlertid har det i praksis vist sig vanskeligt at prioritere denne skelnen på grund af ventelister og borgernes behov, og derfor har der ikke været så klar skelnen mellem hvilken type borgere, der fik plads på plejehjem eller i bofællesskab.

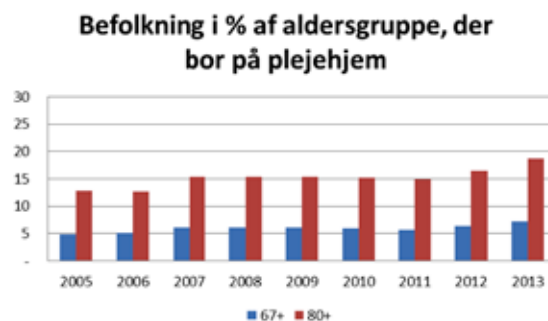
Indsatsen har også været fokuseret mod opførelse af flere plejehjem og nedlæggelse af enkelte bofællesskaber for at øge kapaciteten og nedbringe ventelister for de ældste borgere.

Dette illustreres blandt andet af udviklingen i andele af befolkningen i respektive grupper, som bor i bofællesskab, der har været jævn i gennem perioden 2005-2013, med en faldende tendens som følge af nedlagte bofællesskaber, hvilket følgende diagram viser.



Kilde: Hagstova Føroya

Den modsvarende stigende effekt gør sig gældende for antallet af pladser på plejehjem, som diagrammet herunder viser.



Kilde: Hagstova Føroya

Samlet set er der tale om, at der i perioden 2005-2013 er kommet omkring 200 flere pladser på bofællesskaber og plejehjem. Antallet af nyopførte plejehjem siden 2012 har medført den største vækst i antallet af pladser.

KONTROL OG TILSYN

Sundhedsstyrelsen i Danmark udfører gennem Embedslægen for Færøerne sundhedsfagligt tilsyn på ældreområdet.

Før decentraliseringen af hjemmeservice, ældreplejen m.m. fandtes der ikke nogen anden tilsynsmyndighed end embedslægens sundhedsfaglige tilsyn. Ud fra den nye lovgivning har kommunerne selv ansvaret for at føre tilsyn med boliger, service og tilbud i henhold til loven om hjemmeservice, ældrepleje m.m., jf. lovens § 19. Ministeren på området kan lave nærmere regler vedrørende tilsynet. I løbet af 2015 vil en bekendtgørelse vedrørende tilsyn blive lavet. I de generelle bemærkninger til loven om hjemmeservice, ældrepleje m.m. står der, at tillid er et bedre udgangspunkt end tilsyns kontrol, og der bliver vurderet, at den faglige kompetence på området og det faktum, at kommunerne har overtaget ansvaret for kommunens egne ældre borgere, forhåbentligt fører til, at der ikke bliver et så stort behov for tilsynsmyndigheden. Færøerne er så lille et land, at der ikke er lang vej fra den enkelte borger til myndighederne og fra borgeren til journalisterne. Dette kan anses for at være et uformelt tilsyn, som sammen med det formelle tilsyn kan have indflydelse på myndighederne, således at disse holder sig til lovgivningen.

I loven bliver der stillet krav til borgerinddragelse, når der skal ske væsentlige ændringer på området. Dermed gives borgeren en mulighed for at gøre sin indflydelse gældende. Ligeledes skal kommunerne offentligt informere om tilbud m.m. Derudover er der i loven et krav om, at kommunerne skal indsamle statistik på området, der skal kunne leveres til andre offentlige instanser m.m. Kommunelæger og medarbejdere inden for ældreområdet har også pligt til

at informere rette kommune/kommunalt samarbejde, hvis de i deres arbejde bliver bekendt med, at en borger har brug for personlig hjælp, pleje eller støtte.

Klagemulighed

Afgørelser om ydelser i henhold til loven kan påklages til Klagenævnet for Social- og Sundhedsanliggender. Der skal klages inden fire uger efter, at klageren har modtaget en skriftlig afgørelse.

Belønning og sanktioner

Der findes ikke formaliserede belønnings- eller sanktionssystemer på Færøerne. Et lovforslag om, at kommunerne skal betale for unødigt ophold på sygehusene, er i Lagtinget i øjeblikket.

KVALITETSSTYRING OG MÅLING I ORGANISATIONEN

Eftersom borgeren på Færøerne som hovedregel skal betale for hjemmehjælp, bliver der registreret og kvitteret for tidsforbruget hos hjemmeboende borgere. Dette danner baggrund for den regning, der efterfølgende sendes til borgeren.

SAMARBEJDE OG INTEGRATION

Samarbejdsaftale mellem sundhedsvæsenet herunder Landssygehuset, Klaksvig sygehus og samarbejdsområderne/kommunerne er blevet udarbejdet.

Samarbejdsaftalen er en rammeaftale, som overordnet set skal sikre samarbejde og koordinering mellem myndigheder inden for forskellige grænseflader. Formålet med samarbejdsaftalen er at forbedre det samlede borger/patientforløb således, at der foregår et tværsektorielt samarbejde mellem sygehus, Socialforvaltningen (Almannaverkið) og de kommunale samarbejds-

områder. Dette skal medføre, at borgeren får en sammenhængende service. Samarbejdsaftalen indeholder f.eks. en række punkter, der sikrer patienterne en problemfri overgang mellem indlæggelse på sygehus og udskrivning med ydelser fra hjemmeservice/ældreplejen. Aftalen indeholder også en formalisering af samarbejdet med regelmæssige netværksmøder mellem parterne. Dette for at sikre implementeringen og for at styrke forståelsen og samarbejdet mellem sektorerne og dermed højne niveauet for servicen til borgeren.

I øjeblikket er ministeriet for sociale anliggender (Almannamálaráðið) sammen med kommunerne i gang med at udarbejde en vejledning til de institutionelle grænser mellem socialvæsenet og samarbejdsområderne, hvor der regelmæssigt er tale om borgere, der får ydelser fra både kommunerne og landet samtidigt. Det er ved bekendtgørelse pålagt myndighederne at sikre borgeren en helhedstjeneste, og det er specificeret, hvem der i hvert enkelt tilfælde har ansvaret for at sikre helhedsydelsen. Også her er der pålagt samarbejdsfora med regelmæssige netværksmøder.

Der bliver også arbejdet med at lave en vejledning i samarbejdet mellem distriktspsykiatri og samarbejdsområderne.

I henhold til loven skal der nedsættes et udvalg til at udrede og tage afgørelser i sager, hvor der opstår uenighed eller tvivl om ansvarsområderne.

ANDEN BISTAND OG SERVICE TIL ÆLDRE

Den færøske pensionslovgivning gør det muligt for ældre pensionister at oppebære tillæggydelser i tilfælde, hvor de har behov for særlig hjælp og pleje. Typisk vil der være tale om de pensionister, der på grund af forskellige former

for svækkelse har fået tilkendt førtidspension. Ældre hjemmeboende pensionister er i udgangspunktet fortsat berettiget til at modtage de nævnte ydelser ved overgang til folkepensionen. Der er tale om assistancetillæg (hjálparviðbót) og plejetillæg (røktarviðbót).

Begge tillæggydelser er skattefrie og beregnet til at betale for personlig assistance og pleje.

Antallet af folkepensionister, der modtager assistancetillægget, har ligget nogenlunde stabilt omkring 20 % af samtlige modtagere i perioden 2003-2013. I 2013 svarede det til 0,3 % af aldersgruppen 67 år og ældre. Tilsvarende er der næsten ingen modtagere af plejetillægget i samme aldersgruppe.

Dette kan skyldes, at behovet for hjælp til at passe ældre og plejekrævende personer i hjemmet hidtil har været ydet som godtgørelse til de personer, der har påtaget sig pasningsopgaven.

Der er her tale om en ordning vedrørende plejegendtgørelse (ansingarsamsýning), der indebærer, at nærtstående eller pårørende kan påtage sig forpligtelsen at være omkring en ældre person, 67 år og ældre, der har behov for stabilt tilsyn og pleje. Det er en skattepligtig ydelse, svarende til mellemste førtidspension uden tillæg, og ordningen kræver, at vedkommende ikke påtager sig mere end 20 ugentlige arbejdstimer uden for hjemmet.

Registrering af plejegendtgørelsen følger ikke den plejekrævende person, men derimod omsorgspersonen.

Ordningen afspejler nogle karakteristiske træk ved kønsfordelingen af omsorgspersonerne. I perioden 2003-2013 udgør andelen af kvin-

(mio. Kr.)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Institutioner m.v.	168	178	188	217	223	245	209	212	203	196
Hjælp til dagliglivsfunktioner	87	92	95	94	97	102	106	109	129	133
Øvrigt	15	18	20	20	21	24	23	25	25	22
Samlet	270	288	302	331	340	370	337	347	358	350

Kilde: *Almannamálaráðið, udgiftsbidrag til NOSOSKO*

delige omsorgspersoner mere end 80% af det samlede antal hvert år. Antallet af personer, der modtager godtgørelsen for at passe en ældre person i hjemmet, udgør hvert år ca. 0,5% af befolkningen over 18 år.

Hvis en folkepensionist får tilknyttet en omsorgsperson, bortfalder eventuelle pleje- og assistancetillæg. I forbindelse med myndigheds-overdragelsen af ældreplejen den 1. januar 2015 har kommunerne også overtaget ordningen vedrørende plejegendtgørelsen. Kommunerne kan selv vælge, om de vil gøre brug af plejegendtgørelsen, eller om de tilbyder borgeren anden tjeneste, som kan dække borgerens behov.

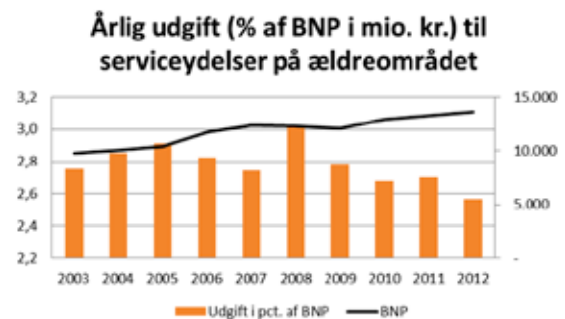
FINANSIERING AF ÆLDREOMSorgen

Indtil 2015 har finansieringen af ældreplejen på Færøerne hovedsageligt været en skattefinansieret landsopgave. Undtagelsen har været blandt andet inden for hjemmepleje og finansiering af bofællesskaber og enkelte nyere plejehjem, der har været delvist finansieret af beliggenhedskommunen.

Der har tillige været en udbredt brugerbetaling for særligt hjemmepleje og bofællesskaber og siden 2010 også husleje og visse tjenester på plejehjem.

Den samlede opgørelse viser derfor nettoresultatet for udgifter til ældreplejen, inkl. lands- og kommunal finansiering samt brugerbetaling.

Mens udgiften til institutioner vedrører pleje- og alderdomshjem samt bofællesskaber, udgør udgiften til hjælp til dagliglivsfunktioner alene hjemmehjælp (kaldet heimatænastan). Til de øvrige udgifter hører blandt andet omsorgsarbejde og terapi samt kommunale ældretilbud m.v.



Kilde: *Almannamálaráðið og Hagstova Føroya*

Den årlige udgift til ældreområdet udgør i perioden 2003-2012 i gennemsnit 2,78% af BNP og har ligget nogenlunde stabilt gennem alle årene. Dog har der siden toppunktet i 2008 været en faldende tendens, som blandt andet kan forklares ved en række indgreb, herunder indførelse af huslejebetaling og betaling for visse serviceydelser på plejehjem og i bofællesskaber i 2010. I perioden er BNP øget fra 9,8 mia. kr. i 2003 til 13,7 mia. kr. i 2012.

Indtil 2010 medførte ophold på plejehjem, at personlig pleje og behov i stort omfang indgik i driften. Pensionisten fik ved indflytning på pleje-

og alderdomshjem erstattet sin folkepensionsydelse med en nedsat pensionsydelse, der blot udgjorde omkring 1/8 af folkepensionen.

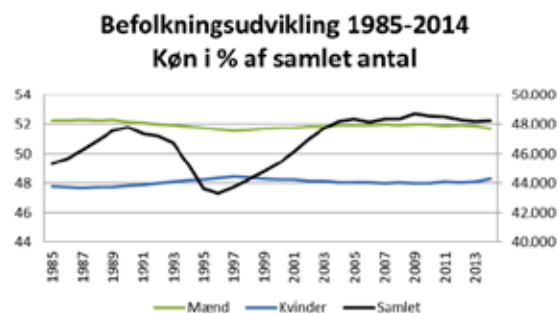
Ophold i bofællesskab medførte bibeholdelse af folkepensionsydelsen mod betaling af husleje og tjenesteydelser (hjemmehjælp) efter et fastsat timetal og en egenbetaling, der blev reguleret af indkomsten ud over folkepensionen.

Ved regelændringen, der blev indført i 2010, øgedes egenbetalingen til hjemmehjælp, og man indførte betaling for husleje og tjenester på plejehjemmene mod at pensionisterne fortsatte med at modtage deres folkepension i stedet for den tidligere nedsatte pensionsydelse.

BEFOLKNINGSSAMMENSÆTNING

Det færøske samfund har, som øvrige nordiske lande, en demografisk udvikling, der peger i retning af, at vi bliver flere og flere ældre.

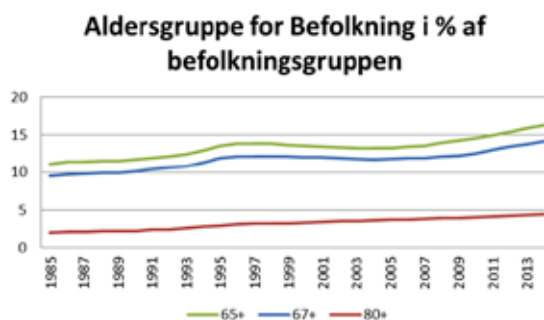
Særligt for Færøerne er imidlertid gældende, at samfundet i halvfemserne har været påvirket af økonomisk krise og deraf følgende fraflytning, i en sådan grad at dette isoleret set har påvirket alderssammensætningen i samfundet.



Kilde: Hagstova Føroya

Diagrammet viser det samlede befolkningstal i perioden 1985-2014. Det observeres, at der i årene 1989-1996 forekommer en nedgang i folketallet på knap 4.000 individer. En udvikling der i årene efter er vendt til det nuværende og mere stabile niveau omkring 48.500 personer.

Diagrammet viser også, at befolkningens kønmæssige sammensætning har været næsten ens i hele perioden. Forskellen udgøres næsten konstant af et underskud på 2.000 kvinder i forhold til mænd i alle generationer.



Kilde: Hagstova Føroya

For begge køn i de ældre aldersgrupper er gældende, at andelen af den samlede befolkning er vokset gennem hele perioden. Den kraftigere stigning i perioden indtil 1996 underbygger, at fraflytningen blev udgjort af de yngre generationer i de år, det stod på.

Kurvernes stigning illustrerer for denne periode, at hver enkelt generation kan forvente at leve længere end den foregående. Den kraftige stigning i antallet af 65+ og 67+ aldersgrupperne i 2008 og frem skyldes imidlertid også krigsgenerationerne, der i nævnte år opnår pensionsalderen på 67 år på Færøerne.

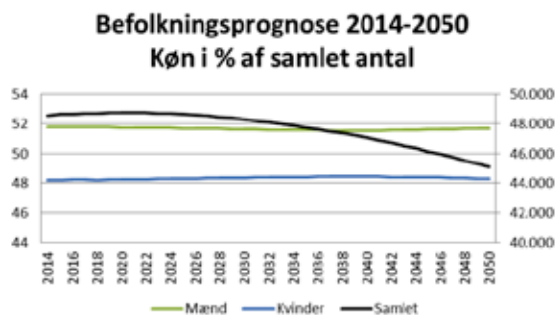


Kilde: Hagstova Føroya

En stokastisk prognose for den færøske befolkning giver et bud på udviklingen, som den vil fortsætte i årene indtil 2050. På det tidspunkt ser det ud til, at tilvæksten til 65+ og 67+ aldersgrupperne vil stagnere, blandt andet på grund af lavere antal individer i hver årgang i tiden fra krigsårene og indtil 1980'erne.

Indtil da ser det imidlertid ud til, at de ældre årgange i samfundet vil vokse støt og knap 12% af befolkningen vil være 80 år eller ældre. Det er næsten en tredobling af denne aldersgruppe i forhold til den samlede befolkning. For aldersgrupperne 65+ og 67+ er der næsten tale om en fordobling i andel af den samlede befolkning.

Den stokastiske fremskrivning tager udgangspunkt i den forudgående udvikling, og derfor vil den nuværende udvikling for perioden 1985-2013 pege i retning af et generelt fald i den samlede befolkning på omkring 2.000 individer, som diagrammet herunder også viser.



Kilde: Hagstova Føroya

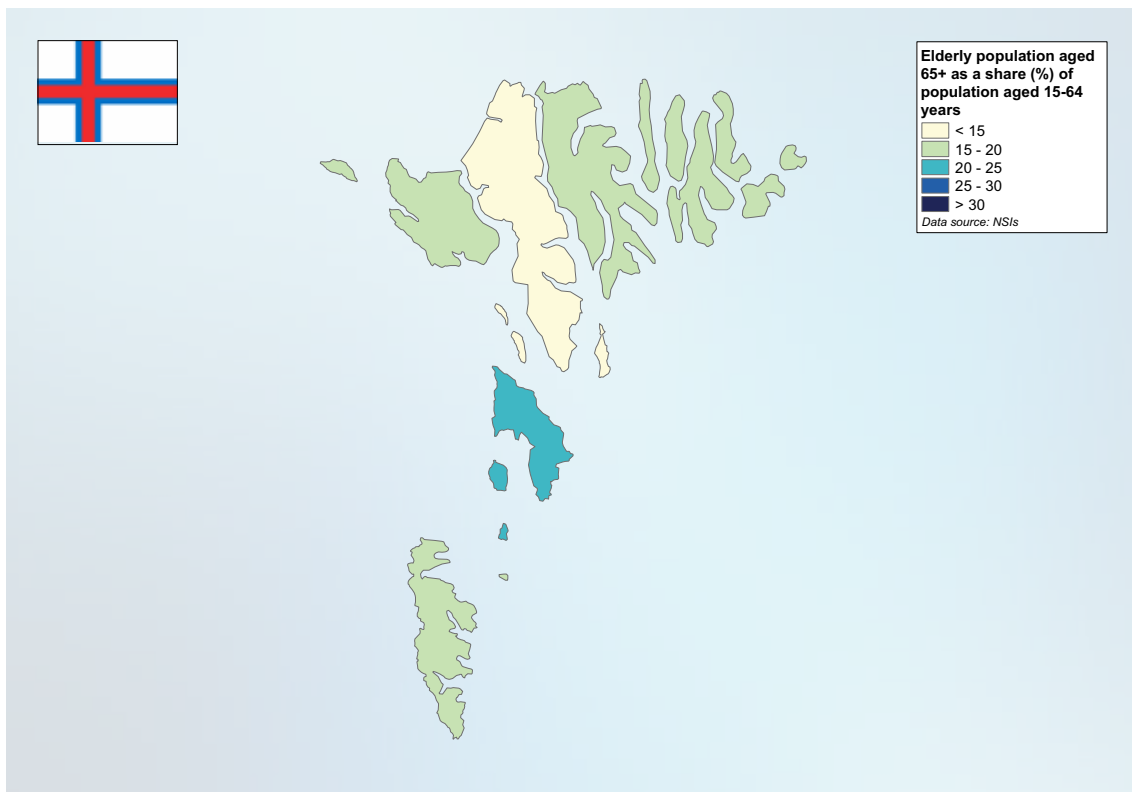
Antagelsen om det samlede fald i antal af individer i det færøske samfund kombineret med antagelsen om en stadigt stigende andel ældre i samfundet, peger i retning af en udfordring, det færøske samfund kan stå overfor: Forholdet mellem individer, der står til rådighed for arbejdsmarkedet, og dem der står udenfor. Forholdet i dag er 4:1, og udviklingstendensen peger i retning af et forhold ned mod 2:1. Denne udvikling berører hele samfundet, og dermed også behovet for social- og sundhedspersonale til at tage vare på omsorgen for den aldrende befolkning.

SAMMENFATNING

- Den demografiske udvikling på Færøerne går mod flere ældre dels pga. fraflytning blandt yngre, dels pga. højere gennemsnitslevialder. Befolkningstallet er generelt faldende, så man forventer, at personalebehovet i ældreomsorgen vil stige
- Siden 2012 har en stor decentraliseringsproces fundet sted på Færøerne. 1. januar 2015 gik ældreplejen/omsorgen fra at være et landsanliggende til at være et kommunalt ansvarsområde. Denne omlægning skal skabe mere gennemsigtighed og kvalitet via en større koordineret indsats.

- I 2012 blev der vedtaget en national politik på ældreområdet med fokus på øget kvalitet, brugerinddragelse, pårørendeinddragelse, selvbestemmelse, værdighed, at blive i eget hjem og at styrke sammenholdet mellem den yngre og den ældre generation. Formålet er at sikre en koordineret helhedsservice.
 - Behovsvurderingsværktøjet 3V anvendes som en kvalitetsstandard for visitering af personlig og praktisk hjælp, der ligeledes sikrer, at den faglige behovsvurdering er adskilt fra den økonomiske ramme; der stilles formelle uddannelsesmæssige krav til varetagelse af visitatorfunktionen.
 - Myndighederne er i bekendtgørelsen pålagt at sikre den ældre borger på plejehjem hel-
- hedstjeneste gennem en samarbejdsaftale mellem sundhedsvæsenet og samarbejdssområderne/kommunerne. Den årlige udgift til ældreområdet har ligget nogenlunde stabilt siden 2003, dog med faldende tendens pga. øget brugerbetaling.
- I perioden 2005-2013 er der kommet 200 flere plejehjemspladser, mens antallet af praktiske ydelser i hjemmet er faldet. Der er en let stigning i antal ældre, der kommer på plejehjem, og en faldende tendens for ældre, der bor i bofællesskab.
 - På Færøerne kan der ydes plejegotgørelse til pårørende, der påtager sig omsorgsforpligtelsen for pårørende over 67 år.

FÆRØERNE



ÆLDREPLEJEN PÅ GRØNLAND

GRØNLAND

Definition af de forskellige botilbud til ældre. Ældreinstitutioner er delt op i tre kategorier. I denne redegørelse bliver de forskellige betegnelser brugt som en fælles definition inden for ældreinstitutionsområdet:

- alderdomshjem: Institution for ældre, som har behov for støtte ud over støtte til at kunne blive boende i eget hjem; plejetyngden er typisk under en personale pr. beboer.
- plejehjem: Institution for ældre med behov for mere støtte end på alderdomshjem; plejetyngden er typisk en personale pr. beboer (til plejeopgaven)
- skærmet enhed: Institutionstilbud til ældre med høj plejetyngde; svær demens samt hjerneskadede; plejetyngden er typisk to personer pr. beboer.

Ældrekollektiv: En lejebolig, hvor flere ældre bor sammen; anvendes i praksis nogle steder som et mini-alderdomshjem eller mini-plejehjem, hvor der er plejekrævende beboere.

Ældrebolig: lejeboliger som er hensigtsmæssigt indrettet til gangbesværede ældre, f.eks. ved at ligge i stueplan, være uden dørtrin mv.; omfatter bl.a. aldersrenteboliger.

DEFINITION AF ÆLDRE.

I denne redegørelse bliver ældre betegnet som personer på 65 år og derover, det vil sige borgere i pensionsalderen.

INDLEDNING

Hvis man kigger ind i fremtiden med hensyn til befolkningsprognoser og de demografiske ændringer i befolkningen, er det tydeligt, at der bliver et stort behov for øget fokus på ældreområdet i fremtiden især efter 2025 og indtil 2040. Derfor må opbygningen af området være strategisk og velovervejet i det indeværende årti for at undgå fremtidige mangler på området. For

at muliggøre velfunderede beslutninger inden for området skal den eksisterende viden og ekspertise samles for at sikre områdets videre udvikling. Publikationen skal ses i denne sammenhæng, da inddragelse af de nordiske erfaringer inden for ældreområdet udgør en rig inspirationskilde, når det kommer til fremtidig grønlandsk policydannelse.



**Jón Anton
Sigurjónsson**

AC-Fuldmægtig,
Grønland

ÆLDREOMRÅDET

Dækningsgraden

Dækningsgraden viser procentdele af borgere på 65 år og derover, der er brugere af kommunernes forskellige former for botilbud til ældre i forhold til det samlede antal borgere på 65 år og derover i kommunerne.

Tabel 1. De ældres botilbud samt samlet dækningsgrad.

Grønland	Antal ældre (65 år og derover)	Pladser på alderdomshjem	Pladser i ældreboliger	Pladser på ældrekollektiver	Samlet dækningsgrad i procent
I alt	4 223	468	402	57	22

* Kun 15 pladser bruges af 65 årige og derover

Kilde: Kommunerne, Grønlands Statistik, INI og ISERIT

Det kan ikke konstateres, at forskellene i kommunernes dækningsgrader skyldes geografiske faktorer såsom lange afstande mellem beboede steder eller mange bygder. Til gengæld kan det konstateres, at ældreinstitutionerne koncentrerer sig i byerne, hvorimod ældrekollektiverne som regel befinder sig i bygderne¹.

Der er 927 pladser i landets ældreinstitutioner, i ældreboliger eller ældrekollektiver; dette viser os, at 22 % af landets ældre (65 og derover) bor i deciderede botilbud til ældre.

Et samlet overblik over landets dækningsgrad af alderdomshjem, ældrekollektiver og ældreboliger fremgår af tabel 1. Den specifikke opdeling over, hvor Grønlands ældre bor, er vist i diagram 1. Overblik over den geografiske spredning af botilbuddene ses på sidan 53.

Som det fremgår af nedenstående diagram, er billedet af landets dækningsgrader inden for ældreinstitutioner, ældreboliger og ældrekollektiverne mere varieret, hvis vi ser på hver kategori for sig.



Diagram 1. Hvor bor Grønlands ældre

Det må fremhæves, at dækningsgraderne i kommunerne vil ændres i takt med at nye ældreinstitutioner, ældreboliger eller ældrekollektiver er taget i eller ud af brug, samt tilvæksten af antal ældre.

Udbuddet af botilbud til de ældre

Der er 18 alderdoms- og plejehjem i landet. Det er muligt at konkludere, at det eksisterende antal botilbud til ældre ikke dækker det aktuelle behov for institutionspladser på landsplan, men til gengæld er det også muligt at gøre sig overvejelser om, hvorvidt det eksisterende system på området kunne justeres for at skabe en mere holdbar løsning på området. Her kunne det være interessant at undersøge, om det er muligt at opfylde de ældres plejebehov på anden vis, for eksempel ved øget assistance til de ældre i hjemmet eller andre former for botilbud.

Ud fra dette og den betragtning at udgifterne til ældreområdet i fremtiden vil stige markant, er der behov for at revurdere den nuværende varetægelse af området, hvor en stor andel ældre bor på institutioner. Ældreomsorgen må derfor tilpasses og langtidssikres, for at borgernes ønsker om at bo længst muligt i eget hjem imødekommes². Dette vil mindske behovet for ældreinstitutionsspladser og samtidig øge efterspørgslen på ældreboliger.

Udviklingstendenser i borgernes efterspørgsel

Vi kan forvente, at de fremtidige brugere af ældreinstitutionerne i større grad end hidtil vil være fysisk eller psykisk svækkede³. Derfor bliver det vigtigt i takt med modernisering og opbygning af ældreinstitutionerne at følge med på det vel-

¹ Se karta på sidan 53

² Jævnfør undersøgelsen fra HS ANALYSE

³ www.si-folkesundhed.dk/susy Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 1987-2005 - hentet den 11-03-2015

færdsteknologiske område for at kunne tilpasse og sætte nye rammer for både personale og brugere. Dette vil desuden give kommunerne mulighed for at frigøre aktører i den kommunale hjælp til de borgere, som har det største behov for assistance. I forbindelse hermed har kommunerne derfor en interesse i at tilbyde hjemmehjælp og andre omsorgs- og plejeforanstaltninger, således at de ældre kan bo længst muligt i eget hjem.

FORDELING AF ÆLDREOMRÅDETS FINANSIERING

Overordnet beskrivelse af hvordan ældreplejen finansieres

Lovgivningen på ældreområdet udarbejdes af Selvstyret. De offentlige udgifter til de ældre er fordelt mellem Selvstyret og kommunerne.

Selvstyret finansierer borgernes sundhedsudgifter under sundhedsvæsenet. Hvis en ældre efter endt behandling forbliver på sygehuset på hjemkommunens anvisning, finansieres dette af kommunen.

Alderspensionsudgifter finansieres 90 procent af Selvstyret og 10 procent af kommunerne⁴.

Kommunerne er ansvarlige for ældrepleje og omsorg af kommunernes borgere. Under ældrepleje falder hjemmehjælp og -pleje, plejeforanstaltninger og som nævnt plejeophold under sundhedsvæsenet. Kommunerne står derudover også med ansvaret for boligtilbud til de ældre, når behovet opstår; dette kan være i form af ældrebolig, ældrekollektiv eller institutionsophold på et alderdomshjem.

Finansieringsmekanisme

Idet driften af ældreplejen er et kommunalt anliggende, yder det Grønlandske Selvstyre ikke subsidier eller anden form for finansiel støtte til kommunerne.

Ved anlæggelse af ældreboliger eller ældreinstitutioner har kommunerne mulighed for at søge om anlægstilskud til opførelserne⁵, hvor Selvstyret har hjemmel til at yde tilskud til anlæggelse af kommunale ældreinstitutioner. Hvor finansloven specificerer, at Selvstyret kan yde tilskud på op til 50 % til etablering og aktivtetsudvidelse med det formål at øge dækningsgraden på ældrestitutionsområdet, kan projekternes merudgifter i forhold til det beløb som står i finansloven afholdes af den pågældende kommune.

Ligeledes kan selvstyret yde kommunerne tilskud til opførelse af ældrevenlige boliger⁶.

Brugerbetaling

Egenbetaling på ældreinstitutioner

Ældre borgere, som flytter til en kommunal ældreinstitution, får udbetalt deres alderspension uændret i flyttemåned og den efterfølgende måned. Herefter nedsættes den enlige borgers alderspension med 20 %. Derved er der tale om en indirekte egenbetaling.

Hvis alderspensionisten har anden skattepligtig indtægt, opkræves dertil hel eller delvis betaling for institutionsopholdet. Den betaling institutionen modtager, må ikke overstige 60 % af den skattepligtige indtægt, ud over alderspensionen,

⁴ Landstingsforordning nr. 3 af 7. maj 2007 om alderspension

⁵ Landstingsforordning nr. 11 af 30. oktober 1998 om ældreinstitutioner mv

⁶ Landstingsforordning nr. 11 af 19. november 2007 om støtte til boligbyggeri, fælleshuse, byggesæt m.v.

efter skat. De enkelte kommuner kan selv sætte egenbetalingssatsen for de enkelte institutioner⁷.

Egenbetaling for hjemmehjælp

Betaling for hjemmehjælp er afhængig af modtagerens husstandsindkomst. Det er således den samlede indtægt, der lægges til grund for, om der skal betales for hjemmehjælp.

Den til enhver tid gældende takst for betaling fremgår af Familiedirektoratets cirkulære om gældende sociale kontantydelse. Borgerens betaling for hjemmehjælp, kan dog ikke overstige den reelle lønudgift til hjemmehjælperen. Når midlertidig hjemmehjælp bevilges med baggrund i sociale forhold i hjemmet, skal der ikke ydes betaling for denne, uanset husstandens samlede indtægt.

Skattefradrag

Der gives ikke skattefradrag for køb af markedsbaserede ydelser inden for ældreplejen i Grønland.

LEVERING

Opbygning af ældreområdet - institutioner og botilbud

Det tilstræbes, at ældreplejen er indrettet således, at ældre så vidt muligt får tilbud om den rigtige støtte og hjælp fra samfundets side.

Landskassen kan yde tilskud til opbygning af kommunale ældreinstitutioner⁸. Landsstyret indhenter i den forbindelse forslag fra de enkelte kommuner. Udbygningsplanerne dækker en periode på mindst fire år, og de revideres mindst én gang årligt. I praksis indkaldes kommunernes udbygningsplaner på ældreområdet i begyndel-

sen af året i forbindelse med udarbejdelse af forslag til finanslov for det kommende år.

Hverken ældreboliger eller ældrekollektiver er lovregulerede boformer, juridisk set er de at betragte som borgernes private boliger. Beboerne får tildelt hjemmehjælp efter individuelle vurderinger på samme vis som andre hjemmeboende.

Opbygning af ældreområdet - hjemmehjælp

Hjemmehjælp administreres af den enkelte kommune. Kommunen har ansvaret for borgere bosat i kommunen og bevillingen af hjemmehjælp til disse. Den daglige ledelse af kommunens hjemmehjælp forestås af en hjemmehjælpsleder, som er udpeget og ansat af kommunen. Den daglige leder af kommunens hjemmehjælpsordning har mulighed for at bevilge hjemmehjælp i op til en måned. Bevillinger herudover skal forelægges kommunalbestyrelsen/det kommunale udvalg der har det politiske ansvar for området. Kommunalbestyrelsen/det kommunale udvalg beslutter herefter, om den tilbudte hjælp skal fortsætte og drager omsorg for, at det bliver undersøgt, hvorvidt den tilbudte hjemmehjælp eventuelt skal suppleres med anden hjælp. I vurderingen her er det vigtigt at sikre sig, at hjælp af vedvarende karakter bevilges ud fra det individuelle behov, borgeren har.

Kommunen er ansvarlig for, at der sker en koordinering af hjemmehjælpernes arbejde med øvrige myndigheder og brugere.

ORGANISERING

Overordnet beskrivelse af levering af ældreplejen
Departementet for Familier, Ligestilling og Sociale Anliggender er den øverste administrative

⁷ <http://www.ga.gl/LinkClick.aspx?fileticket=quIyVrBHQ7Q%3D&tabid=1816&language=da-DK> Skatte og Velfærds kommissionens betænkning marts 2011- hentet den 11-03-2015

⁸ Landstingsforordning nr. 11 af 30. oktober 1998 om ældreinstitutioner mv.

myndighed inden for ældreplejen. Departementet regulerer blandt andet ældreplejen igennem Det Sociale Ankenævn, der koordinerer praksis og er klageinstans på socialområdet⁹.

Idet kommunerne driver området, forefindes der ikke nationale retningslinjer eller kvalitetsindikatorer til regulering af personnormeringer eller specifikt krav om antal faglærte per ufaglærte medarbejdere.

Der er ikke udformet politik, som fokuserer på at give private aktører adgang til ældreplejen.

Drift af botilbuddene til ældre er på nuværende tidspunkt afholdt af de enkelte kommuner¹⁰.

Botilbud, som er uden for institutionsregi, forvaltes normalt af INI¹¹ eller ISERIT¹², hvor de opkræver husleje på vegne af kommunerne.

På landsplan har udviklingen været den, at de ældre, som bor i andre former for kommunale botilbud, såsom ældrekollektiver, er blevet mere plejekrævende. Dette udgør både reelle faglige samt lokale problemer, da mindre bygder ikke kan magte at yde den faglige pleje, som efterspørges. I sidste ende betyder dette, at de ældre og deres familier oplever voksende pres for at flytte ind til de større byer, hvor deres behov kan imødekommes.

Visitation samt ventelister til institutioner

Ældre borgere kan ikke tildeles en institutionsplads, før visitationsudvalget har vurderet deres

sag¹³. Der opereres i hele landet med tværfaglige visitationsudvalg, som er ansvarlige for at vurdere de ældres visitationsbehov. Visitationsudvalgene består af fagfolk fra socialforvaltningen, sundhedsvæsenet, hjemmehjælpen samt de enkelte institutioner. Dog er der ikke udarbejdet landsdækkende regler for visitationsudvalgenes sammensætning. Dette har haft den konsekvens, at kommunerne har lavet hver deres lokale fremgangsmåder inden for området.

ÆLDREPLEJEPOLITIK

Hovedformål med ældrepleje

Den politiske vision inden for ældreområdet er, at landets ældre igennem selvbestemmelse og medansvar har livskvalitet, hvor det grønland-ske samfund skal sikre den nødvendige omsorg, der skal til, for at de ældre kan leve et værdigt liv.

Selvstyret arbejder ud fra følgende målsætninger for at opnå denne vision:

- Der arbejdes på, at flere ældre kan forblive selvhjulpne så længe som muligt.
- De ældre skal sikres en mulighed for adgang til offentlige tilbud.
- At ældre med demens sikres tidlig og relevant støtte.
- At der opføres tilstrækkeligt med ældreboliger til de borgere, der ikke kan bo i eget hjem uden assistance.

Grundlag for dette arbejde er de betænkninger om ældreområdet, som skatte og velfærds-kommissionen kom med i 2012. Her konstateredes

9 Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation

10 Landstingsforordning nr. 11 af 30. oktober 1998 om ældreinstitutioner mv.

11 Boligselskabet INI

12 Kommunalt ejet boligselskab

13 Landstingsforordning nr. 11 af 30. oktober 1998 om ældreinstitutioner mv.

det, at den hidtidige ældrepolitik var uholdbar på væsentlige områder, idet den ikke tog højde for det stigende antal ældre i befolkningen, som samfundet står overfor.

Dette kan tydeligt ses, hvis man ser på de nyeste befolkningsprognoser lavet af Grønlands Statistik. Her vises det, at andelen af 65-årige og derover vil stige med 37 % indtil 2025, hvorfor efterspørgslen til ældrepleje og sundhedsydelser øges. Det grønlandske velfærdssamfund står derfor overfor væsentlige økonomiske udfordringer.

Den ældrepolitik, som der nu arbejdes med, reflekterer disse realiteter og prøver så vidt muligt at give overordnede rammer, som skal sikre, at der i fremtiden stadigvæk er plads til kvalitetsomsorg til de ældre, således at brugerne af området tjenester sikres livskvalitet i den sidste fase af deres liv. Disse rammer skal bidrage til områdets effektivisering og søgen efter nye og særegne løsninger, som kan sikre den ønskede livskvalitet side om side med de finansielle besparelser, som skal til, for at det grønlandske velfærdssystem ikke udhules.

YDELSER

Hjemmehjælp

Hjemmehjælp kan ydes til både praktisk og personlig bistand. Hjemmehjælpen kan således bestå både i hjælp til husholdningens daglige gøremål og i hjælp til personlig hygiejne og påklædning.

Hjemmehjælp ydes til opgaver, hvor der ikke er tale om en optræning til dagligdags gøremål. Hvis den enkelte borger i en længere periode har behov for hjælp til personlig hygiejne,

påklædning, indkøb, rengøring med videre, bør kommunen foretage en vurdering af borgerens behov for hjemmehjælp.

Hjemmehjælp er således bistand, der gives til den enkelte borger, mens støttepersoner udfører opgaver sammen med borgeren. Såfremt den enkelte borger har behov for praktisk hjælp til opvarmning i hjemmet og på grund af alder eller helbredstilstand ikke selv er i stand til at sørge for dette, kan der også bevilges hjemmehjælp som en støtte til dette. Hjemmehjælperen skal normalt yde bistand til dagligdags gøremål, men er ikke forpligtet til at yde hjælp i forbindelse med storvask eller hovedrengøring. Såfremt der er behov for hjælp til dette, kan det kun ske efter forudgående aftale med hjemmehjælpens ledelse¹⁴.

Hjemmehjælpens arbejde omfatter ikke egentlig sygepleje i hjemmet. Hjemmehjælpens arbejde i relation til syge består i hjælp til personlig hygiejne, hjælp til at spise, hjælp til indtagelse af ordineret medicin samt hjælp til almindelige praktiske gøremål i hjemmet. Sundhedsvæsenets opgave i relation til syge består i skift af forbindinger, sårpleje samt medicingivning i form af injektioner. Hjemmehjælpen må ikke modtage løn eller andre ydelser fra den person, hos hvem hjemmehjælpen udføres. Hjemmehjælpen må heller ikke modtage lån fra den borger, hjemmehjælperen yder bistand til, og hjemmehjælpen skal selv afholde kost i arbejdstiden. Kosten kan således ikke modtages fra en borger, hvortil der ydes hjælp efter bestemmelserne omkring hjemmehjælp. Hjemmehjælpen aflønnes således udelukkende af kommunen.

14 <http://naalakkersuisut.gl/-/media/Nanoq/Files/Attached%20Files/Familie/DK/Vejledning%20om%20hjemmehjælp.pdf>
Vejledning om hjemmehjælp. December 2003. – Hentet den 11-03-2015

Brug af ydelsen

I 2013 er der ifølge de kommunale regnskaber anvendt 44.988 t.kr. til hjemmehjælp. Det omfatter udgifter til hjemmehjælp til alle modtagere, herunder alderspensionister, handicappede, sygemeldte etc. Udgifter til hjemmehjælp til alderspensionister registreres ikke særskilt i de kommunale regnskaber. Men det anslås, at ca. 1350 alderspensionister modtager hjemmehjælp¹⁵.

Ældreinstitutioner mv.

Landsstyrets målsætninger på ældreinstitutionsområdet er, at de ældre skal sikres fysiske og omsorgsmæssige rammer for en aktiv og tryk alderdom, samt at boligtilbuddene til de ældre skal afpasses de ældres behov. Landsstyret er opmærksom på det stigende antal ældre psykisk syge eller demente og anbefaler blandt andet, at der oprettes skærmede afdelinger enten i tilknytning til ældreinstitutionen eller som separate enheder for at give denne gruppe et tilbud om bolig under trygge og stabile forhold, hvor deres specielle behov for pleje og omsorg kan blive opfyldt.

Efter den gældende lovgivning på ældreområdet kan ældre, som ikke kan klare sig i eget hjem, søge om flytning til en kommunal ældreinstitution. Endvidere kan pensionister med behov for pleje og omsorg i et omfang, der ikke kan opfyldes på en kommunal ældreinstitution, søge om flytning til institution under Sundhedsvæsenet. Endelig kan pensionister søge om midlertidigt ophold på en kommunal ældreinstitution eller en institution under sundhedsvæsenet. Bestemmelsen relaterer sig til situationer, hvor en pensionist har et behov for ophold på sådanne

institutioner i en kortere periode, hvorefter pensionisten vender tilbage til egen bolig.

Styring, drift mv. af de kommunale botilbud og institutionstilbud til ældre varetages af kommunerne, og kommunerne skal i henhold til landstingsforordningen sikre, at der findes det fornødne antal pladser i kommunale ældreinstitutioner. Kommunalbestyrelsen skal endvidere sikre, at der findes det fornødne antal pladser ved aktivitetstilbud for pensionister.

KVALITET

Standarder

I Grønland er Departementet for Familier, Ligestilling og Sociale Anliggender den øverste administrative myndighed inden for ældreplejen.

Ældreområdet i Grønland er et kommunalt anliggende, idet det er kommunerne, der har ansvaret for levering, finansiering og organisering af ældreplejen til borgerne. Lovgivningen på området er derfor en rammelovgivning, som sætter de overordnede krav til ældreplejen, imens kvalitetsniveau og belægningsgrad kan tilpasses kommunernes lokale realiteter. På grund af landets geografiske størrelse og derved diverse lokale realiteter er der udviklet forskellige kvalitetsmålsætninger i de enkelte kommuner, hvor det internt i kommunerne kan variere i kvalitetsdefinitioner fra by til by.

Selvom de love, som vedrører ældreplejen i Grønland, ikke indeholder kvalitetsdefinitioner eller kvalitetsmål, er dette ikke ensbetydende med, at der ikke arbejdes med kvalitetsmålsætninger fra centralt hold. Der er udarbejdet en

15 Departementet for Finanser og Indenrigsanliggender

ældrestrategi for Grønland som hedder ”Ældre i fremtidens Grønland – Naalakkersuisuts ældrestrategi 2012 – 2015”¹⁶. Denne strategi havde skatte- og velfærdscommissionens anbefalinger samt borgerundersøgelse vedrørende deres ønsker til tilværelsen som ældre som grundlag for områdets arbejde. Denne strategi fik bragt følgende områder i fokus:

- Der skal arbejdes på, at flere ældre kan forblive selvhjulpne så længe som muligt.
- De ældre skal sikres en mulighed for adgang til offentlige tilbud.
- At ældre med demens sikres tidlig og relevant støtte.
- At der opføres tilstrækkeligt med boliger til de ældre, der ikke kan bo i eget hjem.

Disse punkter samt andre har været med til at danne den centrale dagsorden indenfor området. Fra Selvstyrets side udarbejdes der en 10-årig anlægssektorplan for ældreområdet, hvis arbejde har været med til at løfte vidensniveauet om kommunernes tilbud til de ældre. Den samlede viden om de overordnede forhold af landets ældreområde bruges som inspirationsmateriale til kommunerne, da det kan vise kommunerne de fungerende lokale ”best practices”, som der har været mangel på i landet.

Offentlig regulering

Som nævnt foroven, så er Departementet for Familier, Ligestilling og Sociale Anliggender den øverste administrative myndighed inden for ældreplejen. Departementet regulerer blandt andet ældreplejen igennem Det Sociale Ankenævn, der

koordinerer praksis og er klageinstans på socialområdet.

Den offentlige regulering af ældreplejen sker primært gennem Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation samt ved gennemgang af kommunernes årlige regnskaber.

Faglig regulering

Der er udarbejdet indirekte nationale kvalitetsindikatorer inden for ældreområdet, idet diverse tiltag som skal sikre fagligheden inden for ældreplejen, nu er på plads. Her kan der nævnes formaliserede krav til social- og sundhedsuddannelsernes længde og indhold¹⁷. Tæt dialog med ældreforeningen som inkluderes i udarbejdelse af lovforslag på ældreområdet, faglig høring af denne art er ikke lovbindende men anvendes i høj grad. Derudover er ældreforeningen sikret repræsentation i Grønlands Råd for Menneskerettigheder, hvorved deres stemme er sikret¹⁸.

Disse punkter er blandt andet med til at fremme en faglig kvalitet på området.

Klagemuligheder

Det Sociale Ankenævn

Inden for ældreplejen gælder § 8 i Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation:

”Den, der er part i en sag, hvor kommunalbestyrelsen i medfør af det sociale regelsæt har truffet en afgørelse, kan indbringe afgørelsen for Det

16 <http://www.ga.gl/LinkClick.aspx?fileticket=quIyVrBHQ7Q%3D&tabid=1816&language=da-DK> Ældre i fremtidens Grønland – Hentet den 11-03-2015

17 http://www.pi.sps.gl/files/1213/6014/6907/21okt2008Uddannelsesordning_ny_08_2_2.pdf Uddannelsesordning Socialhjælperuddannelsen - Hentet den 11-03-2015

18 Inatsisartut lov nr. 23 af 3. december 2012 om Grønlands Råd for Menneskerettigheder

Sociale Ankenævn. Klagen skal indgives til Det Sociale Ankenævn inden for fire uger efter modtagelsen af afgørelsen.”¹⁹

Derved kan man læse, at det er Det Sociale Ankenævn, der er koordinerende klageinstans på det sociale område. Ankenævnet mødes regelmæssigt alt efter behov. Det tilstræbes, at der afholdes mindst 4 årlige ankenævns møder.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

I henhold til Selvstyrets bekendtgørelse nr. 14 af 24. september 2012 om klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn²⁰, er det muligt at klage over sundhedsfaglig virksomhed, der udøves af sundhedspersonale i Grønland.

I dette tilfælde er der tale om de sundhedsydere, som følgende grupper yder:

§ 2, stk. 4 ” Sygeplejersker, tandplejere, klinikasister, sundhedsmedhjælper, sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælper, sundhedsarbejdere, sundhedshjælper, og portørredere, der udøver sundhedsfaglig virksomhed på grundlag af grønlandsk uddannelse eller autorisation.”

STATUS PÅ LANDETS ÆLDREOMRÅDE

På nuværende tidspunkt arbejdes der med kortlægning af ældreinstitutionsområdet for at sikre den fremtidige kapacitet på området. Der arbejdes blandt andet på plejehjemmenes optimale dækningsgrad fordelt på aldersgrupper, som er nytænkning i forhold til det nuværende system, hvor alle over 65 år kan søge om ældreinstitutionsplads. Målsætningen med dette er, at de ældre, som har evnerne til at blive boende i eget

hjem, gives redskaberne til dette. Dette vil give dem så høj en selvstændighed som muligt, samtidig med at de kan være selvhjulpne i eget hjem, uden at der vil være behov for omfattende støtte til deres daglige virke.

Ifølge landets befolkningsprognoser antages det, at befolkningstallet vil falde med ca. 744 personer frem mod 2025. Samtidig vil andelen af befolkningen på 65 år og derover stige med 37%. Det relative antal ældre fortsætter med at stige i tredje og fjerde årti af århundredet²¹. Derfor må det defineres, hvor stor andel af de ældre, der vil have behov for ældrepleje. Sådan en strategi vil fungere som udgangspunktet for en langtidsorienteret opbygning inden for ældreområdet anlægsbehov.

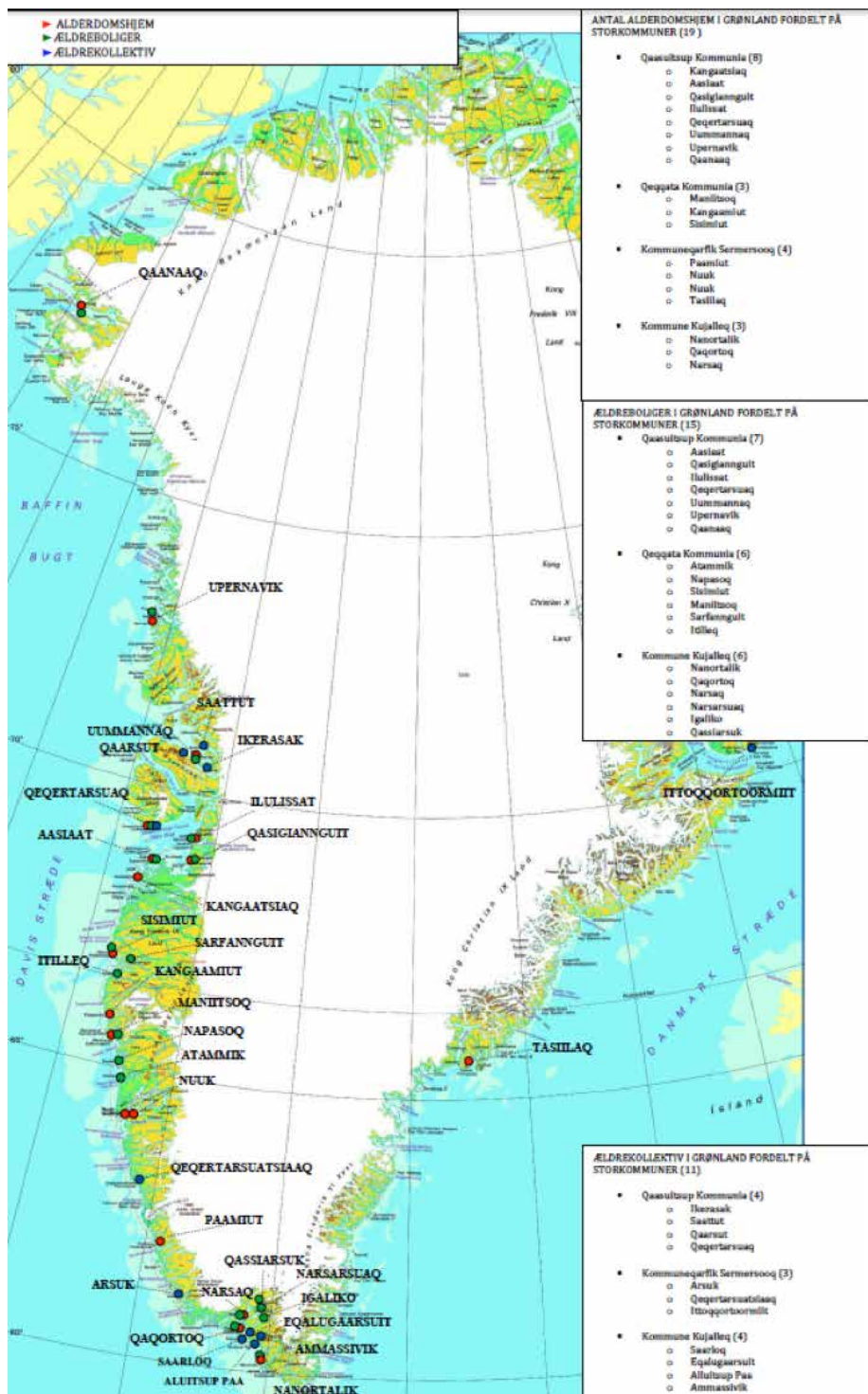
Det kan konstateres, at frem til i dag er der ikke foretaget en systematisk evaluering af visitationsbehovet af landets ældre borgere; dette afspejles i, at de udarbejdede visitationer ikke danner grundlaget for de ventelister, som bruges til at placere de ældre i en systematisk behovsrækkefølge til kommunernes boligtilbud, det vil sige ældreboliger, ældrekollektiver eller alderdomshjem. En fælles fremgangsmetode inden for dette område er noget, der skal arbejdes på.

19 Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation

20 Selvstyrets bekendtgørelse nr. 14 af 24. september 2012 om klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

21 <http://www.stat.gl/publ/da/BE/201402/pdf/Befolkningsfremskrivninger%202014-2040.pdf> Befolkningsfremskrivninger 2014-2040 - Hentet den 11-03-2015

Boliger for ældre



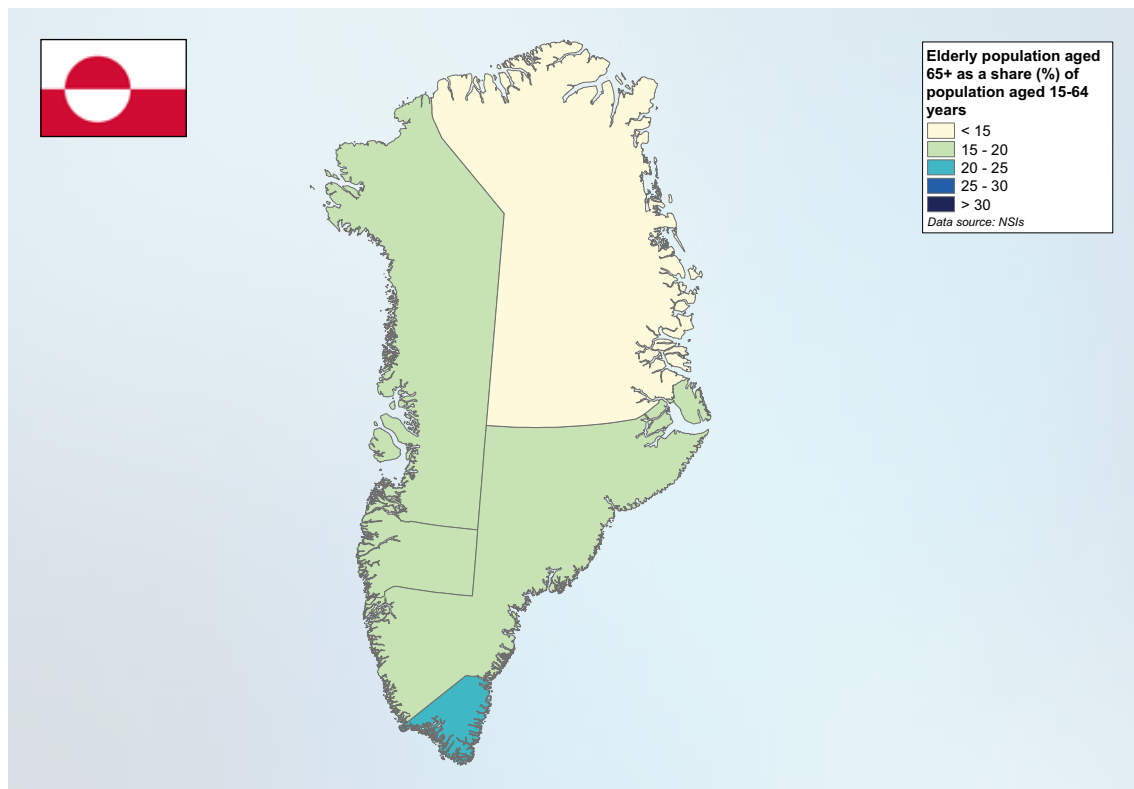
SAMMENFATNING

- Det grønlandske samfund er udfordret demografisk af, at andelen af ældre vil stige med 37 % indtil 2025; dette betyder øget behov for sundheds- og omsorgspersoner samt en øget belastning af økonomien.
- Ældrestrategien for Grønland hedder Ældre i fremtidens Grønland – Naalakkersuisuts ældrestrategi 2012-2015. Der er fokus på at sikre overordnede rammer, som sikrer kvalitetsomsorg og livskvalitet hos de ældre borgere samtidig med at det bidrager til effektivisering og særgene løsninger på området.
- Selvstyrets målsætninger bygger på Velfærdskommissionens rapport fra 2012 og er, at flere ældre kan forblive selvhjulpne så længe som muligt, at de ældre skal sikres en mulighed for adgang til offentlige tilbud, at ældre med demens sikres tidlig og relevant støtte

samt at der opføres tilstrækkeligt med ældreboliger til de borgere, der ikke kan bo i eget hjem uden assistance.

- Landsstyret har specielt fokus på, at der kommer et stigende antal demente og psykisk syge ældre med specielle behov for bolig, pleje og omsorg. Der arbejdes i øjeblikket på en kortlægning af ældreinstitutionsområdet for at sikre den fremtidige kapacitet.
- Aktuelt dækker det antal botilbud, der er til ældre, ikke, så der skal udarbejdes en 10-års anlægssektorplan for ældreområdet.
- Egenbetaling for hjemmehjælp er afhængig af modtagerens husstandsindkomst, og det er ikke muligt at få skattefradrag herfor.
- Visitationen af ældre borgere bør evalueres og revurderes.

GRØNLAND



ÄLDREOMSORG I FINLAND

FINLAND

Kommunerna har enligt lag ansvar för social- och hälso-tjänsten. I början på 2015 bestod Finland av 317 kommuner (varav 16 ligger på Åland) med var sitt ansvar.

Äldreomsorg har betraktats som en del inom socialtjänsten vad hemhjälp och olika boendeformer beträffar. Äldreomsorg har sin hälso-tjänstsida i form av hemsjukvård och hälsovårdcentralernas bäddavdelningar för långvård. Därför sorterar äldreomsorg under två principiella lagar, socialvårdslagen¹ och folkhälsolagen² samt under flertal andra lagar, sådana som till exempel mentalvårdslag³ och lag om yrkesutbildade personer⁴. Framförallt tillhör äldreomsorg emellertid under en speciallag, "äldreomsorgslagen" (Lag om stöd-jande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 980/2012)⁵.

En omfattande omändring av social- och hälsosystemet har planerats under den senaste regeringen, där äldreomsorg skulle tillhöra en bredare social- och hälsostruktur (förkortning på finska: SOTE). Inom en del av Finlands kommuner har social- och hälso-tjänsten förenats. Figurerna 1a-c visar ur olika synvinklar den geografiska splittringen av populationen. Det är kommunernas plikt att ordna social- och hälsovård åt sina invånare samt tillgodose, att kvaliteten av vården är ändamålsen

lig samt sker genom positivt samarbete och med värdighet. Kommunerna kan fritt välja om de vill förena sina resurser med andra kommuner för en del eller alla tjänster. Tjänsterna kan även utkontrakteras vid behov.

KOSTNADSUTVECKLING INOM SOCIAL- OCH HÄLSOTJÄNST FÖR ÄLDRE PERSONER

Enligt statistikcentralen, Finland, var Finlands bruttonationalprodukt, BNP, 202 md € under 2013, och enligt preliminära uppgifter beräknas den vara 204 md € under 2014 (tabell 1). BNP har stigit med 68 md € under de 15 senaste åren. I Tabell 2 förevisas de offentliga utgifternas fördelning och deras förhållande till BNP.



Harriet Finne-Soveri

Forskningsprofessor,
enheten för äldre,
funktionshinder och
funktionsförmåga

Kostnaderna för personer i pensionsåldern består för det mesta av specialvård, om olika socialbidrag inte är medräknade. Tabell 3 förevisar hur kostnader för olika boendeformer för personer 65 år och därutöver står för ca 30 procent av totalkostnaderna i ålders-

klassen – en tredjedel, om grundvårdens vårdepisoder längre än 90 dygn i bäddavdelningar räknas med (4 procent). För hela åldersgruppen 65 fyllda bildar specialvården den näst största kostnadsgruppen.

1 Socialvårdslag (710/1982) <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1982/19820710>

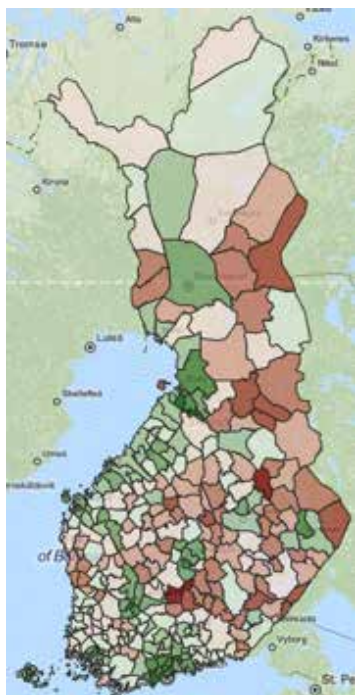
2 Folkhälsolag (66/1972) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066>

3 Mentalvårdslag (1116/1990) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>

4 Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>

5 <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

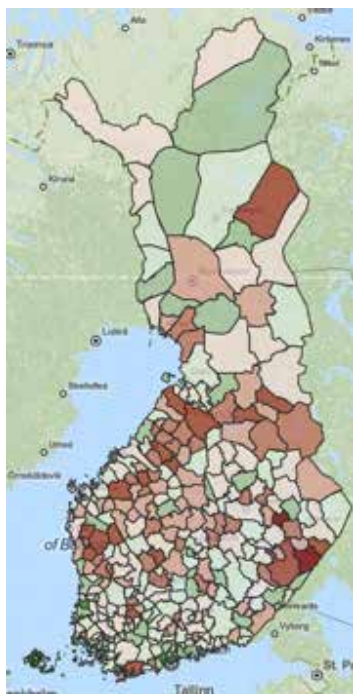
Figur 1. Finlands kommuner enligt invånare, invånare i pensionsålder och inkomsttaxprocent.



Figur 1a. Finlands kommuner 2013 enligt invånare i pensionsålder 2012.

Grön = mindre än medeltal
Röd = större än medeltal
(min = 11,9, max = 47,5, medeltal = 29,2)

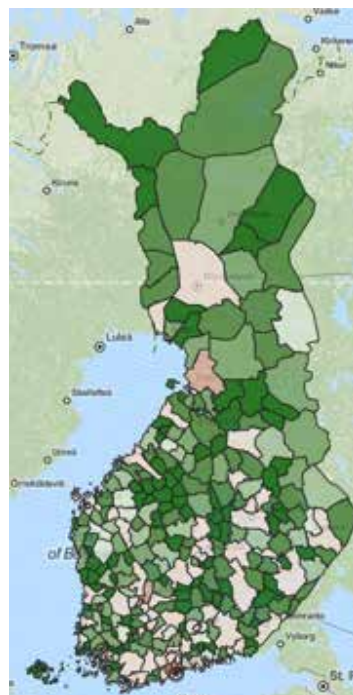
Källa: <http://kuntakartta.org/#2011-elakelaisia>



Figur 1b. Finlands kommuner 2013 enligt inkomsttaxprocent 2014.

Grön = mindre än medeltal
Röd = större än medeltal
(min = 16,5, max = 22,5, medeltal = 20,4)

Källa: <http://kuntakartta.org/#2014-tulovero>



Figur 1c. Finlands kommuner 2013 enligt invånare 2014.

Grön = mindre än medeltal
Röd = större än medeltal
(min = 101, max = 603968, medeltal = 16958)

Källa: <http://kuntakartta.org/#2012-vakiluku>

Tabell 1. Bruttonationalprodukt till marknadspris

	Löpande priser		Till referensårets 2010 priser
	md €	€/inv.	md €
2000	136,3	26 325	158,1
2001	144,4	27 841	162,2
2002	148,3	28 514	164,9
2003	151,6	29 075	168,2
2004	158,5	30 312	174,8
2005	164,4	31 335	179,6
2006	172,6	32 777	186,9
2007	186,6	35 280	196,6
2008	193,7	36 457	198,0
2009	181,0	33 908	181,7
2010	187,1	34 885	187,1
2011	196,9	36 536	191,9
2012	199,8	36 903	189,2
2013*	202,0	37 138	186,7
2014*	204,0	37 351	186,5

*Preliminär uppgift

Källa: Statistikcentralen, Finland, Uppdaterad: 2.3.2015⁶

Hos 85 fyllda står kostnader för boendeformer för mer än hälften av det totala, om vårdcentralernas bäddavdelningar räknas med (6 procent).

Hemservicens kostnader under 2011 beräknades till 635 m€ och hemsjukvårdens till 350 m€.

Samma år uppgick vårdarvoden för närstående-vård till 107 m€, vanligt serviceboende till 26 m€, och dygnet runt vård och omsorg till 2680 m€, sammanlagt 3 798 m€⁷.

⁶ Statistikcentralen, Finland, http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous_sv.html

⁷ Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen. Social- och hälsovårdsministerium 2013;15

Tabell 2. Offentliga utgifternas förhållande till BNP i 2010 och 2011

Ändamål	År	Miljon euro	Kvoten till BNP, %
<i>G0 Ändamål, totalt</i>	2010	99 707	55,8
	2011	104 259	55
<i>G01 Allmän offentlig förvaltning</i>	2010	13 018	7,3
	2011	13 889	7,3
<i>G02 Försvar</i>	2010	2 789	1,6
	2011	2 753	1,5
<i>G03 Samhällskydd och rättsskipning</i>	2010	2 766	1,5
	2011	2 825	1,5
<i>G04 Näringslivfrågor</i>	2010	8 730	4,9
	2011	9 120	4,8
<i>G05 Miljöskydd</i>	2010	506	0,3
	2011	471	0,2
<i>G06 Bostadsförsörjning och samhällsutveckling</i>	2010	914	0,5
	2011	1 047	0,6
<i>G07 Hälso- och sjukvård</i>	2010	14 130	7,9
	2011	14 829	7,8
<i>G08 Fritidsverksamhet, kultur och religion</i>	2010	2 204	1,2
	2011	2 300	1,2
<i>G09 Utbildning</i>	2010	11 735	6,6
	2011	12 091	6,4
<i>G10 Social trygghet</i>	2010	42 915	24
	2011	44 934	23,7

Källa: Statistikcentralen, Finland⁸

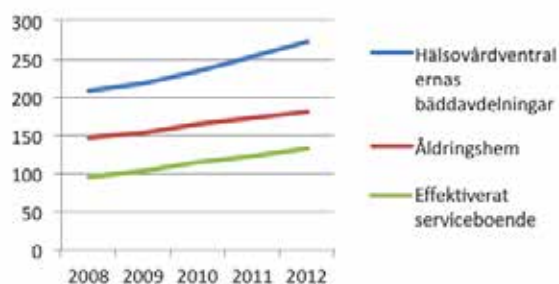
⁸ Statistikcentralen, Finland, http://www.stat.fi/til/jmete/2011/jmete_2011_2013-01-31_tie_001_sv.html

Tabell 3. Kostnaderna för äldreomsorg, mediciner och hälsovård 2011

	65 fyllda		75 fyllda		85 fyllda	
	ME	%	ME	%	ME	%
<i>Specialvård</i>	2 357,10	29,2	1 295,20	22,7	376,7	14,4
<i>Grundhälsovård</i>	1 973,00	24,3	1 482,00	26	680,5	26,1
<i>Mun /tänder</i>	221,8	2,7	92,9	1,6	21,7	0,8
<i>Institutionsvård för äldre</i>	943,3	11,6	847	14,8	513,5	19,7
<i>Mediciner</i>	758,1	9,3	365,7	6,4	91,9	3,5
<i>Närståendevård</i>	98,1	1,2	77	1,3	37,2	1,4
<i>Serviceboende</i>	1 434,50	17,7	1 270,90	22,3	739,2	28,3
<i>Hemsjukvård</i>	324,6	4	278,9	4,9	150,7	5,8
<i>Sammanlagt</i>	8 110,50	100	5 709,60	100	2 611,4	100

Källa: Rättö et al.2014⁹

Enhetskostnaderna för dygnetruntvård har stigit stadigt mellan 2008 och 2012 (Figur 2). När per diem kostnad för hälsovårdcentralernas bäddavdelningar 2008 i medeltal var 206 €, var samma siffra fem år senare 271 €. På samma sätt steg dagskostnaderna för åldningshem från 145 till 179 € och effektiverat serviceboende från 94 till 132 € i medeltal. Kostnadsstigningen har varit snabbare för effektiverade serviceboenden från 2013 och framåt p.g.a. att uppföljningen av äldreomsorgslagen - som togs i kraft 1.1.2013 - avslöjade, att, under 2013, en femtedel av alla dygnetruntenheter bland serviceboenden hade en personaldimensionering på mindre än 0,5 vårdare per vårdhavande. Ett år senare var bara en tiondel del av effektiverade serviceboendeheterna underbemannade¹⁰.



Figur 2. Enhetskostnaderna för dygnetrunt servicetyper under 2008 - 2012.

Källa: Rättö et al. 2014

Enhetskostnaderna inom äldreomsorgers dygnetrunttjänster samt öppna vårdens tjänster kan fördelas enligt service- och producenttyp, tabell 4.

9 Rättö H, Linnosmaa I, Kapiainen S. Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja. Kirjassa: Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta (toim Noro A och Alastalo H). Raportti 2014;13;42-55

10 Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H, Alastalo H. Henkilöstörakenne on vahvistunut ympärivuorokautisessa hoidossa vuodesta 2013 vuoteen 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 26, marraskuu 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Tabell 4. Äldreomsorgers enhetskostnader (€) i 6 städer, i 2011

Tjänst	Typ	€
<i>Hemvård utan stödtjänster</i>	egen tjänst	39
	köptjänst	48
<i>Dagvård för äldre (social) , vårddag</i>		97
<i>Service boende med extra- stöd</i>	egen tjänst (a)	74
	köptjänst	69
<i>Effektiverad service bo- ende, kortvarig vistelse, vårddag</i>	egen tjänst (b)	166
	köptjänst (b)	133
<i>Effektiverad service bo- ende, långvarig vistelse, vårddag</i>	egen tjänst	131
	köptjänst	115
<i>Åldringshem</i>	egen tjänst	185
	köptjänst	154
<i>Hälsovårdcentralens bädd- avdelning, kortvarig vård, vårddag</i>	egen tjänst	285
	köptjänst	249
<i>Hälsovårdcentralens bädd- avdelning, långvarig vård, vårddag</i>	egen tjänst	257
	köptjänst	192

(a) personaldimensionering 0,2—0,49 per boende

(b) personaldimensionering $\geq 0,5$ per boende

Källa: Kapiainen et al. 2014¹¹

Klientavgifter

Staten styr klientavgiftspolitikerna genom lagstiftning. Avgiftspolitikens syfte är att avgifterna inte får forma ett hinder för den som behöver hjälp. Samtidigt försöker staten främja en ändamålsenlig användning av tjänsterna. Social- och

hälsovårdstjänsterna kan 1) vara helt avgiftsfria 2) ha samma avgift för alla klienter eller patienter 3) vara bestämda i relation till inkomst och familjestorlek. De maximala avgifterna fastställs i lagen (734/1992)¹² och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården¹³. Kommunen bestämmer hur stora avgifter används eller kan bevilja tjänsten avgiftsfritt. Största delen av tjänsterna har varit avgiftsfria för personer under 18 år. Den kommunala avgiften får emellertid ej vara högre än deras produktionskostnader.

Månadsavgifterna för regelbunden hemvård eller/och hemsjukvård bestäms av kommunerna i förhållande till klientens inkomster och familjens storlek. Om hjälpen är tillfällig skall kommunen bestämma en rimlig avgift. Bland andra bestämmelser ingår till exempel vårdkostnader för närståendevårdarens lediga dagar, vilka inte får överstiga en viss summa (10,60 € under 2011).

Långvården vid institutioner kräver långvårdsbeslut, där betalningen definieras per diem. Avgiften får vara högst 85 procent av klientens inkomster upp till den summa som täcker alla vårdkostnader. Efter betalningen skall klienten ha minst 97 € kvar för eget bruk (2011).

Serviceboende anses inte vara institutionsvård utan en boendeform där klienten köper eller hyr lägenheten enligt sedvanliga principer. Därtill kan hon eller han beställa olika service- eller vårdpaket vid behov. På grund av stor variation

11 Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

12 Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården 734/1992

13 Förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården 912/1992

mellan kommunerna och serviceproducenterna varierar även klientavgifterna. Om inkomsten är låg, kan klienten vända sig till exempelvis Folkpensionsanstalten och ansöka om bidrag för boende och/eller vård.

Tabell 5. Några allmänna hälsovårdsavgifter in 2011 och 2013

Avgiftens typ	2011	2013
Hälsovårdsläkarens mottagning		
* engångsavgift	13,7*	13,8
* årsavgift	27,4*	27,5
* jouravgift	18,8*	18,9
Sjukhusets poliklinik-avgift	27,4	27,5
Serievård/engångsav	7,5*	7,5
Dagkirurgi	89,9	90,3
Institutionsvård, vårddagsavgift	32,5**	32,6
Institutionsvård uppehållsavgift	15	15,1
Psykiatri, vårddagavgift	15**	15,1
Dag- och nattvård	15	15,1
Rehabilitering	11,3**	11,3
Individuell fysioterapi	7,5	7,5

*gäller ej yngre än 18 år

** gäller ej yngre än 18 år om vårddagarnas antal är över sju inom ett kalenderår

Källa: Kapiainen et al. 2014¹⁴

Avgifterna för offentlig hälso- och sjukvård har ett s.k. avgiftstak per kalenderår. När de

sammanlagda avgifterna nått det fastställda avgiftstaket uppbärs inte längre avgifter under samma kalenderår med undantag för avgift för uppehålle inom kortvarig anstaltsvård¹⁵. Privatvårdens avgifter räknas inte med på taket. Klientavgifterna rättas vartannat år. Några allmänna hälsovårdsavgifter presenteras i tabell 4.

En klient som är missnöjd med det sätt på vilket avgiften fastställts kan yrka på rättelse hos det organ som svarar för servicen. Anvisningar om yrkande av rättelse på avgiftsbeslutet finns på fakturan. Kommunen ska sänka avgiften för socialvård eller låta bli att ta ut den om uppbärandet av avgiften skulle äventyra klientens eller familjens utkomst eller klientens lagstadgade försörjningsplikt. Detsamma gäller också en avgift för hälso- och sjukvård som fastställts enligt betalningsförmåga. Klienten kan också få utkomststöd för klientavgifter inom social- och hälsovården. I första hand ska dock avgiften hellre sänkas än utkomststöd beviljas. Om klienten låter bli att betala klientavgift för social- eller hälsotjänster kan dröjsmålsränta uppbäras och avgiften utmätas utan beslut av domstol.

Socialkostnader

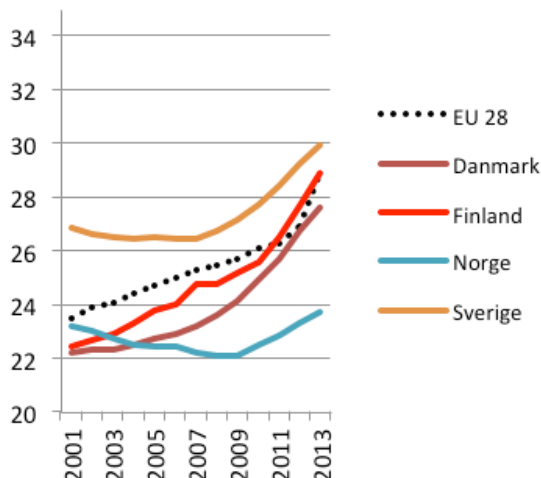
Socialvårdslag (710/1982) definierar socialarbetets principer. I kommunerna tillhör arbetet större helheter sådana som vuxenarbete eller barnskydd och enhetskostnaderna är svåra att urskilja. Socialarbetarens besök ansågs kosta mellan 154 – 237 € i 2011¹⁶. Socialarbete är avgiftsfritt för klienter.

14 Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

15 Social och Hälsovårdministeriet http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/klientavgifter

16 Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

Figur 3. Försörjarkvoten i EU samt somliga Nordiska länder 2001-2013. (Källa OECD och Prognosen för Finland (Källa FN))



3a. Försörjarkvoten i EU och några nordiska länder

Försörjarkvoten

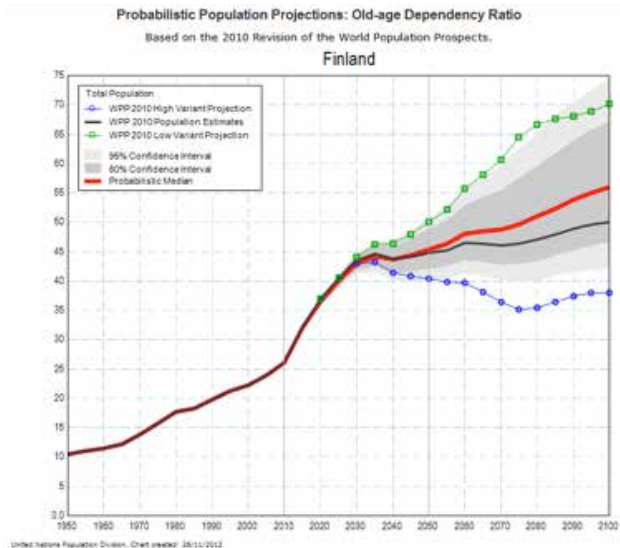
Kostnaderna stiger ju mera populationen åldras oavsett, att människorna tycks leva allt längre med sin fulla funktionsförmåga i bibehåll.

Kostnad stigningen förklaras med stigande antal av flersjuka äldre och ökning av äldre personer med nedsatt funktionsförmåga. När befolkningen i arbetsåldern samtidigt minskar, betyder detta att försörjarkvoten stiger. Försörjarkvoten (antal 65+ fyllda personer/antal 15 - 64 fyllda) under de senaste 13 åren enligt OECD¹⁷ visar ständig ökning i alla Nordiska länder, mest in Danmark och Finland, medan försörjarkvoten i Norge ha sjunkit under millenniums första år (Figur 3a). Prognosen för försörjarkvoten beror på födelsetal och migration.

VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE PERSONER

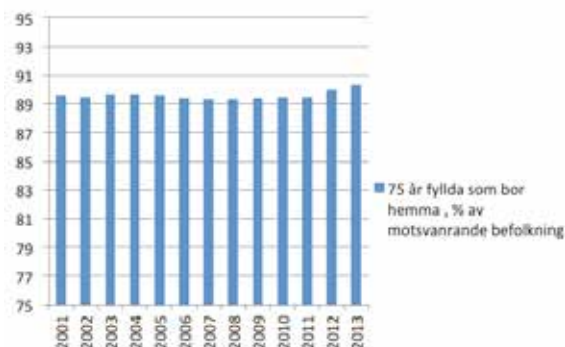
Vård och omsorg – allmänna principer

Äldreomsorgslagen stadgar att kommunerna skall ordna vård och omsorg för äldre personer i första hand i deras hem. Institutionsvård bör ordnas enbart då om klientens säkerhet är hotad eller av medicinska skäl (§ 14a). Figur 4 avslöjar att nästan 10 % av 75 fyllda bodde annanstans än hemma 2013.



3b. Prognosen för försörjarkvoten, Finland

¹⁷ www.oecd.org



Figur 4. Andelen av 75 fyllda som bor hemma, % av motsvarande befolkningen

Källa: Sotkanet¹⁸

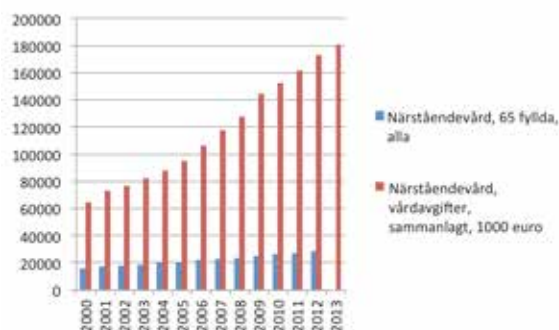
Tillgången till service, servicens tillgänglighet och väntetider

Äldreomsorgslagen tar ställning till servicen tillgänglighet (7 §) genom att ordinera kommuner att ordna socialservicen för sin äldre befolkning så att servicen till innehåll, kvalitet och omfattning uppfyller de krav som denna befolknings välbefinnande, sociala trygghet och funktionsförmåga ställer. Servicen skall vara tillgänglig på lika villkor för den äldre befolkningen i kommunen. Därtill skall servicen ordnas nära befolkningen i fråga. Uppgifterna om väntetider skall offentliggöras åtminstone en gång i halvåret (26 §).

Stöd för närståendevård

Alla generationer av finländare hjälper regelbundet någon annan. Av åldersklasserna 18 till 44 år var sju personer och åldersklasserna 45 uppåt var tredje gav sitt hjälp åt en annan person i vardagen.¹⁹

Kommunerna kan ordna vård och omsorg av en äldre, handikappad eller sjuk person genom att göra avtal om vård med en anhörig eller någon annan person som står den vårdbehövande nära. Om villkoren för närståendevård, föreskrivs i lagen om stöd för närståendevård (937/2005)²⁰. Stöd för närståendevård söks hos den vårdbehövande personens hemkommun och ungefär hälften av närståendevårdare har gjort ett sådant avtal.



Figur 5. Närståendevård, 65 fyllda vårdbehövare och vårdavgifter under 2000 – 2013

Källa: Sotkanet²¹

Kommunen kan besluta om stöd för närståendevård och tjänster som hänför sig till denna. Idén ligger i avtalet som kommunen gör med närståendevårdaren. Stödet för närståendevård består för det första av vårdbehövandes rätt att få för närståendevård, social- och hälsovårdstjänster vilka definieras i vård- och serviceplanen samt tjänster som skall tillhandahållas under närståendevårdarens ledighet. För det andra består avtalet av närståendevårdarens rätt till vårdarvode, ledighet, pensions- och olycksfalls-

¹⁸ www.sotkanet.fi

¹⁹ Villkko A, Muuri A, Saarikalle K, Noro A, Finne-Soveri H, Jokinen S. Läheisavun moninaisuus. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2015 (toim. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A.). THL.2014

²⁰ Lag om stöd för närståendevård 937/2012

²¹ www.sotkanet.fi

försäkring samt socialservice. Kommunen, den vårdbehövande och närståendevårdaren gör tillsammans upp en vård- och serviceplan för den vårdbehövande.

Arvoden och förmåner till närståendevårdare bildas enligt hur bindande värden är. Arvoden definieras enligt Kuntainfo 4/2014²² på ett följande sätt: Fr.o.m. 1.1.2015 är vårdarvodets minimibelopp 384,67 euro i månaden. Det lägsta beloppet på vårdarvode som betalas ut under en vårdmässigt tung övergångsperiod är 769,33 per månad.

En närståendevårdare har rätt till minst tre dygn ledig tid per månad, om han eller hon under månaden är bunden vid vården dygnet runt. Förutom den lagstadgade ledigheten kan kommunen bevilja närståendevårdaren ytterligare ledighet och rekreationsledighet som är kortare än ett dygn. Även avlöserservice skall vara till närståendevårdarens förfogande.

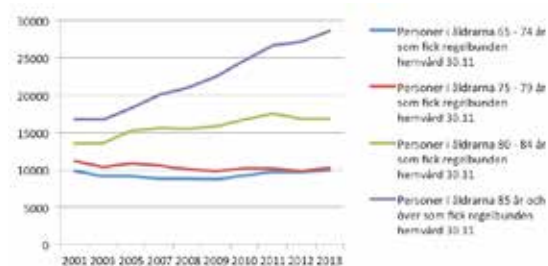
Stöd för närståendevård kan ansökas hos den vårdbehövandes hemkommun. Stöd för närståendevård kan beviljas både för kortvarig och långvarig vård enligt behovsprövning om

- någon på grund av nedsatt funktionsförmåga, sjukdom eller handikapp eller av någon annan mot-svarande orsak behöver vård eller annan omsorg i hemförhållanden,
- en anhörig till den vårdbehövande eller någon annan som står den vårdbehövande nära är beredd att ansvara för vården och omsorgen med hjälp av behövlig service,
- vårdarens hälsa och funktionsförmåga svarar mot de krav som närståendevården ställer,

- närståendevården tillsammans med andra behövliga social- och hälsovårdstjänster är tillräcklig med tanke på den vårdbehövandes välbefinnande, hälsa och säkerhet,
- den vårdbehövandes hem till sina sanitära förhållanden och övriga förhållanden är lämpligt för den vård som ska tillhandahållas där.

Regelbunden och tillfällig hemvård

Av 65 fyllda 6,2 % och av 75 fyllda 11,9 % fick regelbunden hemvård i november 2013. Procentuella andelar har hållit sig nästan lika sedan 2001. Regelbunden hemvård definieras på följande sätt: klientel som i november har 1) vård- och serviceplan i kraft, 2) får hemvård minst en gång per vecka 3) besöker dagvård minst en gång per vecka 4) får närståendevård utan hemvård. Uteslutade är personer som under bedömnings tid fick institutionsvård eller befann sig inom serviceboende.



Figur 6. Antal klienter som fick regelbunden hemvård 2001 – 2013, enligt åldersgrupper

Källa: Sotkanet²³

Antalet personer som får regelbunden hemvård har ökat från 51 000 (2001) till 65 000 (2013). Hemvården i allra äldsta åldersgruppen har ökat mest under senaste 12 åren (figur 6).

22 <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfo/kuntainfo/-/view/1895396#sv>

23 www.sotkanet.fi

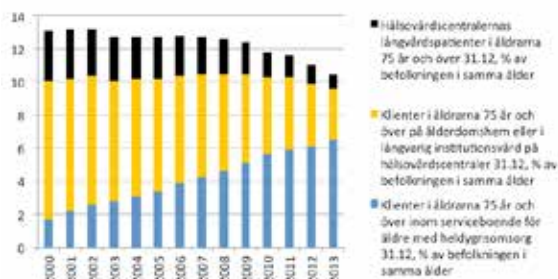
Tillfällig hemvård beviljas för korta tidsperioder och varierar från kommun till kommun. Ingen statlig statistik existerar och andelen tillfällig hemvård varierar från kommun till kommun.

Serviceboende

Serviceboende är en mångfald av boendeformer med odefinierad mängd av tillgänglig vård och omsorg. S.k. vanlig serviceboende betyder servicehus utan dygnet runt vård. Servicehus med dygnet runt vård och omsorg kallas effektiviserad serviceboende. Andelen vanlig serviceboende har minskat under de senaste åren. Effektiviserad serviceboende behandlas i kapitel 2.5.

Dygnet runt vård och omsorg

Dygnet runt vård och omsorg har minskat både i hälsovårdcentralernas bäddavdelningar och i åldringshem, dvs. institutionsvården håller på att försvinna. Den har delvis ersätts av effektiviserad serviceboende (figur 7).



Figur 7. Antal klienter som fick regelbunden hemvård 2001 – 2013, enligt åldersgrupper
Källa: Sotkanet²⁴

I början på millennium (2000) vårdades 39 000 personer i platser som erbjöd dygnet runt vård och tretton år senare (2013) antalet var 45 000. Även i dygnet runt vård den äldsta åldersgruppen, 85 fyllda, var den som ökade mest.

Klientens funktionsförmåga och somliga allmänna behov

Bedömning av vårdbehov

Äldreomsorgslagen (§ 15) stadgar om bedömning av servicebehovet. Det är på kommunen ansvar att en övergripande utredning av social- och hälsovård – eller annan service - av en äldre persons behov genomförs. Detta skall ske i samarbete med personen själv och vid behov med hans eller hennes anhöriga eller närstående eller med en intressebevakare. Utredningen får genomföras av en sådan anställd som har omfattande sakkunskap och lämplig behörighet, i praktiken en socialarbetare eller sjukskötare /-sköterska. Samarbete med andra experter uppmanas.

Bedömningen skall utledas snarast möjligt efter den äldre personen själv ha sökt denna utredning, sökt socialservice, hjälpbehovet har konstaterats annanstans i verksamhet, eller det har gjorts en anmälan av servicebehov (polis, granne osv.)

Lagen betonar bedömning av funktionsförmågan i samband med utredningen av servicebehovet. Den bör genomföras mångsidigt och med tillförlitliga bedömningsinstrument. Bedömningen skall omfatta dagliga funktioner hemma och i närmiljön och ge svar på vad klienten behöver stöd och hjälp med. Vid bedömningen ska beaktas den äldre personens fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga samt faktorer som har samband med tillgängligheten i omgivningen, tryggheten i boendet och tillgången till närservice.

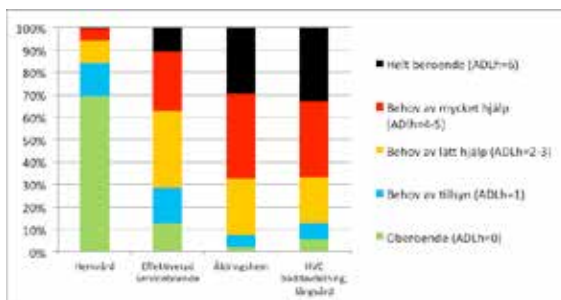
Institutet för hälsa och välfärd uppehåller web-sidor för validerade bedömningsinstrument²⁵.

Dagliga funktioner (IADL ADL)

Allmän daglig livsförning kan delas till 1) personliga funktioner eller dagliga basalfunktioner (Basic ADL, BADL) som rör sig personen och 2) instrumentella funktioner (IADL) som handlar om aktiviteter i hushållet eller i omgivningen. IADL-funktioner (t.ex. matlagning, städning, transporter, användning av telefon, läkemedel, shopping osv.) förloras ofta tidigare i livsloppet än basalfunktioner (födo-intag, toalettbesök, lokomotion, personlig hygien osv.). Av hemvårdens klientel 1,5 % var helt självständiga i sina IADL funktioner i 2014, medan 63 % av samma klienter var helt självständiga i sina ADL funktioner.

Hjälpbehovet angående dagliga funktioner är störst bland äldreomsorgsbosatta och minst bland hemvårds-klientelen. Skillnaderna mellan kommunerna är små angående institutionsvård men större vad hemvård beträffar

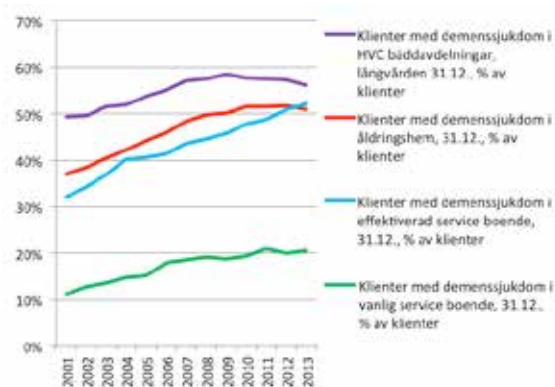
Figur 8 föreställer grovt skillnader i ADL-för-mågan inom äldreomsorg. Var tredje person i hälsovårdcentralernas bäddavdelningar och i äldreomsorgsbosatta är helt beroende av vårdarens hjälp i alla eller nästan alla sina ADL aktiviteter. Två av tre personer behöver mycket hjälp varje dag. Samma figur föreställer även, att bara en mino-ritet med fysiskt hjälpbehov bor kvar i sitt hem i nuvarande äldreomsorgssystem, i Finland.



Figur 8. Hierarkisk ADL-skala (ADLh)²⁶ inom äldreomsorg 2014. I skalan 0 betyder självständig och 6 helt beroende av andras hjälp.

Källa: RAI-databas, THL

Kognition



Figur 9. Klienter inom äldreomsorgen som hade diagnos av demenssjukdom 2001-2013

Källa: SOTKANet, THL

²⁵ www.toimia.fi

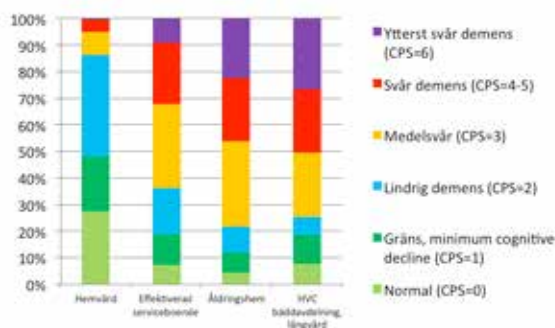
²⁶ Morris JN, Fries BF, Morris S. Scaling ADLs within the MDS. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999;54 (11): M546-M553. doi: 10.1093/gerona/54.11.M546

Tabell 6. Allmänna psykiska och psykiatriska symptom inom äldreomsorg

	Hemvård	Effektiverat serviceboende	Åldringshem	HVC bäddavdelning, långvård
<i>Depression</i>	15,6	30,7	26,8	28,2
<i>Hallucinationer eller delusioner</i>	8,2	19,3	21,5	17,4
<i>Vandrande</i>	4,7	21,5	13,5	12,3
<i>Verbala eller fysiska aggressioner</i>	5,7	25,4	27,3	23,2
<i>Socialt uppmärksamhetsväckande beteende</i>	2,2	18,7	19,2	19,7
<i>Motstår vård</i>	9,7	29,9	35,2	30,6

Källa: RAI-databas, THL

Diagnosen av demenssjukdom, inom äldreomsorgen, har blivit allmänare med åren (figur 9), särskilt inom effektiverad serviceboende, men har ej ökat mera i hälsovårdcentralernas bäddavdelningar, vilka har under de senaste åren i ökande mängder förvaldlats från boendeformer till rehabiliteringsavdelningar.



Figur 10. Kognition inom äldreomsorgen 2014

Källa: RAI-databas, THL

Förklaringar: CPS betyder Cognitive Performance Scale, skalan 0-6 var 0=normal kognition och 6= ytterst svår demens²⁷

Figurerna 9 och 10 avslöjar att demens är den viktigaste orsaken bakom den nedsatta funktionsförmågan inom äldreomsorgen i Finland. Studier om upplevd kvalitet av vården har visat, att personer redan med medelsvår demens (CPS= 3) har svårigheter att svara på frågor angående vårdkvaliteten eller livskvaliteten. Dessa personer omfattar mera än två tredje delar av alla äldreomsorgens boendeformer.

Psykiska och psykiatriska behov

Tabell 6 förevisar några allmänna psykiska och psykiatriska behov bland äldreomsorgsklientelen.

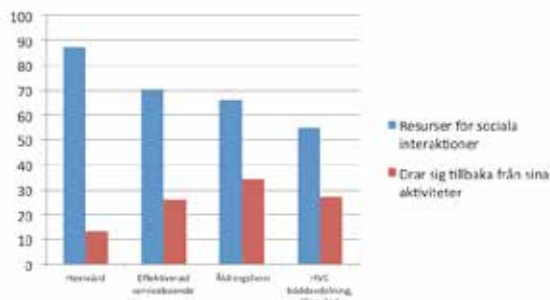
I stort sätt, mest psykiska eller psykiatriska behov hittades i åldringshem och minst bland hemvårdsklientelen. Största delen av psykiatriska behov har anknytning till demens.

Sociala behov

Av hemvårdens klientel 76 % tillbringade längre perioder under dagen eller hela dagen i ensam och hälften av dem (36 %) var hela dagen ensam. Var fjärde upplevde ensamhetskänslor (25 %).

27 Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. MDS Cognitive Performance Scale J Gerontol 1994;49(4):M174-82

Av personer i effektiverad serviceboende var annan (50 %) var längre perioder ensam men nästan ingen var ensam hela dagen (4 %). 14 % av personer i effektiverade serviceboende upplevde ensamhetskänslor.



Figur 11. Andel äldreomsorgens klientel med goda resurser för sociala interaktioner och andel personer som drar sig tillbaka från sina aktiviteter i 2014

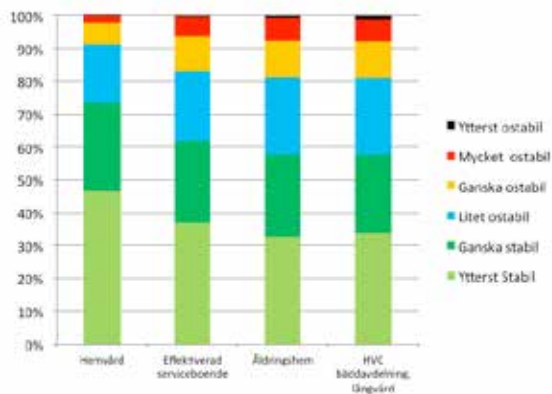
Källa: RAI-databas, THL

Andelen av svår demens bör tas hänsyn till när siffror för subjektiva känslor tolkas och jämförs.

Hälsobehov

Äldreomsorgsklienter är mångsjuka med i medeltal 9 olika mediciner, 10 i hemvården. Var tredje av hem-vårdens klienter har smärtor varje dag, var fjärde i effektiverad serviceboende och var femte inom institutioner.

Figur 12 visar att ca 40 % av äldreomsorgens klientel har ostabil hälsa^{28, 29}.



Figur 12. Stabilitet av hälsotillståndet 2014. Chess-skalan, 0-5 var 0=ytterst stabil och 5=ytterst ostabil hälsotillstånd.

Källa: RAI-databas, THL

Sammanfattning av behov

Äldreomsorgs klientel har en mångfald av olika social och hälsobehov.

KVALITET

Allmänt om kvalitén

Om litteratur

Wikipedia definierar kvalitet³⁰ på ett följande sätt: "Kvalitet avser värdet av egenskaper som objekt, subjekt eller aktiviteter har. Begreppet kan åsyfta det inre värdet av en materiell produkt (exempelvis råvaror, konstruktion, produktionsprocess), en tjänst eller verksamhet (utbildning, forskning, behandling), ett verk (tidningsartikel, konstverk, musikinspelning, fotografi), eller en person eller grupp (chefer, konstnärer, studenter). Att eftersträva hög kvalitet sätts ofta i motsats till hög kvantitet, det vill säga ett stort antal

28 Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. J am geriatr Soc 2003 Jan;51(1):96-100

29 Hirdes JP, Poss, JW, Mitchell L, Korngut L, Heckman G. Use of the interRAI CHESS Scale to Predict Mortality among Persons with Neurological Conditions in Three Care Settings. PLoS ONE 2014;9(6): e99066. doi:10.1371/journal.pone.0099066

30 <http://sv.wikipedia.org/wiki/Kvalitet>

objekt eller subjekt som berörs av en aktivitet. Begreppet är besläktat med klass, rang, kvalificerad.[1] Kvalitet kan utvärderas, mätas och systematiskt förbättras genom kvalitetssäkring, kvalitetsarbete eller kvalitetsteknik”, och ger följande kännetecken på god kvalitet

- Pålitlighet; Att det som lovats utförs
- Trovärdighet; Att man kan lita på den som tillhandahåller tjänsten
- Tillgänglighet; Hur lätt det är att komma i kontakt med leverantören
- Kommunikationsförmåga; Hur leverantören kommunicerar med kunden
- Tjänstvillighet;
- Artighet.
- Inlevelseförmåga.
- Omgivning.

WHO definierar kvaliteten i hälsovården som ”a process for making strategic choices in health systems ”ger följande dimensioner för kvaliteten i hälsovården³¹:

- effektivitet, dvs. vården skall vara evidence – based och baseras på patientens behov
- efficient, d.v.s., vården maximerar resursanvändning och undviker slöseri
- accessible, dvs. tillgänglig
- acceptable / patient centered dvs vården är patient centrerad och accepteras av henne eller honom
- equitable dvs. jämlik
- safe dvs. trygg och säker

Avedis Donabedian tar upp följande problem ang. vårdkvaliteten i sin artikel i JAMA (1988) ³²:

- Problems with contributory role of the consumer
- Problem of goals: “Particularly when competition is rampant, it is easy to see how more pleasant circumstances and more ingratiating manners might distract consumers and cloud their judgment, at least for a while.”
- “Similarly, concentration on short term, visible results might replace the attention from some that are immediate, but less noticeable and others that are long delayed. It is important, by simultaneously assessing the quality of all aspects of care, to guard against these artificial disjunctions.”
- Problems of validity: erroneous expectations
- Problems with particularization: acting against one’s own interest /against carer’s conviction /problems with inequity
- Problem of documentation: when and by whom to poll?
- Problems of implementation; From ”paternalism” to ”informed consent” has not been a difficult step, especially when the elicitation of consent becomes an impersonal litany, whose main purpose is anticipatory self exoneration. ”Collaborative consent” is the mode of interaction I envisage. I see practitioner and patient together, actively engaged in a search for the most appropriate solutions

Han delar kvaliteten i tre delar 1) struktur (t.ex omgivningen, personresurser) 2) processer (olika guidelines och deras uppföljning, vårdprocesser, practices) 3) resultat av vården.

31 http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

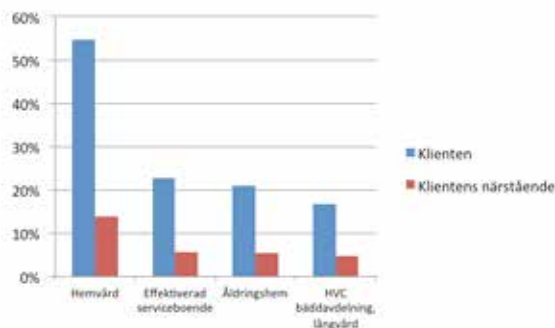
32 Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed. JAMA 1988;260:1743-8

Kvalitetslinjer inom äldreomsorg i Finland

Principiella drag för vård- och omsorgskvaliteten för äldre personer definieras i äldreomsorgslagen³³ och kvalitetsrekommendationen³⁴. Den förstnämnda ligger bakom de principer som präglar äldreomsorgsstrukturen i dag (kapitel 2) och följer WHO:s principer. Den sistnämnda ger närmare rekommendationer angående vad som bör göras samt hur och när det bör göras.

Brukarens eller vårdmottagarens synpunkt

En av de viktigaste uppmaningarna både i lagen och i rekommendation är att höra vad klienterna själva säger, för att kunna leverera personcentrerad vård och omsorg. Detta sker enligt lagen på två nivåer. Den ena är populationsnivån där befolkningen skall delta i det kommunala beslutsfattandet när det gäller äldre personers angelägenheter (§ 11, äldreråd). Den andra nivån gäller beslut om individens egen vård, service, rehabilitering och omsorg (§ 15 och 16, utredning av behov och serviceplan).



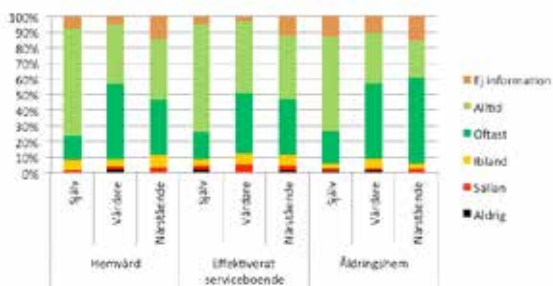
Figur 13. Deltagandet av klienten i sin egen i servicebehov utredning inom äldreomsorgen 2014.

Figur 13 visar bl.a. att bara varannan hemvårds-klient deltog i sin egen servicebehovsutredning 2014. Delta-gandeandelen berodde på klienternas kognitiva nivå.

Bara varannan hemvårds-klient deltog i sin egen servicebehovs utredning 2014. Deltagningsprocenten berodde på kognitiva nivån av klienten.

Äldreomsorgslagen (§ 6) förutsätter att kommunerna skall samla information minst årligen om brukarnas och personalens åsikter om kvaliteten.

I 2013 utredades äldreomsorgsklientelens subjektiva åsikter angående vården, service och upplevd kvalitet av livet. Figur 14 förevisar klienternas känsla av trygghet i olika typer av äldreomsorg, i två stora städer i Finland. Klienterna svarade själv om möjligt, blev intervjuad av vårdare, om de inte kunde använda internet eller svara på pappersenkät. Närstående beddes svara för klienten.



Figur 14. Svaren på uttrycket ”jag känner mig trygg när jag är ensam”. Information från äldreomsorg i två städer 2014

33 Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012

34 Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen. Social- och hälsovårdsministerium 2013;15

Lagen definierar inte på vilket sätt åsikter borde samlas eller vilka alla frågor borde ställas.

En av kvalitetsrekommendations huvudpunkter är ”delaktighet och aktörskap”. Rekommendationer konstaterar att äldre personer måste ha möjlighet att delta i verksamheten i sitt samfund även när funktionsförmågan är nedsatt. Det här förutsätter att äldre personer får det stöd de behöver för att kunna delta, till exempel hjälpmedel för att kunna se, höra, läsa, kommunicera, hålla kontakt, minnas och röra sig.

Rekommendationen uppmuntrar kommuner att planera kommunala verksamheter på ett sådant sätt som trygger äldre personers möjlighet att delta. Kommunen bör även trygga anhörigas och närståendes delaktighet i en äldre persons liv när han eller hon själv vill det.

Äldre personer skall enligt både lagen och rekommendationen ha möjlighet att påverka planeringen, genomförandet och utvärderingen av den egna servicen samt fattande av de beslut som rör genomförandet av servicen. Man bör lyssna till den äldres åsikter och åsikterna bör antecknas i serviceplanen. Den äldre måste ges möjlighet att bedöma tjänstens funktionalitet och kvalitet: Allt detta ska ske särskilt då när den äldres funktionsförmåga är nedsatt.

Personaldimensionering inom äldreomsorgen

Äldreomsorgslagen (§ 20) stadgar att en verksamhetsenhet ska ha en personal som till antal, utbildning och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som tillhandahålls service av verksamhetsenheten och det servicebehov deras funktionsförmåga medför, och som garanterar dem en högkvalitativ service. Lagen tar hänsyn till klienters funktionsförmåga – i fall den är

nedsatt i så stor grad att den äldre personen behöver omsorg dygnet runt, skall det finnas tillräcklig personal på verksamhetsenheten alla tider på dygnet. Lagen stadgar inte on exakta dimensioneringar.

Kvalitetsrekommendation däremot tar ställning till personaldimensionering genom att rekommendera om det absoluta minimiantalet anställda, som är 0,50 vårdarbetare per klient på effektiverade serviceboenden och ålderdomshem och 0,60–0,70 vårdarbetare per klient på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar för långvarig vård. Rekommendationen konstaterar att personaldimensioneringen skall alltid utgå från klienterna och deras behov.

Olika sätt att räkna personaldimensionering

Personaldimensionering kan räknas på många olika sätt. Traditionellt, i Finland, har personaldimensioneringen räknats som antal anställda vårdare per säng. I stället kan man räkna personaldimensionen i arbetstimmar. Viktigt är också att veta vilka personalgrupper deltar vårdarbete, vad som räknas med i vårdarbete och hur skall man ta med det arbete som studenter, frivilliga och anhöriga gör. Användning av vikarier, speciellt korvariga vikarier är även avgörande med tanke på kvalitén och tillräcklighet av den vård som de äldre personerna får.

Personaldimensionering 2014

Av all personal inom äldreomsorgen arbetade 1/3 i hemvården, 2/3 inom olika boendetyper medan klienterna var fördelade omvänt: 2/3 bodde fortfarande hemma. Uppföljningen av äldreomsorgslagen visade att planerad dimen-

sionering bara delvis förverkligades^{35, 36}. Inom dygnetruntvård och -omsorg var det planerat med ca 40 000 anställda år 2014. I verkligheten blev det 35 000. Motsvarande siffror var 17 000 och 14 000 inom hemvården.

Under ett år (2013—2014) hade den planerade personaldimensioneringen stigit både i privata och offentliga servicetyper, inom dygnetruntvård och -omsorg, nästan upp till kvalitetsrekommendationens nivåer. Inom 6 procent av de offentliga verksamhetsenheterna var den planerade dimensioneringen lägre än 0,5 vårdare per klient 2013. 2014 halverades motsvarande siffra (3 %). Av de privata enheterna hade 2013 9 procent planerat för en lägre dimensionering än 0,5, medan bara 5 procent hade motsvarande planer under 2014.

Den förverkligade personaldimensioneringen var 2014 inom effektiviserat serviceboende 0,61 (offentliga) och 0,65 (privata). Motsvarande siffror i åldringshem var 0,64 (offentliga) och 0,58 (privata) medan hälsovårdcentralernas bäddavdelningar hade 0,68 (offentliga) och 0,69 (privata).

Sakkunnighet

Sakkunnighet kan grovt definieras med utbildningen av personalen. Av hela vårdpersonalen inom äldreomsorgen dygnet runt vård i landet var 8-13% sjuksköterskor eller hälsovårdare, 66-67% av närvårdare eller grundvårdare. Rehabiliteringspersonalen var 1-2% och olika biträden 9-10%, sammanlagt 42 000 personer.

I hemvården var sjuksköterskoandelen (hälsovårdarandelen) 12 %, närvårdar- eller grundvårdarandelen 68-80 % hemvårdarandelen 10-11%, och terapeutandelen under 1 %.

Det behövs även extra kunskaper inom äldreomsorg. Äldreomsorgslagen (§ 19) nämner expertis åtminstone på områdena som främjande av välbefinnande och hälsa, gerontologiskt vård- och socialarbete, geriatri, läkemedelsbehandling, näring, multiprofessionell rehabilitering och mun- och tandvård.

Ledarskap och management

Äldreomsorgslagen (§ 21) kräver att varje verksamhetsenhet skall ha ledare. Denna föreståndare skall ansvara bland annat för att utredningen av servicebehovet och serviceplan förverkligas och att klienten får personinriktad vård av god kvalitet.

Ekonomi

Ty största delen av kostnader inom äldreomsorgen bildas av personalens löner, den viktigaste ekonomiska delen av helheten ur ekonomisk synpunkt är hur personalens arbetskraft används, vart den fokuseras och vilka, hurudana är resultat. Ur ekonomisk synpunkt bibehållen funktionsförmåga och noll-användning av hälso- och sociala resurser är syfte. Även därför (inte enbart ur etiska synpunkter) borde personalen arbeta på ett så hälsofrämjande och rehabiliterande sätt som möjligt.

35 Noro A, Alastalo H, Finne-Soveri H, Mäkelä M. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2, Helmikuu 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

36 Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H, Alastalo H. Henkilöstörakenne on vahvistunut ympärivuorokautisessa hoidossa vuodesta 2013 vuoteen 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 26, marraskuu 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

På statnivån den nuvarande regeringen har satt den målsättningen, att 92 % av 75 fyllda bor hemma senast år 2017. Med detta syfte borde 300 ME sparas för hemvården är billigare för kommunerna än institutionsvården eller serviceboende.

Tabell 7. Kommunen / kommunförbundet samlar information om ekonomiska resurser i kommunen Finland 2013 och 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner³⁷

	År	Nej %	Ja %	N
Fasta Finland	2014	10	90	209
	2013	15	85	208
Södra Finland	2014	5	95	40
	2013	18	83	40
Sydvästra Finland	2014	8	92	38
	2013	10	90	39
Östra Finland	2014	11	89	37
	2013	8	92	37
Västra och Inre Finland	2014	15	85	55
	2013	9	91	53
Norra Finland	2014	5	95	19
	2013	16	84	19
Lappland	2014	15	85	20
	2013	45	55	20

Äldreomsorgslagen stadgar följande om planering och finansieringen.

1. Varje kommun skall ha en plan (§ 5) för att stödja den äldre befolkningen” en plan över sina åtgärder för att stödja den äldre befolk-

ningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att ordna och utveckla den service och närståendevård som äldre personer behöver. Vid planeringen ska åtgärder som främjar boende i hemmet och rehabilitering prioriteras. Planen ska utarbetas som ett led i kommunens strategiska planering. Planen godkänns av kommunfullmäktige, och den ska ses över varje fullmäktigeperiod.”. Inom detta plan, enligt § 6, skall även information om ekonomiska resurser nämnas, och kommunen skall se till att tillräckliga resurser visas (§ 9).

2. Statsunderstöd kan sökas under lag omplanering av och statsunderstöd försocial och hälsovården³⁸
3. Lag om stadsandel för kommunal basservice är ett finansiellt jämnkningsystem mellan olika orter med olika finansiella resurser³⁹ (tillämpas inte i landskapet Åland).

Promotion och prevention

Tjänster som främjar välbefinnandet

Kommunen skall enligt § 12 ordna rådgivningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Bland annat följande tjänster skall ingå:

- handledning som syftar till att främja välbefinnandet, funktionsförmågan och sunda levnadsvanor samt förebygga sjukdomar, olycksfall och olyckor
- tjänster som har förmågan att identifiera sociala problem och hälsoproblem som beror på försvagad hälsa och nedsatt funktionsför-

³⁷ <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu2.html>

³⁸ Lag om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992)

³⁹ Lag om statsandel för kommunal basservice (1704/2009)

måga hos den äldre befolkningen och att ge tidigt stöd i samband med sådana problem,

- handledning beträffande socialvård och annan social trygghet
- handledning beträffande sjukvård, multiprofessionell rehabilitering och säker läkemedelsbehandling, och
- handledning i användningen av tjänster som står till buds i kommunen och som främjar välbefinnandet, hälsan, funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand.

Tabell 8. Rådgivningstjänster för äldre befolkning, Finland 2013 och 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner⁴⁰

Region	År	Nej %	Ja %	N
Fasta Finland	2014	6	94	209
	2013	19	81	208
Södra Finland	2014	5	95	40
	2013	15	85	40
Sydvästra Finland	2014	8	92	38
	2013	23	77	39
Östra Finland AVI	2014	5	95	37
	2013	22	78	37
Västra och Inre Finland (AVI)	2014	5	95	55
	2013	21	79	53
Norra Finland (AVI)	2014	5	95	19
	2013	16	84	19
Lappland (AVI)	2014	5	95	20
	2013	10	90	20

Influenzavaccinationer

Bland de effektiva preventionsmekanismer, som skyddar mot funktionsnedsättningen är årlig vaccinering mot influensa. Detta är fri av avgift för alla 65 fyllda samt för definierade riskgrupper.

40 <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu4.html>

I kommunen / kommunalförbund ordnas:		Hälsoinspektioner	Hembesök	N
		Ja %	Ja %	
<i>Fasta Finland</i>	2014	67	87	209
<i>Södra Finland</i>	2014	60	83	40
<i>Sydvästra Finland</i>	2014	71	92	38
<i>Östra Finland</i>	2014	68	86	37
<i>Västra och Inre Finland</i>	2014	65	87	55
<i>Norra Finland</i>	2014	68	100	19
<i>Lapland</i>	2014	80	75	20

Tabell 9. Hälsoinspektioner och hembesök som främjar äldre befolknings välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmågan att klara sig på egen hand, Finland 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner⁴¹

Tabell 9 förevisar att de flesta kommuner ordnar hälsofrämjande hembesök åt den äldre befolkningen, men rådgivningen i allmänhet borde fortfarande utvecklas

fysiska strukturer, sådana som funktionshinder. Trygghet innebär bland annat medicintryggheten, brandtryggheten samt skydd mot misshandel.

Självbestämmerätt

Lag om klientens rättigheter och ställning

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)⁴² definierar klientens rätt att bli tillhörd samt självbestämmerätten inom social och hälsovård.

Av hemvårdsklienter 23 % och av effektiverad serviceboende 15 % hade fallit under månaden föregående bedömningen av servicebehov. Inom institutionsvård 7-8 % föll under 3 månader föregående bedömning.

Användning av tvång och risken för misshandel

Risken för misshandel är stor då klienten inte uppfattar det hjälp som hon eller han erbjuds i samband med dagliga aktiviteter. En uppdaterad lag stiftning angående användning av tvång inom äldreomsorg är under arbete.

Kvalitetssystem och indikatorer

Om kvaliteten stadgar äldreomsorgslagen att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls en äldre person ska vara högkvalitativa och garantera honom eller henne god vård och omsorg.

Trygghet

Trygghet är ett mångdimensionellt begrepp som omfattar bland annat tryggheten i meningen av

Varje kommun och serviceproducent kan fritt välja sitt kvalitetsinstrument.

41 <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu4.html>

42 Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>

Tabell 10. Information samlas av kommunen/kommunförbundet av klienter angående servicens tillräcklighet och kvalitet, Finland 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner⁴³

Region	År	Ja %	N
<i>Fasta Finland</i>	2014	89	209
<i>Södra Finland</i>	2014	93	40
<i>Sydvästra Finland</i>	2014	84	38
<i>Östra Finland</i>	2014	86	37
<i>Västra och Inre Finland</i>	2014	93	55
<i>Norra Finland</i>	2014	84	19
<i>Lappland</i>	2014	85	20

Tabell 11. Information samlas av klienter och deras anhöriga angående servicens tillräcklighet och kvalitet, Finland 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner

Region	År	Ja %	N
<i>Fasta Finland</i>	2014	89	209
<i>Södra Finland</i>	2014	93	40
<i>Sydvästra Finland</i>	2014	84	38
<i>Östra Finland</i>	2014	86	37
<i>Västra och Inre Finland</i>	2014	93	55
<i>Norra Finland</i>	2014	84	19
<i>Lappland</i>	2014	85	20

Tabell 12. Information samlas av personalen angående servicens tillräcklighet och kvalitet, Finland 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner

Region	År	Ja %	N
<i>Fasta Finland</i>	2014	75	209
<i>Södra Finland</i>	2014	63	40
<i>Sydvästra Finland</i>	2014	79	38
<i>Östra Finland</i>	2014	78	37
<i>Västra och Inre Finland</i>	2014	84	55
<i>Norra Finland</i>	2014	79	19
<i>Lappland</i>	2014	60	20

43 <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu2.html>

Tabell 13. Kommunen har något annat kvalitetssystem än klientelens/personalens åsikter i bruk, Finland 2013 och 2014 enligt regionförvaltningsverkets regioner

Region	År	Nej%	Ja%	N
Fasta Finland	2014	69	31	209
	2013	78	22	208
Södra Finland	2014	63	38	40
	2013	73	28	40
Sydvästra Finland	2014	71	29	38
	2013	82	18	39
Östra Finland	2014	65	35	37
	2013	81	19	37
Västra och Inre Finland	2014	71	29	55
	2013	75	25	53
Norra Finland	2014	63	37	19
	2013	74	26	19
Lappland	2014	90	10	20
	2013	90	10	20

Serviceproducenterna kan välja sina kvalitetssystem och -indikatorer. Cirka en tredjedel av serviceproducenterna inom äldreomsorgen använder RAI-instrument⁴⁴ för kvalitetsarbete antingen för hemvård, institutionsvård eller båda. I Finland kopior av individers RAI-bedömningar samlas på Institutet för hälsa och välfärd (THL) där nationella medeltal för kvalitetsindikatorer

räknas och benchmarking-rapporterna utges.

I Finland används indikatorerna enligt Zimmerman et al (1995)⁴⁵.

InterRAIs kvalitetsinstrument baserar sig på Donabedians kvalitetstänkande, var indikatorerna reflekterar strukturer, processer och resultat. De flesta indikatorer beskriver prevalenser och en del beskriver incidenser. Inom institutionsvården bara en del av indikatorer är justerade enligt klientelstruktur. Inom hemvården man kan välja mellan justerade eller icke-justerade indikatorer⁴⁶. Dessa kvalitetsindikatorer täcker bland annat sådana områden som trygghet, användning av mediciner, näringsstillstånd, användning av tvång, samt psykiskt och socialt välbefinnande.

SAMMANFATTNING

- Under den senaste regeringen har en omfattande förändring planerats av social- och hälsosystemet. Äldreomsorgen är tänkt att tillhöra en bredare social- och hälsostruktur, SOTE.
- Kostnaderna för olika typer av äldreboende har ökat under senare år. Kostnadsstegringen har varit snabb för effektiverat serviceboende efter 2013, efter att en uppföljning av äldreomsorgslagen avslöjade låg personaldimensionering.
- Kostnaderna stiger med åldrande befolkning, oavsett att många behåller sin fulla funktionsförmåga även i hög ålder. Bland nordiska länder ökar försörjarkvoten, d.v.s. förhållandet mellan antalet 65+ och personer i arbetsför ålder, mest i Finland och Danmark.

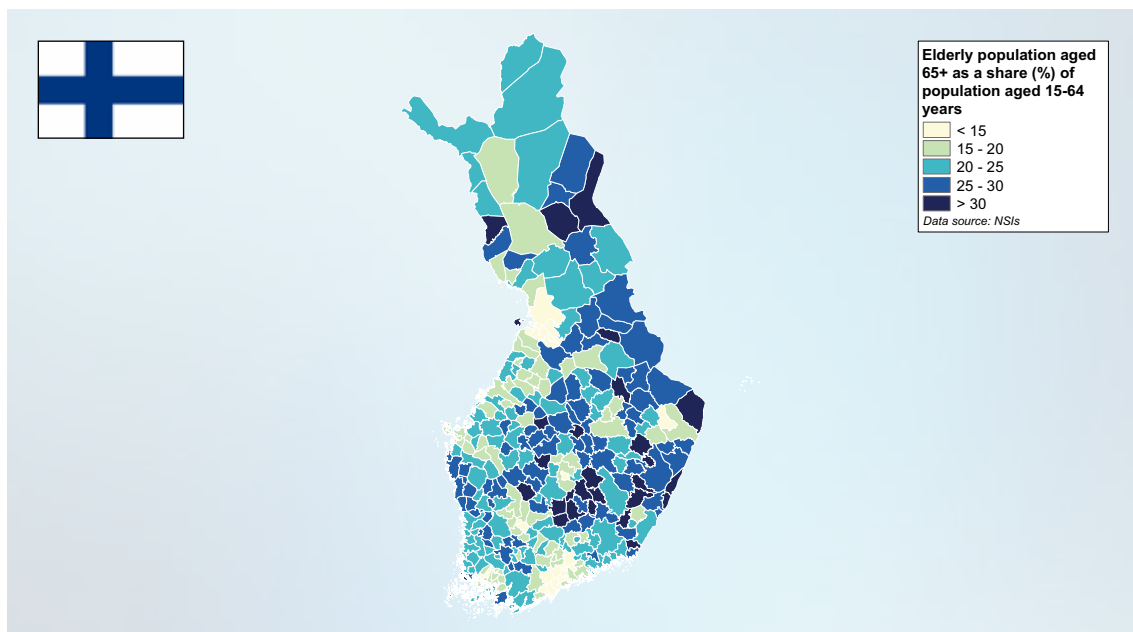
44 <http://www.interrai.org/>

45 Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, Clark BR, Collins T, Ross R, Sainfort F. 1995. Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators. Health Care Financing Review. 16(4): 107–27

46 Hirdes J, Fries, BE, et al. 2004. Home Care Quality Indicators Based on the MDS-HC. Gerontologist 44(5): 665–79

- Antalet personer som får regelbunden hemvård har ökat från 51 000 (2001) till 65 000 (2013). Hemvården i den allra äldsta åldersgruppen, 85+, har ökat mest under de senaste 12 åren
- Demens är den viktigaste orsaken bakom den nedsatta funktionsförmågan bland klienter inom den finländska äldreomsorgen.
- Både lag och rekommendation betonar vikten av att klienterna deltar i utredningen av de egna behoven. Beroende av klienternas kognitiva nivå var det under 2014 bara varannan hemvårdsklient som deltog i utredningen.
- Under ett år (2013—2014) hade den planerade personaldimensioneringen stigit både i privata och offentliga servicetyper, inom dygnetruntvård och -omsorg, nästan upp till kvalitetsrekommendationens nivåer.
- De flesta kommuner ordnar hälsofrämjande hembesök åt den äldre befolkningen, men rådgivningen i allmänhet borde fortfarande utvecklas.
- Risken för misshandel är stor då klienten inte uppfattar den hjälp som hon eller han erbjuds i samband med dagliga aktiviteter. En uppdaterad lagstiftning angående användning av tvång inom äldreomsorg är under arbete.
- Om kvaliteten stadgar äldreomsorgslagen att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls en äldre person ska vara högkvalitativa och garantera honom eller henne god vård och omsorg. Varje kommun och serviceproducent kan fritt välja sitt kvalitetsinstrument.

FINLAND



ÄLDREOMSORG PÅ ÅLAND

ÅLAND

Enligt socialvårdslagen¹ ankommer den allmänna planeringen, ledningen och övervakningen av socialvården på landskapsregeringen.

Landskapsregeringen tar fram ny lagstiftning, anvisningar, riktlinjer m.fl. styrdokument och initierar utvecklingsarbete i syfte att främja social välfärd och förebygga sociala problem. I enlighet med landskapsregeringens ramprogram för det åländska jämställdhetsarbetet ska jämställdhetsperspektivet integreras i de ordinarie sakpolitiska frågorna och finnas med då beslut fattas, resurser fördelas och normer skapas. Inom ramen för socialvårdens kärnuppslag ska flickor, pojkar, kvinnor och män ha samma förutsättningar att få sina behov tillgodosedda på ett kunskapsbaserat och kostnadseffektivt sätt. Under år 2014 har landskapsregeringen tagit fram en plan för att samordna den sociala servicen i en gemensam myndighet, Kommunernas socialtjänst. Kommunernas socialtjänst är en del av en samhällsservicereform där man i reformarbetet framför allt fokuserar på att hitta gemensamma lösningar för att möta behoven inom¹ social sektor, äldreomsorg och infrastruktur.

Vidare strävar samhällsservicereformen till att ge mer likvärdig service och gemensam tillämpning av lagstiftningen så att alla på Åland ges likvärdiga förmåner.

Myndigheter under landskapsregeringen

Tillsynen över den offentliga och privata socialvården samt tillståndsverksamheten för producenter av privat socialservice handhas fr.o.m. år 2014 av Ålands miljö- och hälsoskyddsmyndighet (ÅMHM) medan klient- och patientombudsmännen liksom barnombudsmännen ingår i den nya myndigheten Ålands ombudsmannamyndighet sedan 2014.



**MAJ-LEN
ÖSTERLUND**

Vik. byråchef, Ålands
landskapsregering

Kommunernas roll

Enligt socialvårdslagen skall kommunerna ombesörja planeringen och verkställandet av socialvården. Kommunerna har således ett omfattande lagstadgat ansvar för ordnandet av socialvården. Samtidigt har kommunerna goda möjligheter att lokalt anpassa lösningar till sina verksamhetsförutsättningar vid ordnandet av socialvården.

Enligt lag är det alltså kommunerna som ansvarar för att tillhandahålla tjänster inom äldreomsorgen. Privat socialservice², inkluderat äldreomsorg, förekommer i mycket begränsad omfattning. Landskapsregeringen tar under år 2015 fram ett lagförslag om service-sedlar. Lagen förväntas öka antalet privata till-

1 Socialvårdslag 710/1982 vilken gäller i enlighet med landskapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

2 Lagen om privat socialservice (FFS 922/2011) vilken gäller i enlighet med landskapslag (2012:36) om tillämpning i landskapet Åland av lagen om privat socialservice

handahållare av tjänster för äldre att exempelvis själva välja leverantör av tjänster.

I gällande socialvårdsplan³ slår man fast att en framgångsrik socialvård förutsätter ett gott samarbete mellan olika aktörer. Genom sitt ansvar för socialvården, har kommunerna en central roll i det sammanhanget. En vidareutveckling av det sociala trygghets- och servicesystemet förutsätter att kommunerna aktivt samarbetar med Ålands hälso- och sjukvård, landskapsregeringen samt andra producenter av socialvård, såsom ideella organisationer, föreningar och enskilda personer. Kommunernas verksamhet skall alltid skötas med den enskilda medborgaren i centrum. Även sättet att organisera verksamheten skall ske ur ett medborgarperspektiv.

ÄLDREOMSORGSPOLITIK

Mål för äldreomsorgen

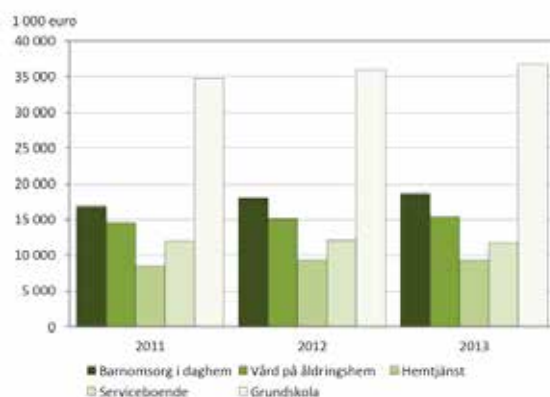
Landskapsregeringen har slagit fast att det övergripande målet är att de tjänster som produceras för äldre, framförallt inom vård och omsorg, men även inom övriga samhällssektorer, skall vara hållbara också på längre sikt och också under de förhållanden där antalet äldre är betydligt högre än i dag, och att de här tjänsterna utgår från den äldre och den äldres behov. Landskapsregeringen har antagit målsättningar och handlingsplan för äldrevården utgående från slutrapporten från arbetsgruppen för att utreda förutsättningarna för äldreomsorgen. Landskapsregeringen har också antagit kvalitetsrekommendationer angående tjänster för äldre⁴ samt riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom⁵. Målet är att minst 90 % av befolkningen som fyllt 75 år ska kunna bo kvar

och leva självständigt i sitt hem och i sin invanda boendemiljö.

Äldres förmåga att bo kvar hemma skall stödjas genom snabbt tillgängliga och högklassiga social- och hälsovårdstjänster. De äldres funktions- och initiativförmåga skall främjas genom stöd och aktiviteter inom ramen för kommunernas och frivilligorganisationernas verksamheter.

FINANSIERING AV ÄLDREOMSORGEN

Kommunernas driftskostnader efter sektor 2011-2013



Källa: ÅSUB, Kommunernas och kommunalförbundens ekonomi och verksamhet 2013

Äldreomsorgen, liksom övrig socialvård, finansieras till största delen genom kommunernas skatteintäkter och genom s.k. landskapsandelar. Landskapsandelen för socialvården – i vilken äldreomsorgen ingår – beräknas enligt kommunens invånarantal, ålders- och bosättningsstruktur. Det sammanlagda beloppet av driftskostnaderna för den socialvård som kommunerna ordnar 2015 har uppskattats till cirka 64,5 mil-

3 Plan för socialvården 2015-2019, Ålands landskapsregering

4 Kvalitetsrekommendation. Tjänster för äldre. Ålands landskapsregering 2010

5 Riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom. Ålands landskapsregering 2012

joner och de totala landskapsandelarna⁶ beräknas uppgå till cirka 20,6 miljoner euro.

Tjänster som faller utanför Ålands behörighetsområde är bostadsbidrag för pensionstagare och vårdbidrag för pensionstagare.

Klientavgifter

De avgifter som tas ut inom äldreomsorgen grundar sig på klientavgiftslagen och -förordningen⁷. Bestämmelserna i lag och förordning om klientavgifter anger bl.a. att den avgift som tas ut för servicen får vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen och att avgiften får uppbäras enligt användarens betalningsförmåga.

Service i hemmet

I hemservice ingår hjälp med uppgifter i hemmet och/eller personlig omvårdnad och stöd. Även stödtjänster såsom måltidsservice, klädvård, bad, städning, transport- eller följeslagarservice och tjänster som främjar socialt umgänge ska ordnas efter behov. För service i hemmet uppgörs i samråd med klienten en service- och vårdplan som ska justeras när servicebehovet förändras. För hemservice kan uppbäras en skälig månadsavgift som bestäms enligt servicens art och omfattning, klientens betalningsförmåga och familjens storlek.

Enligt klientavgiftsförordningen får månadsavgiften uppgå till högst det belopp av de månadsinkomster som överskrider inkomstgränsen som

nedan nämnda betalningsprocenttal anger.

Betalningsprocenttalen och inkomstgränserna är följande:

Antal personer	Inkomstgräns	Betalningsprocent euro/månad
1	563	35
2	1 039	22
3	1 628	18
4	2 014	15
5	2 438	13
6	2 799	11

I tillämpningslagstiftningen har man gjort det möjligt att uppbära avgifter enligt kommunens fastställda grunder beträffande service i hemmet i stället för de avgifter som anges ovan. I en rapport beträffande situationen för ekonomiskt utsatta pensionstagare⁸ kunde man konstatera att skillnaderna i avgiftsuttag mellan kommunerna är stora och även att skillnaden mellan den hemserviceavgift som kunde tas ut enligt riksförordningen och den hemserviceavgift som tas ut i en del kommuner i vissa fall är väldigt stor.

Boendeservice

Boendeservice ordnas som serviceboende eller effektiverat serviceboende. Vid effektiverat serviceboende finns personal på plats dygnet runt. Båda formerna ingår i kommunernas öppen-

6 Landskapslag (1993:70) om landskapsandelar till kommunerna och landskapslag (1993:71) om planering av och landskapsandel för socialvården

7 Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (FFS 734/1992) vilken ska tillämpas i landskapet Åland i enlighet med landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård och förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården (FFS 912/1992) vilken ska tillämpas i landskapet Åland i enlighet med landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

8 Hur kan situationen för ekonomiskt utsatta pensionstagare förbättras? (Ålands landskapsregering, december 2008)

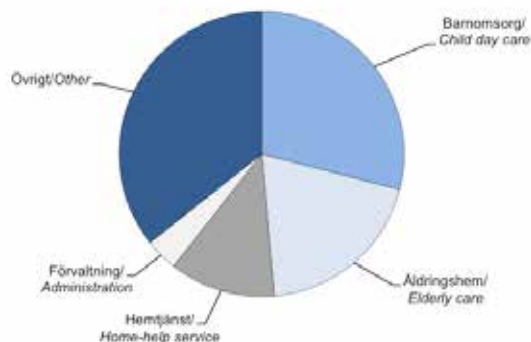
vård och avgifter uppbärs för service i hemmet. Vid effektiviserat serviceboende tar många kommuner också ut en avgift för den service som erbjuds bl.a. genom att personal finns på plats dygnet runt. De boende betalar hyra för sin bostad och har rätt till bostadsbidrag⁹.

Vård på åldringshem

Vid vård på åldringshem (institutionsnivå) ska all den socialvård och hälso- och sjukvård (förutom sjukhusvård) som den äldre är i behov av ingå i avgiften. Kommunen måste lämna kvar minst 15 procent av nettoinkomsterna för klientens personliga bruk, dock minst 105 euro i månaden.

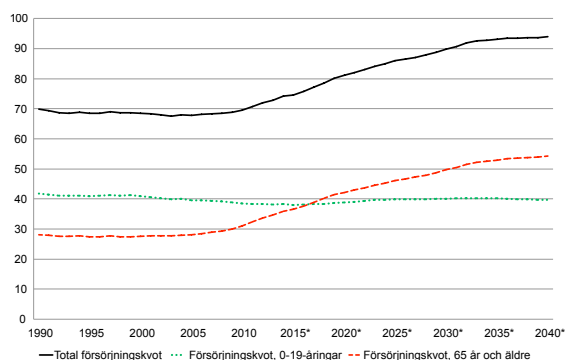
Lagstiftningen i sin nuvarande utformning är i behov av förnyelse eftersom den visat sig leda till stora skillnader mellan kommuner och klienter i fråga om avgiftsuttag.

Kommunernas kostnader för socialväsendet 2012



Källa: Statistisk årsbok för Åland 2014/Statistical Yearbook of Åland 2014

Utvecklingen av den demografiska försörjningskvoten för Åland 1990-2040



Källa: ÅSUB och bearbetningar av Statistikcentralens befolkningsprognos

TJÄNSTER INOM ÄLDREOMSORGEN

Enligt socialvårdslagen ska socialvård i första hand lämnas i form av verksamhet som möjliggör självständigt boende och som skapar ekonomiska och andra förutsättningar att på egen hand klara de dagliga funktionerna. Individens och familjens problem ska beaktas så att åtgärderna för att lösa dem sammanjämkas. Av de olika formerna av socialservice som kommunen ska tillhandahålla är det framför allt hemservice, boendeservice och anstaltsvård som används av äldre. Inom öppenvården ansvarar myndigheten Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) för all hälso- och sjukvård. På institutionsnivå ansvarar ÅHS för tillgången till läkartjänster medan kommunen ansvarar för övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

⁹ Lag om bostadsbidrag för pensionstagare (FFS 571/2007)

Behovsbedömning

Bestämmelser om att en vård- och serviceplan ska uppgöras när en klient är i behov av socialvård finns i bl.a. klientavgiftslagen och lagen om klientens ställning och rättigheter¹⁰. Planen ska uppdateras när behovet av socialvård ändras.

Socialvårdslagen förpliktar kommunen att i brådskande fall bedöma behovet av socialservice utan dröjsmål. I andra än i brådskande fall har de som fyllt 75 år och de som får det högsta vårdbidraget från Folkpensionsanstalten, FPA, rätt att få sitt behov av social service bedömt senast den sjunde dagen efter att kontakt tagits till den ansvariga kommunala myndigheten. Utgående från socialvårdslagens bestämmelse om bedömning av servicebehov arbetar landshapsregeringen också aktivt för att kommunerna som ett led i den här bedömningen ska använda tillförlitliga metoder för att mäta funktionsförmågan och för att den ska mätas på ett tillräckligt heltäckande sätt.

Kommunens skyldighet att informera om socialvården och socialskyddet samt att ge handledning och rådgivning om gällande förmåner finns inskrivet i socialvårdslagen. Kommunen är också skyldig att arbeta för att förbättra de sociala förhållandena och avhjälpa sociala missförhållanden.

Hemservice

I hemservice ingår hjälp med uppgifter i hemmet och/eller personlig omvårdnad och stöd. Även stödtjänster såsom måltidsservice, klädvård, bad, städ, transport- eller följeslagarservice och tjänster som främjar socialt umgänge ska ordnas

efter behov. För service i hemmet uppgörs i samråd med klienten en service- och vårdplan som ska justeras när servicebehovet förändras.

Boendeservice

Boendeservice ordnas som serviceboende eller effektiviserat serviceboende. Vid effektiviserat serviceboende finns personal på plats dygnet runt. Båda formerna ingår i kommunernas öppenvård. De som bor i ett serviceboende hyr en bostad och har dessutom tillgång till gemensamma utrymmen. I tjänsterna ingår t.ex. hemservice och måltidsservice.

Vård på åldringshem

Med anstaltsvård (på Åland kallas detta för institutionsvård), som är vård på den högsta vårdnivån, avses anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård. Anstaltsvård ordnas i åldringshem. Anstaltsvård ges den som är i behov av hjälp, vård eller annan omvårdnad som inte kan ordnas eller som det inte är ändamålsenligt att ordna i personens eget hem genom utnyttjande av någon annan socialservice.

Vid anstaltsvård skall ges sådan behövlig rehabilitering, vård och omsorg som är nödvändig med tanke på klientens ålder och tillstånd. Klientens livsmiljö skall dessutom såvitt möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande och som möjliggör ett privatliv och främjar klientens rehabilitering, initiativkraft och handlingsförmåga.

Anstaltsvård kan ordnas i form av kortvarig eller fortgående dag- eller nattvård eller dygnet-

¹⁰ Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (FFS 812/2000) vilken gäller i enlighet med landshapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Ålands hälso- och sjukvård, geriatriska kliniken 2008 – 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
						Tot	K	M
Antal bäddplatser/ <i>Beds</i>	84	84	74	68	68	50	..	..
Inskrivna patienter/ <i>Patients</i>	220	228	195	218	243	283	163	120
Avlidna/ <i>Deceased</i>	56	54	47	60	71	58	..	..
Antal vård dagar/ <i>Patient days</i>	27 664	28 126	24 665	19 885	17 820	12 518	7 487	5 031
Efter ålder/ <i>By age</i>								
-64	1 831	3 538	3 328	3 072	2 312	1 760	562	1 198
65 - 74	4 547	3 659	3 153	2 154	2 091	1 758	649	1 109
75 - 84	9 966	9 712	7 816	7 175	6 005	3 547	1 881	1 666
85+	11 320	11 217	10 368	7 484	7 412	5 453	4 395	1 058

Not/Note: Geriatriska kliniken hette tidigare Gullåsen/*Former name of the geriatric clinic was Gullåsen*

Källa/Source: Statistisk årsbok för Åland 2014/*Statistical Yearbook of Åland 2014*

runt-vård. I anstalterna kan dessutom ordnas verksamhet som stöder självständigt boende samt rehabilitering.

Lagen innehåller också stadgande om yrkesutbildad personal och om att kommunen skall ha tillräckliga och ändamålsenliga lokaliteter och hjälpmedel.

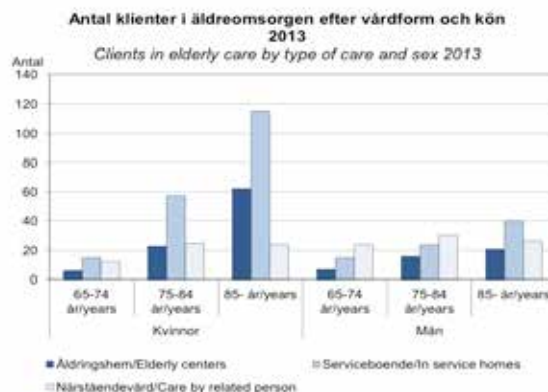
Före 2013 fanns ett antal långvårdsplatser även inom ramen för Ålands hälso- och sjukvård. Tabellen nedan visar avvecklingen av dessa i enlighet med beslut om att göra om långvårdsavdelningen till en geriatrisk klinik inom ramen för specialistsjukvården.

Närståendevård

Stödet för närståendevård¹¹ är lagstadgad socialservice som kommunen ska anordna inom ramen för sina anslag. Syftet med lagen är att främja genomförandet av närståendevården i enlighet med den vårdbehövandes bästa genom att trygga tillräckliga social- och hälsovårdstjänster samt vårdens kontinuitet. Stödet för närståendevården är en helhet som innehåller nödvändig service för den vårdbehövande samt vårdarvode, ledighet och stödtjänster för närståendevårdaren.

11 Lagen om stöd för närståendevård (937/2005) vilken gäller i enlighet med landskapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

12 Självstyrelselag (1991:71) för Åland



Källa: Statistisk årsbok för Åland 2014

Utkomststöd

Utkomststödet är ett ekonomiskt stöd inom socialvården som beviljas i sista hand och syftet med det är att trygga en persons och familjs utkomst och främja möjligheterna att klara sig på egen hand. Med hjälp av utkomststödet tryggas minst den oundgängliga utkomst som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv.

Bostadsbidrag och vårdbidrag

Bostadsbidrag för pensionstagare liksom vårdbidrag tillhör området för rikets behörighet¹² och administreras av Folkpensionsanstalten, FPA. FPA ersätter boendekostnaderna för pen-

Klienter efter ålder och kön 2013

	Antal personer		Andel av totalantalet klienter		Andel av totala befolkningen i de aktuella åldersgrupperna, %
	K	M	K	M	
Åldningshem, klienter i vård 31.12					
Summa 65 år och äldre	91	44	65,5	31,7	2,4
-65-74 år	6	7	4,3	5,0	0,4
-75-84 år	23	16	16,5	11,5	2,3
-85 år och äldre	62	21	44,6	15,1	10,8
Serviceboende för äldre, boende 31.12					
Summa 65 år och äldre	187	79	66,5	28,1	4,7
-65-74 år	15	15	5,3	5,3	0,9
-75-84 år	57	24	20,3	8,5	4,9
-85 år och äldre	115	40	40,9	14,2	20,2
Stöd för närståendevård, vårdade under året					
Summa 65 år och äldre	61	80	21,6	28,3	2,5
-65-74 år	12	24	4,2	8,5	1,1
-75-79 år	13	14	4,6	4,9	2,8
-80-84 år	12	16	4,2	5,7	4,0
-85 år och äldre	24	26	8,5	9,2	6,5
Vårdare sammanlagt	208	73			
-därav 65 år och äldre	78	41	27,8 ¹⁾	14,6 ¹⁾	2,1
Hemtjänst, äldreomsorgshushåll som fått hemtjänst under året					
	Antal hushåll		Andel av hushållen		
Summa 65 år och äldre	623		90,0		.
-65-74 år	93		13,4		.
-75-79 år	92		13,3		.
-80-84 år	116		16,8		.
-85 år och äldre	322		46,5		.

¹⁾ Andel av totalantalet vårdare

Källa: ÅSUB, Kommunernas och kommunalförbundens ekonomi och verksamhet 2013

sionärer med låga inkomster genom att betala ut bostadsbidrag för pensionstagare. Pensionstagarens bostadsbidrag beror på boendekostnaderna, familjeförhållandena samt pensionstagarens och makens bruttoinkomst och förmögenhet.

Vårdbidrag för pensionstagare kan beviljas för sådana särskilda kostnader som är behövliga, extra och fortlöpande som nedsatt funktionsförmåga medför en person i sitt arbete eller sina studier. Särskilda kostnader kan t.ex. vara sjuk-

vårds- och läkemedelskostnader, resekostnader, kostnader för hemvård eller hemsjukvård, kostnader för inköp av kläder eller kostnader för en särskild diet.

Hälsofrämjande hembesök

Hembesöken är en del av Ålands hälso- och sjukvårdsverksamhet och utförs i samarbete med kommunernas sociala sektor. Målgruppen är personer som fyllt 75 år och som bor hemma eller på serviceboende/effektiverat serviceboende. Målsättningen är att kartlägga behovet

av insatser och utreda dolda vårdbehov, skapa större möjligheter för de äldre att bo kvar hemma så länge som möjligt, ge kunskap om vård och omsorg och sprida kunskap om hur man förebygger ohälsa, informera om olika stödmöjligheter och tillsammans med respektive kommuns representant informera om sociala serviceformer och rättigheter och att stödja äldre till att vara fortsatt aktiva och informera om frivilliga organisationer. Alla har rätt till ett uppföljningsbesök efter ca 1 år.

Sammanhållen hemvård

Från och med år 2012 har det varit möjligt för kommunerna och Ålands hälso- och sjukvård att ingå avtal om s.k. sammanhållen hemvård. Genom sammanhållen hemvård kan kommunens hemservicepersonal och ÅHS hemsjukvårdspersonal utbyta tjänster. De vårdåtgärder som kan komma ifråga finns angivna (subkutana injektioner, blodsockermätning, blodtrycksmätning, benlindning, lättare såromläggning, kateterspolning) och vårdåtgärderna ska delegeras av ansvarig läkare i kommunen till namngiven person inom hemservicen.

Syftet med sammanhållen hemvård är att möta det ökade vårdbehovet, skapa ett smidigt samarbete över gränserna mellan ÅHS och kommunerna, skapa kontinuitet och trygghet för patienterna samt ett optimalt utnyttjande av resurserna.

KVALITETSAKTÖRER

I kvalitetsrekommendationen fokuseras det framför allt på tillgänglighet och delaktighet som de två faktorer man på hela samhällsnivån och framförallt på lokal nivå bör uppmärksamma och utgå ifrån när man planerar tjänster för äldre. Samhälls- och lokalsamhällsperspektivet återfinns bl.a. i den äldreomsorgsstrategi och -plan som kommunerna bör göra upp.

Personal

De behörighetskrav som finns på personal inom socialvården finns i en förordning¹³. Landskapsregeringen avser förnya lagstiftningen på området inom den närmaste framtiden.

Den största yrkesgruppen inom kommunens äldreomsorg i dag utgörs av närvårdare, som ersatt de tidigare grundexamina på skolenivå, hemvårdare och primärvårdare.

Grundexamen inom social- och hälsovårdsbranschen, närvårdare, kan avläggas som grundläggande yrkesutbildning, 120 sv (ungdomar), eller som fristående examen, 80 sv (vuxenutbildning).

Social- och hälsovårdsutbildning som ges på Åland skall fylla samma krav som motsvarande utbildning i övriga Finland^{14, 15}. Ålands yrkesgymnasium följer således de riksomfattande examensgrunder för yrkesinriktad grundexamen som Utbildningsstyrelsen gett den

13 Förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (FFS 804/1992) vilken gäller i landskapet Åland i enlighet med landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

14 Republikens presidents Förordning 15.7.2005 Nr 37/2005 om yrkesutbildning inom social- och hälsovård i landskapet Åland

15 Lag om yrkesutbildning 21.8.1998/630; Förordning om yrkesutbildning 6.11.1998/811; Lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning 21.8.1998/631; Förordning om yrkesinriktad vuxenutbildning 6.11.1998/812

17.2.2010¹⁶. Läroplanen är även anpassad till de regionala behoven¹⁷. Benämningen närvårdare är en skyddad yrkesbeteckning, som registreras hos Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, Valvira¹⁸.

Studeranden kan efter slutförda grundstudier välja mellan tio utbildningsprogram/ kompetensområden som erbjuder fördjupade kunskaper inom respektive område (t.ex. äldreomsorg, handikappomsorg eller sjukvård och omsorg).

Högskolan på Åland utbildar sjukskötare YH (Bachelor of Nursing) inom utbildningsprogrammet för vård, som omfattar 210 sp (3,5 år). Sjukskötare är ett legitimerat yrke. Legitimation beviljas av tillstånds- och tillsynsverket Valvira.

Utvecklingen mot flera äldre i samhället leder till ett ökat behov inom vård och omsorg av såväl flera anställda som behov av kontinuerlig fortbildning. För att kunna erbjuda och genomföra förebyggande och rehabiliterande åtgärder i tillräcklig utsträckning krävs det också att man har tillgång till köptjänster/personal som behärskar dessa områden, såsom fysioterapeuter, ergoterapeuter och kostrådgivare. Det kommer att vara en stor utmaning för kommunerna/ÅHS att fylla sitt behov av kvalificerad arbetskraft framöver, inte enbart p.g.a. ett ökat antal äldre utan också för att kvaliteten blir lidande om personalbemanningen inte är rätt.

De mål som uppställs är att en personalstrategi uppgörs där behoven av personal och deras

kompetens inom äldreomsorgen på kort och längre sikt redogörs, metoder för att rekrytera och behålla personal slås fast (kompetensförsörjningsplan), att personalen dimensioneras utgående från klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga och vårdberoende, att man i dimensioneringen beaktar de kvalitets- och effektivitetskrav som ställs på verksamheten, att alla som är anställda inom äldreomsorgen har yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälsovården och gerontologisk sakkunskap som förvärvats genom grund- och vidareutbildning och/eller fortbildning. Vidare att de som leder verksamheten är yrkeskunniga, har ledarskapskompetens och är rätt dimensionerade i förhållande till verksamhetens omfattning och antalet anställda samt att personalens arbetshälsa och arbetarskydd tryggas.

I kvalitetsrekommendationen utgick man från den motsvarande nationella kvalitetsrekommendationen enligt vilken man vid personaldimensioneringen utgår från anställda som deltar i den direkta vården, såsom närvårdare, primärvårdare, hemvårdare och hemhjälpare, socialhandledare och socialpedagoger, sjukskötare, hälsovårdare, geronomer och de närmaste cheferna, till exempel avdelningsskötare. Om det vid enheten ändå finns annan personal som deltar i den direkta vården av klienterna, till exempel vård- och anstaltsbiträden som inte har grundläggande yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälso- och sjukvården, tas de med i personaldimensioneringen endast till den

16 Grunder för yrkesinriktad grundexamen, Föreskrift 17/011/2010. Utbildningsstyrelsen, Helsingfors

17 Landskapslag om gymnasieutbildning Nr 13/2011, utfärdad 15.2.2011. Landskapsförordning Nr 75/2011, utfärdad 23.6.2011

18 I enlighet med Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559 och Förordningen om rättskyddscentralen för hälsovården 27.11.1992/1121

del deras arbete omfattar klienternas grundläggande behov, till exempel hjälp vid tvättning, måltider och toalettbesök. Även terapipersonal, fysioterapeuter och ergoterapeuter eller motsvarande tas med i personaldimensioneringen till den del som motsvarar deras arbetsinsats på ifrågavarande enhet eller avdelning.

Landskapsregeringen rekommenderar att man för att garantera en god vård och omsorg utgår från en personaldimensionering på 0,7 – 0,8 i heldygnsvård. Dimensioneringen bygger på att den som behöver vård/omsorg får detta på rätt nivå och att dimensioneringen är flexibel och anpassningsbar till olika situationer. För hemservice har landskapsregeringen inte gett någon motsvarande rekommendation.

För vård vid demenssjukdom har landskapsregeringen gett rekommendationer för de olika vårdnivåerna såväl beträffande personaldimensioneringen, personalens utbildning som antal platser per enhet¹⁹.

Boendemiljön

Arbetsmiljön för de som arbetar inom äldreomsorgen sammanfaller i hög utsträckning med boendemiljön för de äldre som använder äldreomsorgens tjänster. Såväl ur personalens som ur de boendes synvinkel är det därför viktigt att boendemiljön uppfyller vissa grundkrav. I kvalitetsrekommendationen ses följande som kvalitetsindikatorer vid serviceboende/effektiverat serviceboende:

1. Personalen har kunskap om olika riskfaktorer i boendemiljön och samarbetar med övriga kommunala sektorer för att förebygga olyckshändelser och olycksfall.
2. Boendet är säkert och tryggt också för personer med olika funktionsnedsättningar.
3. De boende har eget rum med anslutet hygienutrymme, vid serviceboende även kokmöjligheter.
4. Make och maka eller sambor skall ha möjlighet till gemensamt boende, liksom övriga boende som föredrar detta framför eget rum.
5. Den boende har rätt till egna möbler m.m. föremål som är viktiga i det egna hemmet. Vid t.ex. behov av hjälp vid uppstigning/sänggående bör dock hänsyn tas till personalens behov av ergonomiskt riktiga hjälpmedel.
6. De gemensamma utrymmena skall vara ändamålsenliga och göra det möjligt att förverkliga målen i rekommendationen (t.ex. fysisk träning).
7. Utemiljön är trygg och utan hinder.

ÄNDRINGSSÖKANDE

Klient- och patientombudsmännen

Klient- och patientombudsmännen handhar ärenden som rör klienters och patienters ställning och rättigheter. Klient- och patientombudsmännen fattar inga beslut utan har som uppgift att ge råd, förmedla kontakter, ge hjälp rörande tillämpningen av klientlagen och patientlagen och även i övrigt verka för att klienters och patienters rättigheter förverkligas.

Anmärkning

Socialvård

En klient har rätt att framställa anmärkning med anledning av hur han eller hon bemötts till de som ansvarar för en verksamhetsenhet inom socialvården. Anmärkningen ska besvaras inom skälig tid från det att den framställdes.

¹⁹ <http://www.regeringen.ax/styrdokument-rapporter-publikationer/riktlinjer-omsorg-varld-vid-demenssjukdom>

Hälso- och sjukvård

En patient, som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon fått eller med bemötandet i samband med den, har rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten i fråga. Anmärkningen ska avgöras inom skälig tid från det den gjordes.

Klagomål

Klagomål kan göras över såväl socialvård som hälso- och sjukvård. Klagomålet kan formuleras fritt. I landskapsregeringens beslut i ett klagomålsärende kan ändring inte sökas genom besvär. Genom beslut i ett klagomålsärende kan man inte ändra eller upphäva ett beslut eller annat avgörande som klagan hänför sig till, inte heller förordna att ersättningar ska betalas. Genom beslut i ett klagomålsärende kan den som är objekt för klagan ges administrativ handledning i hur man borde ha förfarit i ärendet.

Gäller klagan felaktig vård och behandling som lett till att patienten avlidit eller fått bestående skada riktas klagan till tillståndsverket för social- och hälsovården, Valvira.

Rättelse och besvär

I socialvårdsärenden och när det gäller administrativa beslut inom hälso- och sjukvården är det rättelse- och besvärsförfarandet som är det primära eftersom man genom det kan ändra eller upphäva ett administrativt beslut. Om rättelse av beslut krävs innan beslut kan anföras, ska anvisningar om detta lämnas av myndigheten samtidigt med beslutet. Besvärsanvisning ska fogas till ett beslut som får överklagas genom besvär.

Anmälan om patientskada

Syftet med patientskadelagen är att trygga ersättning för en personskada som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård i Finland.

ÄLDREOMSORGENS UTMANINGAR

Liksom den offentliga sektorn i övriga Norden står även den offentliga sektorn på Åland inför stora utmaningar i förhållande till det framtida välfärdsuppdraget. Medellivslängden ökar samtidigt som antalet barn som föds har sjunkit, vilket innebär att färre personer i arbetsför ålder ska försörja allt fler.

För att bedöma de ekonomiska konsekvenserna av försörjningsansvaret brukar man använda den så kallade demografiska försörjningskvoten. Den beräknas som relationen mellan antalet personer i arbetsför ålder (20–64 år) och summan av antalet personer utanför detta åldersintervall (0–19 och 65+ år). Figuren på sidan 5 visar den demografiska försörjningskvoten för Åland fram till år 2040 totalt samt uppdelat för den delen av försörjningskvoten som härrör från de unga respektive från de äldre. Den totala försörjningskvoten beräknas stiga från dagens knappt 70 till 82 inom tio år och till 91 inom 20 år.

Förändringen är snabbare på Åland än i Norden i genomsnitt. Det innebär att varje person i yrkesverksam ålder inom två decennier, förutom sig själv ska försörja nästan en person till. Den del av försörjningskvoten som härleds från de äldre (65+ år) stiger nu relativt snabbt, medan kvoten från de yngre (0–19 år) hålls relativt stabil under hela perioden.

Den demografiska utvecklingen innebär även att de regionala skillnaderna inom landskapet växer.

I Mariehamn, och framför allt i kommunerna närmast Mariehamn, sker en snabb inflyttning medan befolkningen i de fyra skärgårdskommuner som inte ligger inom pendlingsavstånd till fasta Åland minskar. I dessa skärgårdskommuner är försörjningskvoten redan hög. Ytterligare en faktor som påverkar förutsättningarna för äldreomsorgen är att andelen enpersonshushåll ökar, vilket medför att det även bland de äldre blir allt vanligare med ensamboende och då ökar hjälpbehovet snabbare än om de äldre lever i familj. Dessutom tenderar efterfrågan på tjänster att öka i takt med stigande välbefinnande, vilket bl.a. innebär att ett långsiktigt ansvar för kompetensförsörjningen inom vård- och omsorg är ett måste. Förväntningarna på vad den offentliga sektorn bör leverera tenderar att stiga. Det här betyder sammantaget att utgifterna inom den offentliga sektorn stiger snabbare än vad de demografiska förändringarna skulle förutsätta. Till exempel steg kostnaderna för hälso- och sjukvården samt socialvården sammantaget på Åland med i genomsnitt drygt tre procent per år under perioden 2000–2008 efter att förändringarna i befolkningsstrukturen har beaktats.

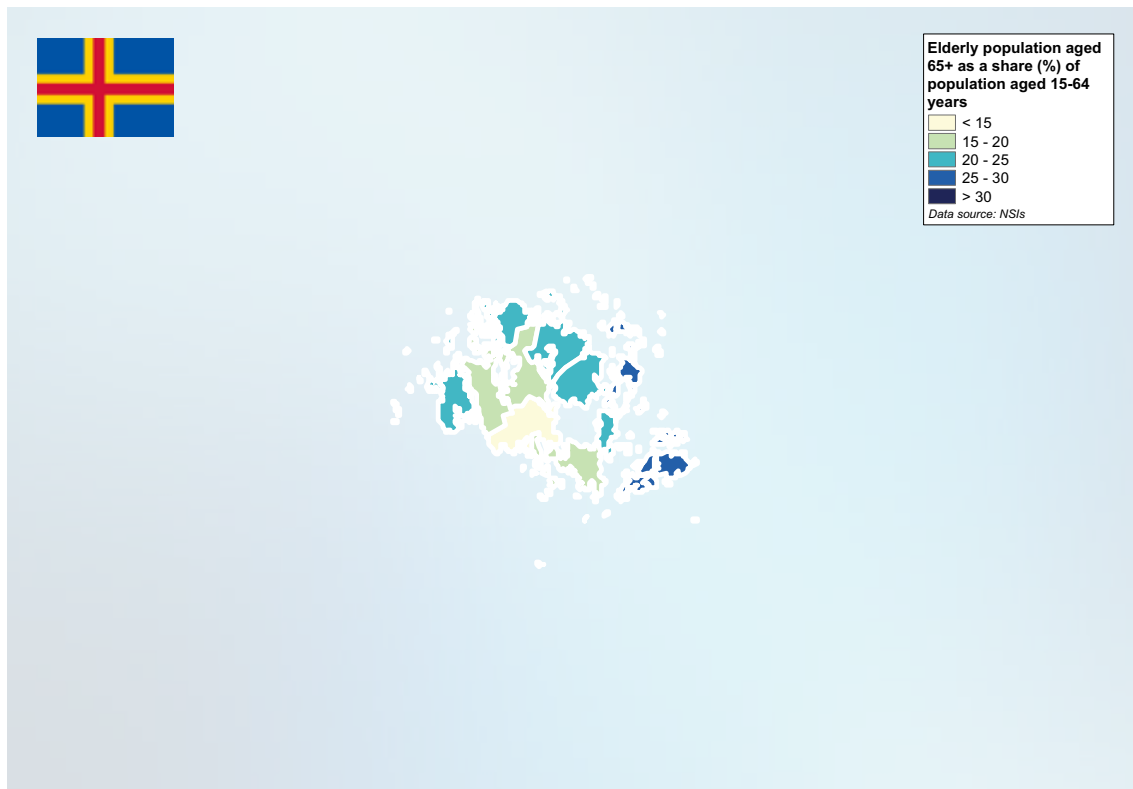
Om ingenting görs kommer utgifterna att fortsätta att öka, och när andelen riktigt gamla växer accelererar tillväxten i kostnaderna för servicen²⁰.

SAMMANFATTNING

- Landskapsregeringen tar fram ny lagstiftning, anvisningar, riktlinjer m.fl. styrdokument och initierar utvecklingsarbete i syfte att främja social välfärd och förebygga sociala problem.
- Enligt socialvårdslagen skall kommunerna ombesörja planeringen och verkställandet av socialvården.
- Enligt landskapsregeringens övergripande målsättning ska de tjänster som produceras för äldre vara hållbara på sikt och anpassade till förhållanden med betydligt fler äldre än i dag. Äldres förmåga att bo kvar hemma ska stödjas.
- Äldreomsorgen, liksom övrig socialvård, finansieras till största delen genom kommunernas skatteintäkter och landskapsandelar.
- Hemservice, boendeservice och vård på äldreboenden är tre vårdnivåer inom äldreomsorgen.
- I kvalitetsrekommendationen fokuseras framförallt på tillgänglighet och delaktighet som de två faktorer man på hela samhällsnivån och framförallt på lokal nivå bör uppmärksamma och utgå ifrån när man planerar tjänster för äldre.
- Välfärdssektorn står inför en svår utmaning: medellivslängden ökar samtidigt som antalet födselar sjunker – färre personer i arbetsför ålder ska försörja allt fler.
- Förändringen sker snabbare på Åland än i Norden i genomsnitt. Redan inom två decennier ska varje yrkesverksam person på Åland försörja, förutom sig själv, ytterligare en person.

20 Samhällsreformen på Åland – Alternativa byggstenar (Ålands Landskapsregering, maj 2012)

ÅLAND



ÄLDREOMSORGEN I ISLAND

ISLAND

I Island finns det särskilda lagar om äldreomsorgen (Lög um málefni aldraðra [Lagen om äldreomsorgen] nr 125/1999)¹. Syftet med lagarna är att garantera de äldre tillgång till hälso- och sjukvård samt social service på den servicenivå som de behöver.

Lagarnas mål är också att garantera att de äldre kan bo kvar så länge som möjligt i sin vanliga hemmiljö men att de samtidigt garanteras institutionsservice efter behov. De första lagarna stiftades redan 1982, men har reviderats – de gällande lagarna är från 1999. Lagen syftar till att samordna service för äldre, social- och hälsovård. Lagen betonar, förutom ovanstående, att de äldre skall ha samma rättigheter som andra medborgare och att deras självbestämmande skall respekteras. I lagen definieras den service som erbjuds äldre. Servicen delas upp i öppen service (hemservice, servicecenter, dagvård och servicelägenheter) och i institutionsvård (ålderdomshem, gruppboende, speciella servicelägenheter och sjukhem). I lagen definieras några begrepp. De som har uppnått 67 års ålder definieras enligt lagen som äldre. I Island bor det nu 325 000 invånare — 11,2% av dem är 67 år och äldre. Andelen förväntas stiga till 22,6% av befolkningen år 2060². Det finns 74 kommuner i Island, de flesta med mindre än 10 000 invånare. I Reykjavikområdet finns det 7 kommuner med sammanlagt 209 000 invånare³.

Andra lagar som rör service för äldre är Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga [Socialtjänstlagen] nr 40/1991⁴ och Lög um heilbrigðisþjónustu [Health Service Act], no. 40/2007⁵. I socialtjänstlagen fastställs att kommunerna skall se till att de äldre får den sociala service de behöver, bl.a. social rådgivning, hemskickad mat och hemservice. Dessutom skall de erbjudas social aktivitet.



Sigurveig H Sigurdardottir

Docent i socialt arbete,
Islands Universitet

Det har skett en del förändringar av äldreomsorgens organisering sedan lagen om äldreomsorg trädde i kraft och stora förändringar förväntas de närmaste åren. 1982–2011 delades ansvaret för äldreomsorgen mellan två olika ministerier. Social- och trygghetsministeriet var ansvarigt för organisering av social hemhjälp och annan samhällsservice, exempelvis matleverering, färdtjänst och

sociala aktiviteter medan Hälsovårdsministeriet ansvarade för hemsjukvård och institutionsvård. Eftersom tjänsterna inte var samordnade och den sociala hemtjänsten och hemsjukvården hade var sin huvudman ledde detta till svårigheter och hemtjänsten ansågs inte vara tillräckligt effektiv och organiserad.

1 <http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/4498>

2 <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=15409>

3 http://www.samband.is/media/tolfraedilegar-upplysingar/Saenskur_Baeklingur_sept_2014.pdf

4 <http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709>

5 <http://eng.velferdarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/20098>

Under 2011 sammanfördes Social- och trygghetsministeriet och Hälsovårdsministeriet till ett ministerium, Velfärdsministeriet, som blev ansvarigt för planering av äldreomsorgen, inom både social- och hälsovården. Efter sammanläggningen blev en minister under några år ansvarig för hela äldreomsorgen. Från 1 februari 2014 delades ministeriets arbetsuppgifter åter upp mellan två ministrar, ministern för välfärd och bostäder samt ministern för hälso- och sjukvård (Velferðarráðuneytið, Velfärdsministeriet, 2014)⁶.

Ansvar för och planering av äldreomsorgen

Det är Velfärdsministeriet som har huvudansvaret för planer och strategier för äldreomsorgen i hela landet. Island följer de rekommendationer som beslutades av FN under Madrid Assembly on Ageing 2002, RIS/MIPAA (Regional Implementation Strategy of Madrid International Plan of Action on Ageing) och som revideras vart femte år. Några strategiska planer har gjorts för att förbättra tillgången till äldreomservice och vård. Den första planen kom redan 2003. I den diskuteras de förändringar som behöver göras inom äldreområdet och att kvaliteten inom äldreomsorgen måste förbättras (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið [Hälso- och försäkringsministeriet], 2003)⁷. 2008 lade den dåvarande regeringen fram en ny strategisk plan som betonar de äldres rätt att erhålla lämpligt individuellt stöd för att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt. Dessutom betonas behovet av mer varierande service, valfrihet samt att kvalitetsnormerna för tjänsterna skall förbättras (Félags- og tryggingamálaráðuneytið [Ministeriet för sociala frågor och social trygghet], 2008)⁸.

Hemmaboendeideologin betonas i planen om äldreomsorgen, vilket betyder att hemservice (social hemservice och hemsjukvård) skall utökas och samordnas bättre samt att andra stödinsatser, såsom dagverksamhet, rehabilitering och avlastningsplatser skall bli fler. Fler sjukhemsplatser skall också byggas. Nya mätinstrument prövas för att garantera kvaliteten i servicen, exempelvis RAI-HC (Residential Assessment Instrument –Home Care).

Ansvar för tillhandahållandet av äldreomsorgen i Island är tvädelad, den är delvis organiserad och levererad av kommunerna och delvis av staten. Denna tudelning av ansvaret har länge betraktats som ett problem inom den isländska äldreomsorgen och avsikten är att flytta över ansvaret för servicen till kommunerna. Omorganisationen förväntas leda till större individualisering av och bättre kvalitet i äldreomsorgen samt öka de äldres möjligheter att bo hemma så länge som möjligt.

Definition av institutioner för äldre

Det kan vara svårt att vid översättning till andra språk beskriva variationen i äldreinstitutionerna så att serviceskillnaderna mellan de olika boendeformerna blir tydliga. I lagen om äldreomsorgen finns definitioner på institutioner för äldre. Det finns dvalarheimili (hädanefter kallat ålderdomshem) samt gruppboende och service-lägenheter för dem som behöver måttlig hjälp men som trots det inte längre kan bo i vanliga hem. Hjúkrunarheimili (härefter kallat sjukhem) finns för dem som behöver mer hjälp och vård än som kan ges i ordinarie hem och som inte kan bo i servicelägenheter eller ålderdoms-

6 <http://www.velferdarraduneyti.is/radherra/um-radherra>

7 <http://www.velferdarraduneyti.is/hbr/utgefíd-efni/utgefíd-efnihbr2/nr/32618>

8 <http://www.velferdarraduneyti.is/utgefíd-efni/utgafa/nr/4888>

Tabell 1. Sociala utgifter för service för äldre som % av BNP enligt COFOG-index (1020)

	2000	-01	-02	-03	-04	-05	-06	-07	-08	-09	-10	-11	-12	-13
<i>Sjukhem och rehabiliteringsinstitutioner</i>	1,18	1,17	1,46	1,36	1,35	1,35	1,35	1,32	1,27	1,28	1,27	1,29	1,27	1,29
<i>Sociala utgifter*</i>	2,35	2,26	2,31	2,51	2,48	2,58	2,15	2,12	2,15	2,11	2,01	2,46	2,49	2,51

**Inkluderar pension, ålderdomshem och dagcenter*

Källa: Statistics Iceland, 2014.

hem. Särskilda sjukhemsavdelningar skall finnas för dem som behöver specialvård på grund av demens. Behovsprövning sker före vistelse på institution. Ålderdomshems- och sjukhemsplatser kan finnas inom samma institution. Antalet ålderdomshemsplatser har minskat drastiskt de senaste åren men sjukhemsplatserna har blivit fler. Detta beror delvis på ändrade inriktningar i planer om äldre-service men också på grund av renovering och omvandling av tvåbäddsrums till enkelrum. Antalet dagserviceplatser har ökat.

FINANSIERING

Sociala utgifter

De sociala utgifterna av BNP för äldres del räknas enligt COFOG-index (1020). Det inkluderar pension, ålderdomshem och dagcenter. 2013 var de sociala kostnadernas andel av BNP 2,51 procent, men därutöver är kostnaderna för sjukhem och rehabiliteringsinstitutioner 1,29 procent (se tabell 1)⁹. År 2013 var sociala kostnader exklusive pension 1,64 procent av BNP (egna beräkningar)^{10, 11}.

Finanseringspolitik

Välfärdsministeriet ansvarar för organisering av äldreomsorgen. Kommunerna ansvarar för den sociala hemhjälpen, matleverering och sociala aktiviteter. Kommunerna kan ta ut avgifter för de tjänster de levererar. Reglerna för betalning för servicen är olika i kommunerna (se ex. sid 7) (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga [Socialtjänstlagen] nr. 40/1991).

Staten ansvarar för institutionsvård och hemsjukvård. Institutionerna får betalt enligt vissa regler (se 2.4.). Hemsjukvården organiseras något annorlunda än den sociala hemtjänsten.

Landet är indelat i sju hälsoregioner — hemsjukvården organiseras vanligtvis av vårdcentralerna i varje region. Den är gratis för dem som behöver den, efter behovsprövning (Lög um heilbrigðisþjónustu [Health Service Act], no. 40/2007¹²).

Det pågår förhandlingar om att kommunerna skall ta över ansvaret för hemsjukvården. Vissa kommuner har redan tagit över det ansvaret.

9 http://hagstofa.is/temp/Dialog/varval.asp?ma=THJ05142&ti=Heildar%FAtgj%F6ld+hins+opinbera+eftir+m%E1laflokkum+%ED+mestri+sundurli%F0un+1998-2011&path=../Database/thjodhagsreikningar/fjarmal_opinber/&lang=3&units=Millj%F3nir+kr%F3na/hlutfall&searchb=true

10 http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/rekstrarafkoma_hjukrunarheimila3.pdf (sid.21)

11 <http://www.samband.is/verkefnnir/rekstur-sveitarfelaga/utgefif-efni-og-skyrslur/skyrslur-og-onnur-utgafa/> (sid.5)

12 <http://eng.velferddarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/20098>

Tabell 2. Kostnad för kommunal service för äldre 2013

	Serviceintäkter och andra intäkter	Lön och lönerelaterade kostnader	Annan driftskostnad	Driftskost- nad (Brutto)	Utgifter (Netto)
<i>Gemensamma utgifter</i>	-1 453	7 986	28 410	36 396	34 943
<i>Bidrag till ålderdoms- och sjukhem</i>	-1 302 874	884 412	881 936	1 766 348	463 475
<i>Social hemservice</i>	-278 808	1 554 483	545 747	2 100 230	1 821 421
<i>Sociala aktiviteter</i>	-373 287	583 884	1 009 969	1 593 853	1 220 567
<i>Annat</i>	-454 588	817 741	1 374 586	2 192 327	1 737 739
<i>Service för äldre</i>	-2 411 010	3 848 506	3 840 648	7 689 154	5 278 145

Källa: Samband íslenskra sveitarfélaga 2014¹⁴

Reykjavíks kommun har särskilda avtal med staten och arbetar med integrering av den service som ges till äldre i deras hem.

Fördelning av finansiering mellan stat/kommuner/brukare

2013 kostade äldreservicen 29 287 milj ISK. Det året var statens kostnader 21 595 milj ISK (73,7 procent). Kommunerna betalade 5 278 milj ISK (18,0 procent), de äldre 2 400 milj ISK (8,3 procent). Enligt kommunernas redovisning kostade äldreservicen 7 689 milj ISK^{13, 14}.

Finansieringsmekanismer

Enligt lagen om äldreomsorgen är det kommunerna som ansvarar och betalar för den sociala servicen medan staten finansierar hemsjukvård samt ålderdomshems- och sjukhemsvistelse. De flesta ålderdoms- och sjukhem drivs av kommuner eller icke-vinstdrivande organisationer. Institutioner för äldre finansierar sin verksamhet till största delen med dagtraktamente från staten. Staten betalar samma dagtraktamente

för alla ålderdomshemsplatser oavsett invånarnas hälsotillstånd. Staten betalar dagtraktamente för sjukhemsplatser, där det tas hänsyn till invånarnas hälsa och hjälpbehov enligt RAI-mätningar. Dessa dagtraktamenten skall täcka allmän driftskostnad, mediciner, läkarservice, och rehabilitering, men inte bostadskostnad. Andra intäkter är bidrag från kommunerna och andra ägare, samt specialintäkter av såld service, då sjukhem kan sälja tjänster, exempelvis mat, även till äldre som bor hemma, samt bidrag för att underhålla byggnaderna.

Eftersom ålderdomshem betraktas som bostadsresurs och social resurs är dagtraktamentet ett bidrag till driften. I en rapport från Riksrevisionen (2014) framkommer att dagtraktamentet för ålderdomsplatser anses vara för lågt eller att en del av de äldre som vistas där är i större behov av service än förväntat och att de skulle behöva sjukhemsplatser med högre dagtraktamente¹⁶.

13 <http://www.samband.is/verkefnin/rekstur-sveitarfelaga/utgefid-efni-og-skyrslur/skyrslur-og-onnur-utgafa/>

14 http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/rekstrarafkoma_hjukrunarheimila3.pdf (sid.21)

15 <http://www.samband.is/verkefnin/felagsthjonusta/utgefid-efni/>

16 http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/dvalarheimili_lokaskjal.pdf (sid.24)

Byggnadsfond för utveckling av geriatriska tjänster och service

Enligt lagen om äldreomsorgen finns det en byggnadsfond (Framkvæmasjóður aldraðra) vars syfte är att bidra till att utveckla och stärka äldre servicen i hela landet. Fondens medel skall användas för att delta i byggandet av institutioner för äldre samt bekosta nödvändiga förändringar och förbättringar av byggnader som används som äldreboende. Den kan också användas av institutioner som ägs av kommuner och/eller icke-vinstdrivande organisationer för att betala hyreskostnader. Dessutom kan den användas för andra projekt som stärker och förbättrar äldreomsorgen. Fondens intäkter är en specialskatt som betalas av alla skattepliktiga personer mellan 16 år och 70 år. Efter den ekonomiska krisen i Island 2008 beslöt regeringen att en del av byggnadsfonden kan användas för att betala sjukhemmens driftskostnader.

Brukaravgift – betalning av hemhjälp

Kommunerna kan enligt paragraf 29 i lagen om social service 40/1991 och paragraf 25 i lagen om äldreomsorgen, 125/1999 besluta att ta betalt för hemhjälp. Denna service är behovsprövad. Reglerna skiljer sig mellan de olika kommunerna. Avgiften är inkomstrelaterad — de som endast har minimipension betalar inte. Här är, som exempel, regler som gäller i Reykjavíks kommun från den 1 januari 2015¹⁷: Den som får hemhjälp endast med städning betalar 1 115 ISK för varje timme som hjälpen ges på dagtid. Detta belopp revideras en gång om året. Annan hemhjälp d.v.s. personlig service som ges dagtid, samt på kvällen och helger ges utan kostnad. De som bor ensamma och har en inkomst under

218 515 ISK per månad och de som bor med andra och har en inkomst under 188 313 ISK får hjälpen gratis. Service som överstiger sex timmar per månad per hem är gratis.

Brukaravgift – betalning för vistelse på ålderdoms- och sjukhem

De som vistas på ålderdomshem eller sjukhem betalar för sin vistelse - beloppet är inkomstrelaterat. 2015 gäller följande: De som har intäkter som överstiger 74 696 ISK per månad efter skatt betalar till hemmet summan som överstiger detta belopp. Den maximala avgiften är 354 902 ISK per månad. De som betalar den maximala avgiften har intäkter på 429 598 ISK efter skatt per månad. Genomsnittskostnaden för varje sjukhemsplats är 700 000 ISK per månad medan en ålderdomshemsplats kostar 354 902 ISK per månad. Endast de som är 67 år och äldre betalar en andel av sina intäkter till hemmet¹⁸. Om de som vistas på ålderdomshem eller sjukhem saknar intäkter kan de få speciellt bidrag (fickpengar (lommepeng)). I en rapport från Velfärdsministeriet där sjukhemmen, deras invånare och drift utvärderas utifrån genusperspektiv, framkommer att män betalar i genomsnitt högre avgifter för vistelse på sjukhem än kvinnor. 2012 betalade män i genomsnitt 10 procent högre avgifter, 2013 betalade de 13 procent högre avgifter och 2014 18 procent högre avgifter. Detta förklaras med att män har högre inkomster än kvinnor¹⁹.

Skatteavdrag

Det finns inga regler om skatteavdrag om man köper privata tjänster. Det finns tre privata företag i Island som erbjuder hemtjänst i huvud-

17 <http://reykjavik.is/gjaldskrar/felagsleg-heimathjonusta-gjaldskra>

18 <http://www.tr.is/aldradir/dvalar--og-hjukrunarheimili/thattaka-i-dvalarkostnadi/>

19 <http://www.velferdarraduneyti.is/media/rit-og-skyrslur-2014/VEL-Lokaskysla-2014.pdf>

stadsområdet, men de flesta som anlitar deras service betalar fullt pris. Enligt företaget Sinnum's hemsida betalar kommunerna i vissa fall behovsprövad städhjälp som företaget levererar till äldre²⁰.

LEVERERING AV SERVICE

Aktörer

I stort sett är ansvaret för äldreomsorgen delat mellan stat och kommuner. Velfärdsministeriet ansvarar för organisering av äldreomsorgen (Lög um málefni aldraðra [Lagen om äldreomsorgen] nr 125/1999). Kommunerna ansvarar för den sociala hemhjälpen, matleverering och sociala aktiviteter, och kan ta avgifter för de tjänster de levererar (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga [Socialtjänstlagen] nr 40/1991).

Som tidigare nämnts ansvarar staten för institutionsvård och hemsjukvård. Hemsjukvård organiseras vanligtvis av vårdcentralerna och är gratis efter behovsprövning (Lög um heilbrigðisþjónustu [Health Service Act], no. 40/2007).

Det finns planer på att kommunerna skall ta över ansvaret för hemsjukvården och vissa kommuner har redan gjort det. Ett exempel på detta är Reykjavíks kommun, som enligt särskilda avtal med staten, har tagit över ansvaret för hemsjukvården och arbetar med integrering av den service som ges till äldre i deras hem.

Det finns inte fritt val i formell mening, men tre privata företag levererar olika typer av service till äldre. Det är svårt att skaffa information om de frivilligas del i äldreomsorgen men t.ex.

Röda korset erbjuder besökstjänst till äldre och handikappade i många kommuner. Vissa församlingar erbjuder också besökstjänst och social samvaro för äldre. De anhöriga har inte fått stor uppmärksamhet men forskning visar att deras insats är viktig för hemmaboende äldre i Island²¹. Det finns inte officiell bekräftelse om huvuvida omsorg från familjens eller makes/makas sida kan påverka beslut om sjukhemsvisstelse.

Fördelning mellan kommunala och privata leverantörer

Nästan all hemhjälp levereras av kommunerna, endast ett fåtal äldre får hjälp av de tre privata företag som finns på marknaden och driver sin verksamhet i huvudstadsregionen. De flesta sjukhem och ålderdomshem drivs av kommunerna eller icke vinstdrivna organisationer, även om staten betalar den största delen av driftskostnaden. Det finns ett sjukhem, Sóltún²², som drivs av ett privat vinstdrivande företag, som får betalt enligt ett särskilt kontrakt med staten²³.

ORGANISERING

Ansvarsfördelning mellan stat, regioner och kommuner

Som tidigare nämnts hörde planering och ansvar för äldreomsorgen till två olika ministerier från 1982 till 2011. Social- och försäkringsministeriet var ansvarigt för social hemhjälp och andra samhällstjänster, såsom måltider-på-hjul och social aktivitet. Hälsovårdsministeriet ansvarade för hemsjukvård och institutionsvård. Under 2011 slogs dessa två ministerier samman till ett ministerium, Velfärdsministeriet, som nu

20 <http://sinnum.is/index.php?p=200&ci=5>

21 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12114/epdf>

22 <http://www.soltun.is/english/about-soltun/>

23 <http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/soltun2.pdf>

ansvarar för organisering av äldreomsorgen. I början var det en minister som ansvarade för äldrefrågor men från 2014 ansvarar två ministrar inom samma ministerium för äldreomsorgen.

Kommunerna ansvarar för den sociala hemhjälpen, matleverering och sociala aktiviteter medan staten ansvarar och bekostar institutionsvård och hemsjukvård som organiseras vanligtvis av vårdcentralerna i varje region. Det finns planer på att kommunerna skall ta över ansvaret för äldreomsorgen – och förhandlingar pågår för tillfället.

Administration

Varje kommun bedömer behovet av hemtjänst. Det varierar hur ofta behovet omprövas. I en magistersavhandling av Guðlaug Jóna Hilmarisdóttir (2014) om mätinstrument i äldreomsorgen framkommer att endast en av landets 26 sociala förvaltningar, som svarade på en enkät om standardiserade bedömningsinstrument, faktiskt använder dem. Det framkom också att mätinstrumentet används endast för personer över 80 års ålder, samt för dem som behöver omfattande vård. Några sociala förvaltningar som inte använder checklista bygger sin bedömning direkt på de regler som gäller för hemtjänsten i respektive kommun²⁴.

Brukarrättigheter

Medicindirektoratet (Embætti landlæknis) har tillsyn med väntelistor till ålderdoms- och sjukhem. Varje individ som önskar en sjukhems- eller ålderdomshemsplats måste lämna in en skriftlig ansökan och undergå en behovsprövning. Ansökan skall endast lämnas in om möjligheterna att få social hemhjälp, hemsjukvård

och annan service som skall stödja äldre att bo hemma är uttömda. I vart och ett av landets sju hälsovårdsdistrikt finns en hälsoutvärderingskommitté (færni- og heilsumatsnefnd) som gör behovsprövningen. Färdighets- och hälso-
prövningen (Pre-admission assessment, PAA, of functioning and health) innebär en utvärdering av social situation, hälsa, mentalt tillstånd samt individens ADL-behov. Resultatet skall ge övergripande information om den äldres situation och om han/hon är i behov av permanent vistelse på ålderdoms- eller sjukhem. Kommittén skall meddela sitt beslut inom fyra veckor. Kommittén tar också ställning till ansökan om avlastningsplatser på sjukhem. I slutet av 2013 fanns 356 personer på väntelista för sjukhem (Tabell 3).

I Medicindirektoratets årsrapport²⁵ (Embætti landlæknis) framkommer att i slutet av 2011 fanns 259 personer på väntelistan för sjukhem. Antalet hade ökat från 215 i slutet på 2010. År 2011 inkom 1363 ansökningar till sjukhem, (därav drygt 58 procent från äldre bosatta i Reykjavikområdet/distriktet) och antalet nya placeringar var 826. 2012 kom 1619 ansökningar om sjukhem, (varav ungefär 60 procent från äldre bosatta i Reykjavikområdet/distriktet), en ökning med 19 procent. I slutet av 2012 väntade 393 personer på sjukhemsplats. År 2012 var antalet nya placeringar 834. Nästan en tredjedel av alla sjukhemsplatser i landet tilldelades nya boende (det finns 2542 sjukhemsplatser i hela landet). Detta tyder på att de som tilldelas en sjukhemsplats har sämre hälsa när de flyttar in. Detta kan också ses som ett tecken på att de som är i mest behov av sjukhemsvistelse också får de platser som erbjuds. I tabell 4 finns

24 http://skemman.is/stream/get/1946/19655/45216/1/Gu%C3%B0laug_J%C3%B3na_Hilmarisd%C3%B3ttir.pdf

25 http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21976/Arsskyrsla_2011-2012_f.vefinn.pdf sid.22

Tabell 3.

Bedömning av funktion og hälsa 2013 Pre-admission assessment (PAA) of functioning and health 2013									
Pre-antagnings och bedömnings- i funktion och hälsa nämnder 2013:	Huvudstad regionen	Vest- kusten	Vest fjorder	Nord- kusten	Öst kusten	Syd kusten	Sydvest kusten	Totalt Total	Hälsovårds distrikter PAA committees
Antal fall:	880	133	30	250	55	208	124	1680	Cases processed
Total fall 2013									PAA results 2013
Fall accepterad	691	121	30	206	53	188	109	1398	Cases approved
Fall vägrade	189	16	0	44	2	20	15	286	Cases rejected
Fall suspenderade (pågår)	46	15	5	17	0	0	0	83	Cases postponed
Totalt	926	152	35	267	55	208	124	1767	Total
Väntelista över aktuell bedömningsfall i början av året:									Valid PPAs at year-end:
Antal på kölista	121	53	8	67	13	55	39	356	applicants on waiting lists
Antal sjukhemsplatser									Nursing facility
utdelat under året	599	62	30	122	29	86	50	978	admissions in 2013
Antal äldreomsplatser									Residential facility
utdelade under året	20	26	0	16	3	27	1	93	admissions in 2013
Tabellen publiceras med varning för möjliga justeringar. Landlakardirektoratet tilhandahåller rätt till att förändra tabellen och återpublicera tabellen. This table is published with reservations regarding corrections. The Directorate of Health reserves the right to make changes and republish the table.									
Källa: Embætti landlæknis. http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/hjukrunar-og-dvalarmyfi/									

Tabell 4. Antal individer på väntelista för sjukhem, kön (kyn), män (karlar); kvinnor (konur) och ålder (percent 67+/percent yngre än 67) 2009-2013.

	2009		2010		2011		2012		2013	
KYN	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur
67+	370	542	366	501	369	552	404	613	452	654
Hlutfall af aldurshópi	2,5%	3,0%	2,4%	2,7%	2,4%	2,9%	2,5%	3,2%	2,7%	3,3%
Yngri en 67	35	26	31	29	32	23	31	15	38	17
Hlutfall af aldurshópi	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,03%	0,01%
Samtals	405	568	397	530	401	575	435	628	490	671

Källa: Velfärdsministeriet, 2014²⁶.

det information om hur stor andel av 67-åringar och äldre respektive 67-åringar och yngre som fanns på väntelistor till sjukhem 2009-2013.

Året 2008 blev behovsprövningen för sjukhem strängare. Syftet med de skärpta reglerna var att garantera att varje individ skulle få service

på den lämpligaste nivån och att olika samhällstjänster, såsom hemhjälp och hemsjukvård, hade prövats innan den äldre personen flyttade till ett sjukhem²⁷. 2012 kom nya regler²⁸ och behovsprövningen ändrade namn från vistu-narmat (placeringsprövning, egen översättning) till færni- og heilsumat (färdighets- och hälso-

26 <http://www.velferdarraduneyti.is/media/rit-og-skyrslur-2014/VEL-Lokaskyrsla-2014.pdf> (sid.33)

27 <http://www.reglugerd.is/interpro/dkm/WebGuard.nsf/key2/1000-2008>

28 <http://stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=4cf6ac78-46f9-4bdc-a338-ee9d5f6035ba>

Tabell 5. Medelvæntetid till sjukhemsplatser eftir k n (kyn), m n (karlar); konn r (konur), total (samt.) i de olika h ls v r dsd strikt n, 2009-2013 (antal dagar).

	2009			2010			2011			2012			2013		
	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.	Karlar	Konur	Samt.
Vesturland	144,5	216,9	172,9	110,0	175,3	140,0	118,1	141,1	129,7	92,2	101,6	98,3	113,1	96,1	105,5
Vestfir�ir	91,1	33,1	56,4	96,5	136,6	114,4	126,9	136,9	133,7	143,0	160,1	153,8	141,9	52,5	97,4
Nor�urland	103,8	128,1	116,1	110,4	80,6	91,0	121,7	111,0	115,2	150,3	152,1	151,6	102,1	143,5	128,4
Austurland	173,7	241,7	221,1	166,7	220,1	197,8	97,5	100,7	98,7	194,9	174,7	182,3	130,8	227,2	200,1
Su�urland	332,2	307,9	319,3	334,4	196,3	258,2	175,8	222,8	197,6	133,3	155,7	145,7	149,3	137,7	142,8
Su�urnes	234,0	253,5	246,3	269,2	179,3	209,6	147,1	211,4	197,2	81,9	183,2	158,6	86,8	170,1	146,3
H�fu�borgarsv����	204,6	203,9	204,2	109,7	89,9	98,1	74,3	90,0	83,1	77,2	102,2	91,6	109,1	106,6	107,7
�skr��	90,0	150,7	124,2	94,3	67,4	79,9	47,2	27,7	35,3	63,3	30,4	46,5	59,7	58,2	58,9
Samtals:	195,4	213,8	206,1	161,0	124,5	139,8	107,6	131,0	121,2	100,9	126,6	116,6	107,9	125,5	118,1

Källa: V lf r dsministeriet, 2014²⁹.

prövning, egen översättning). Endast de som har stort behov av vård  r intagna. De som f r avslag eftir färdighets- och h ls pr vning kan överklaga beslutet till ministern. Väntetiden för sjukhemsplatser har i genomsnitt blivit kortare med undantag av 2012 och 2013. I genomsnitt har väntetiden blivit 43 procent kortare; den har minskat från 206 dagar 2009 till 118 dagar 2013 (Tabell 5).

Beslut om avslag på sociala t n ster i hemmet, om begränsning av det sökta stödet och om avslag till ansökan om att upphäva betaling av sociala t n ster i hemmet kan överklagas till en särskild kommitté ( rskur arnefnd f lagsp  nustu og h sn  ism la). Detta skall göras skriftligt och senast tre månader eftir att personen har underrättats om beslutet. I vissa kommuner överklagas beslutet först till kommunens v lf r dsn mnd. Det finns inga sanktionsregler om den äldre inte f r särskilt boende eller annan service inom en viss tid.

 LDRESERVICEPOLITIK

Huvudsyftet med  ldreomsorgen

I Island gäller, som tidigare nämnts, särskilda lagar f r  ldreomsorgen som handlar om hur den organiseras och vem som ansvarar för de olika delarna. Syftet med lagarna är att garantera att de äldre har tillgång till h ls - och sjukvård samt social service på den nivå som de behöver. Lagarnas mål  r  cks  att tillförsäkra att de äldre kan bo så länge som möjligt i normal hemmiljö samtidigt som institutionservicen garanteras om den behövs (L g um m lefni aldra ra [Lagen om  ldreomsorgen] nr 125/1999). Hemmaboendeideologin betonas i plan om  ldreomsorgen, vilket betyder att hemservice (inom social- och h ls v rden) skall utökas och samordnas bättre och att andra stödinsatser, såsom dagverksamhet, rehabilitering och avlastningsplatser skall bli fler. Fler sjukhemsplatser skall  cks  byggas. Nya mätinstrument provas, exempelvis RAI-HC (Residential Assessment Instrument - Home Care). Kommunerna skall, enligt planer från 2008, ta över ansvaret för  ldreomsorgen.

29 <http://www.velferdarraduneyti.is/media/rit-og-skyrslur-2014/VEL-Lokaskyrsla-2014.pdf> (sid.36)

Brukarinflytande

En rådgivande kommitté utses av Velfärdsministeriet med bl.a. en representant från de äldres landsförening. Det finns fem medlemmar i kommittén, förutom de äldres representant, en ledamot från geriatriska rådet i Island (en paraplyorganisation för 32 intresseorganisationer, föreningar och institutioner som arbetar med äldre frågor och service till äldre), en från Kommunförbundet samt två som utses av ministeriet, varav den ene skall vara ordförande i kommittén. Kommitténs uppgift är att vara rådgivande för ministern och regeringen när det gäller frågor som rör äldre samt att förmedla information mellan ministerier, institutioner och föreningar.

I varje hälsovårdsdistrikt finns en servicekommitté där de äldres förening har en representant. Kommitténs uppgift är att kontrollera om de äldre får den service de behöver samt göra rekommendationer till de lokala myndigheterna om äldreomsorgen. Kommunerna kan ha gemensamma kommittéer om så behövs. Kommittén består av fem representanter: en läkare med geriatrik som specialitet, en sjuksköterska med erfarenhet av geriatrik, två representanter med expertis inom socialtjänsten för äldre, varav en skall vara socialarbetare, samt slutligen en representant från den lokala pensionärsföreningen.

De boende på sjukhem för äldre eller ålderdomshem skall utse en representant som deltar i institutionens styrelsemöten. Många sjukhem har anhörigföreningar vars syfte är att övervaka verksamheten och vara en rådgivande instans. En landsförening, Anhöriga till alzheimerpatienter (FAAS)³⁰, är aktiv och organiserar möten,

föreläsningar och stöd till sina medlemmar och andra intresserade.

TJÄNSTER

Hemservice

Hemservice för äldre bygger på individuell behovsprövning och är uppdelad på två delar, social hemhjälp respektive hemsjukvård. Hemservice (heimþjónusta) används som en övergripande beskrivning av formella tjänster som riktar sig till äldre som bor hemma, exempelvis social hemtjänst (hjälp med hushållssysslor och social aktivitet) och hemsjukvård (personliga göromål, PADL, och omvårdnad). Hemservice skall vid behov ges hela dygnet. Dessutom finns det dagvård, hemskickad mat, rehabiliteringsplatser, avlastningsplatser samt färdtjänst. Den sociala hemtjänsten hjälper till med hushållssysslor, ansvarar för hemskickad mat och social aktivitet. Hemsjukvården hjälper till med personlig omvårdnad m.m. Syftet med hemtjänsten är att stärka brukarens kapacitet att hjälpa sig själv och göra det möjligt för honom/henne att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Den sociala hemhjälp (félagsleg heimþjónusta) ges enligt kapitel VII i Lagen om kommunernas sociala service (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga 40/1991)³¹. Vissa kommuner, exempelvis Reykjavíks kommun, har tagit över ansvaret för hemsjukvården och integrerar den sociala hemservicen och hemsjukvården. Tabell 6 visar andelen personer som får social hemhjälp, uppdelat per åldersgrupp.

30 <http://www.alzheimer.is/>

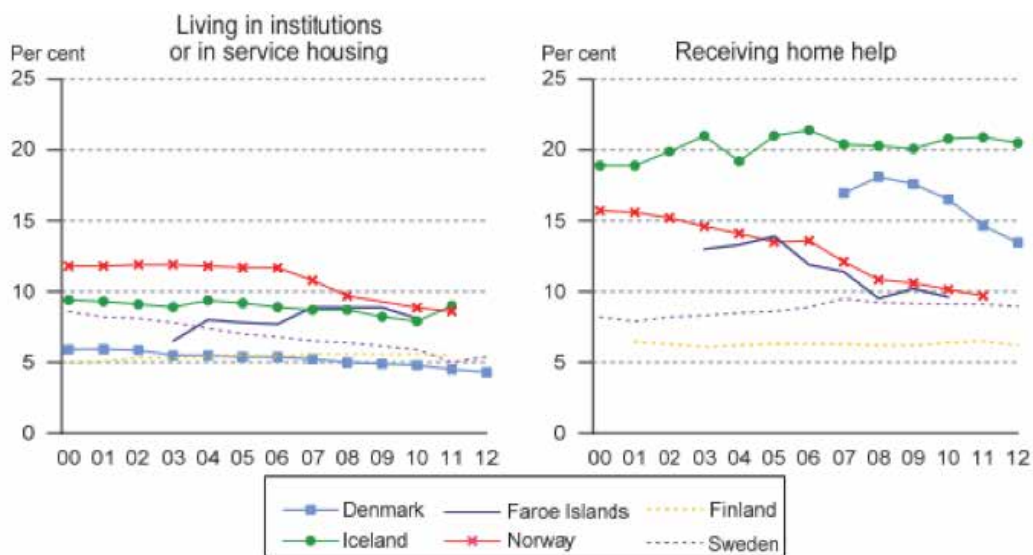
31 <http://eng.velferddarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709>

Tabell 6. Andel 65+ och 80+ som får social hemhjälp (%).

	Kvinnor 65+	Män 65+	Alla 65+	Kvinnor 80+	Män 80+	Alla 80+
2010	24,3	16,7	20,8	47,4	36,7	43,1
2011	24,5	16,7	20,9	47,8	37,3	43,6
2012	24,4	16,1	20,5	48,4	37,0	43,7
2013	23,6	16,3	20,2	48,7	38,3	44,4

Källa: Statistic Iceland 2014.

Figur 1. Äldre som bor på institutioner eller servicehus och äldre som får hemservice, andelen av personer 65 år och äldre, 2000-2012.



Källa: NOSOSCO, Version 56:2013³².

Av figur 1 framgår att nio procent av dem som var 65 år och äldre bodde på institutioner eller servicelägenheter 2011. Samma år bodde 24,5 procent av dem som var 80 år och äldre på institutioner eller servicelägenheter. Det framkommer dock att de nordiska siffrorna kan vara svåra att jämföra.

Sjukhem

De som inte kan klara sig i sina egna hem med den hemhjälp som finns, kan ansöka om vistelse på ålderdomshem, gruppboende, servicelägenhet eller sjukhem. På ålderdomshem skall det finnas service/bevakningstjänst dygnet runt, matleverering, tvätt, städning samt social sam-

30 <http://www.alzheimer.is/>

31 <http://eng.velferddarraduneyti.is/acts-of-Parliament/nr/3709>

32 <http://nowbase.org/~media/Projekt%20sites/Nowbase/Publikationer/Trygtext/Social%20protection/Social%20Protection%202013.ashx>

varo. Sjukhem finns för dem vars hälsa är så dålig att de inte kan bo hemma eller i ovanstående bostäder. Där skall det finnas ovannämnd service samt omvårdnad, läkarservice och rehabilitering. På sjukhem skall det finnas specialavdelningar för äldre med demens. Det är sjukhemmens styrelser som beslutar vem som tas in, men ingen tas in utan giltig behovsprövning. De senaste åren har boendetiden på sjukhem förkortats. Det tyder på att de som flyttar in är sjukare vid inflyttning. I slutet av 2013 var sjukhemsboendes medelålder 84 år och fem månader, nästan samma som invånarnas på ålderdomshemmen (84 år och fyra månader). Den genomsnittliga boendetiden på sjukhem var i slutet av 2013³³ tre år och sex månader.

Det finns inte undersökningar om de äldres önskan om att flytta till sjukhem, men en del undersökningar visar att de äldre vill bo hemma så länge som möjligt.

Anhörigas roll

Anhörigas möjligheter att få betalt för anhörigvård är begränsade. Vid speciella omständigheter kan make/maka få pension om han/hon måste sluta arbeta eller gå ner till deltid på grund av vård av sin make/maka. Denna pension kan också betalas till en person som bor tillsammans med och vårdar den äldre. Pensionen är inkomstreglerad och betalas inte till dem som redan är pensionerade³⁴. Avlastning finns för dem som vårdar äldre i hemmet. Det existerar inget skatteavdrag för dem som vårdar äldre i hemmet.

Forskningen om de äldres behov av service har hittills varit begränsad. Ännu mindre uppmärksamhet har de anhörigas roll i äldreomsorgen

fått. ICEOLD, Icelandic Older People, studien som gjordes 2008, hade som syfte att beskriva och analysera omsorgs- och servicebehoven hos personer som var 65 år och äldre samt hur dessa behov var mötta. Analysen omfattade också relationen mellan de viktigaste hjälp- och vårdgivarna, den formella hjälpen som ges av stat och kommuner och den informella hjälpen som ges av partner, familj, vänner och grannar.

Resultatet baseras på ett slumpmässigt representativt nationellt urval av 1400 icke-institutionaliserade personer i Island i åldern 65 år och äldre. Det slutliga urvalet bestod av 1189 äldre personer. 782 personer deltog vilket gav en svarsfrekvens på 66 procent. Studien visar att äldre personer i Island får hjälp och vård från både informella och formella vårdgivare men att den informella hjälpen spelar en viktig roll för att stödja hemmaboende äldre. Den stora majoriteten av de svarande som har IADL-begränsningar (Instrumental Activities of Daily Living) eller PADL-begränsningar (Personal Activities of Daily Living), fick antingen informell eller formell hjälp men inte båda. Av respondenterna i åldern 65-98 år fick 27 procent endast hjälp av sin familj, vänner och grannar, fyra procent endast av formella hjälpare och 16 procent av både formella och informella vårdgivare. Hjälpen omfattade oftare hushållssysslor än personlig omvårdnad. När behovet av vård och omsorg blev större ökade den formella hjälpen. Eftersom den formella hjälpen visade sig vara begränsad, verkar det troligt att när behovet av personlig vård ökar flyttar den äldre personen in på ett sjuk- eller ålderdomshem i stället för att utöka den formella vården i hemmet. Kvinnor är oftare än män den enda vårdgivaren. Döttrar ger mer vård till sina för-

33 http://www.rikisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/rekstrarafkoma_hjukrunarheimila3.pdf

34 <http://www.tr.is/aldradir/uppbatur-a-lifeyri-aldradra/maka--og-umonnunarbaetur/>

äldrar än söner (Sigurðardóttir och Kåreholt, 2014)³⁵.

Annan service

I många kommuner finns det matleveranser, transport och dagverksamhet. Dagverksamhet omfattar rehabilitering och social aktivering. En del av dagcenterverksamheten riktar sig speciellt till äldre med demens och många dagcenter drivs av anhörigföreningen FAAS. Föreningen får dagtraktamente från staten för att driva verksamheten. Förebyggande hembesök finns i de största kommunerna.

KVALITET I ÄLDREOMSORGEN

Kvalitetsutveckling

Mätinstrumentet RAI, (Residential Assessment Instrument), är ett arbetsredskap som används inom äldreomsorgen i Island³⁶. Mätinstrumentet, som finns i olika varianter, har sitt ursprung i USA men har standardiserats för isländska förhållanden. Det används för att utveckla och övervaka kvaliteten i vården på sjukhem i Island och i hemtjänsten (RAI-HC). Syftet med förordningen om utvärdering av hälsa och vård av sjukhemsboende (Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa í hjúkrunarrýmum Nr. 544/2008³⁷) är att samordna och garantera bra omsorg för äldre på sjukhem eller på sjukhusens sjukhemsplatser. För att uppnå detta mål skall individens hälsa och den vård han/hon får utvärderas när han/hon flyttar till sjukhemmet och därefter regelmässigt, åtminstone tre gånger årligen³⁸. Utvärderingen ska grundas på RAI-mätningar. RAI mätningarna bygger på 1) ett dataset om hälsa och omvårdnad (MDS-

Minimum Data Set), 2) users manual 3) uppgifter (Clinical Assessment Protocols - CAPs), 4) kvalitetsindikatorer (Quality Indicators - QI), samt 5) klassificeringssystem om vårdbelastning (Álagsmælingar, Resource Utilizations Groups - RUG).

Syftet med mätningen är att övervaka den äldres hälsa och hans/hennes välfärd; att skaffa information om den äldres behov och den omvårdnad han/hon får; att skaffa standardiserad information om institutionernas behov av hälsovård enligt denna förordning. Syftet med RAI-mätningen är också att säkerställa bästa möjliga vårdkvalitet samt bästa möjliga resursutnyttjande.

Elektronisk registrering av RAI-bedömningar inleddes 2003. Från 1 mars 2012 ansvarar Medicindirektoratet för övervakning av databasen. Alla sjukhem i landet är anslutna till den centrala databasen. Genom att samla in data i en central databas, får man en komplett bild avseende äldres hälsa och levnadsförhållanden i alla sjukhem.

Ett av syftena med registrering av RAI-bedömningar är att förbättra kvaliteten och säkerheten i behandlingen. Kvalitetsindikatorerna beskriver hur behandling och vård ges på sjukhemmet. De beskriver t.ex. hur ofta invånare på respektive sjukhem ramlar, hur ofta de visar symtom på depression, är sängliggande eller har trycksår. Det har gjort det möjligt att följa med kvalitetsutvecklingen på sjukhemmen samt ingripa med förbättringar om så behövs. Kvalitetsindikato-

35 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12114/abstract>

36 <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/gaedavisar/rai-gaedavisar/>

37 <http://www.stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=76ce7bae-befb-4cac-8828-3734aedcbaeb>

38 <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/eftirlit-med-stofnunum-og-starfsstofum/rai-mat/>

rerna används också som grund för debitering för den service som ges och kan användas för forskning.

Det är Medicindirektoratet (Embætti landlæk-nis) som ansvarar för RAI-mätinstrumentet och ger föreskrifter om var och en av de 23 kvalitetsindikatorer som används. Direktoratet beslutar om ramen för kvalitetskriterierna. På direktoratets hemsida finns instruktioner för sjukhemmen om hur RAI-mätinstrumentet skall tolkas och var det enskilda sjukhemmet står i relation till de isländska kvalitetsindikatorerna. Konsekvenser av RAI-bedömningen är entydig; den bidrar till individuell behandling och målinriktad omvårdnad. Den ger också möjlighet att övervaka kvaliteten på tjänsterna och förbättra vården vid behov.

RAI-HC-instrumentet har använts inom hemvården sen 1996. Den är kortare än RAI-instrumentet och därför lättare att använda. Det innebär mätning av instrumentella dagliga aktiviteter (IADL, Instrumental Activities of Daily Living), såsom inköp, matlagning, städning och tvätt, men det fokuserar också på de faktorer som är relaterade till funktion och livskvalitet för personer som bor hemma. Det kan användas för att göra behandlingsplaner för äldre som på grund av funktionsnedsättning behöver hälsovårdsservice och social service i hemmet.

I instrumentet beaktas faktorer som kognitiv förmåga, kommunikation och vision, humör, psykiskt och socialt välbefinnande, fysiska färdigheter, kontroll av urin och avföring, hälsotillstånd, näringsstatus, hudens tillstånd, medicinering, behandling, socialt stöd och bostadsförhållande (Ingibjörg Hjaltadóttir, Sigrún Bjartmarz, Diana

Dröfn Heiðarsdóttir och Steinunn Anna Þorsteinsdóttir, 2010)³⁹.

Välfärdsministeriet har presenterat en ny version av RAI-HC, en så kallad inledande bedömning (isl. upphafsmat) som är en kortare och enklare version av RAI-HC. Den används i första intervjun för att mäta den äldres behov av service. Denna del av RAI-mätinstrumentet har utvecklats i samarbete med fem kommuner och syftar till att på ett rimligt sätt prioritera dem som behöver mest service. Utvecklingen av mätinstrumentet har genomförts i samband med planerna att flytta över hela ansvaret för äldre-servicen till kommunerna. Även om det ännu inte har blivit av, kan mätinstrumentet användas redan nu och syftar till att öka och förbättra samarbetet mellan den sociala hemtjänsten och hemsjukvården. Många kommuner har visat intresse för att använda mätinstrumentet och välfärdsministeriet uppmuntrar kommunerna att börja använda det. Medicindirektoratet har tillsynsansvaret.

Socialtjänsten i Reykjavik använder RAI-HC (RAI Home Care) i hemtjänsten. Det har hittills nästan enbart använts inom hemsjukvården men skall nu användas för hemtjänsten i dess helhet. Det skall användas i större utsträckning för att mäta de äldres servicebehov samt för kvalitetsmätning och kontroll. Det har redan använts med lovande resultat i servicelägenheter som drivs av Reykjaviks kommun. Mätinstrumentet kan också utvärdera när den äldre behöver mer service än hemtjänsten kan erbjuda och sjukhemsvistelse är nödvändig. RAI-HC finns i olika varianter, beroende på den äldres behov av service.

39 <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/bitstream/2336/110764/1/H2010-03-86%20-F1.pdf>

Undersökningar av brukarnöjdhet

Välfärdsministeriet har under de senaste åren med jämna mellanrum gjort brukarundersökningar för att utvärdera de äldres situation samt få en bild av hur de upplever servicen. En undersökning gjordes i december 2012 där personer i åldrarna mellan 67 och 87 år tillfrågades. Resultaten visar att 83,2 procent tyckte att den sociala hemtjänsten var tillräcklig och 96,7 procent tyckte detsamma om hemtjänsten. Liknande undersökningar gjordes i mars 1999 där 79,3 procent tyckte att den sociala hemtjänsten och 86,7 procent att hemsjukvården var tillräckliga. I december 2006/ januari 2007 tyckte 81,8 procent att den sociala hemtjänsten och 88,2 procent att hemsjukvården var tillräckliga. Resultaten visar att den allra största delen av respondenterna tycker att de får tillräcklig hemtjänst. Många av landets kommuner har gjort brukarundersökningar om service till äldre och i de flesta fall är resultaten positiva.

Kvalitetsstandarder

I december 2011 kom specifikationer/föreskrifter (isl. kröfúlýsing) för äldreservice som reviderades i januari 2013⁴⁰. Där finns information om Välfärdsministeriets minimikrav på dem som driver verksamheter samt dem som utför arbetet. Där finns bland annat instruktioner om drift, organisering, personal, vidareutbildning samt kvalitetsstyrning. Instruktionerna avser arbetet på sjukhem, ålderdomshemsplatser, gruppboende, servicelägenheter samt dagcenter. Vikten av välfungerande kvalitetssäkring betonas med hänvisning till gällande planer, lagar och regler om välfärdsservice. Styrelsen skall lägga vikt på att uppfylla krav om pålitlig och effektiv service med mätbara kvalitets- och prestationsmål. En systematisk utvärdering skall göras för att mäta

resultat. Det är styrelsens ansvar att se till att brukaren får bra service och omvårdnad. Den som ger service skall använda kvalitetskriterier enligt förordning nr. 1148/2008 vars syfte är att sörja för val, användning samt offentliggörande av kvalitetsindikatorer för att förbättra och öka kvalitet i vården samt öka säkerhet. RAI-mätningssystemet samt fler kvalitetsindikatorer skall användas vid behov. Där finns instruktioner om omvårdnad, rehabilitering, mediciner, sociala aktiviteter, mat/livsmedel, tvätt, städning, säkerhet, ekonomisk förvaltning samt annan service. En serviceenkät skall göras årligen bland brukarna – den skall även skickas till anhöriga om så behövs. Kvalitetsmål skall revideras åtminstone årligen. Om serviceleverantören har certifierat kvalitetssystemet enligt kvalitetsstandarden IST EN ISO 9001 skall denna skickas till Välfärdsministeriet. I dessa specifikationer ges också instruktioner om hur klagomål och kommentarer skall behandlas. Instruktioner ges också om hur en äldre person som flyttar in på ett sjukhem tas emot. Det är Medicindirektoratet (Embætti landlæknis) som kontrollerar servicens kvalitet.

I januari 2010 utgav Medicindirektoratet en redogörelse om sjukhemmens bemanning hösten 2009⁴¹. Eftersom sjukhemmen är olika stora (från 3–187 platser) delades de upp i fem grupper för att underlätta jämförelsen: Grupperna är

1. Sjukhem med mindre än 10 platser (7 sjukhem),
2. Sjukhem med 10–29 platser (19 sjukhem),
3. Sjukhem med 30–49 platser (9 sjukhem),
4. Sjukhem med 50–100 platser (5 sjukhem),
5. Sjukhem med mer än 100 platser (6 sjukhem).

40 http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/Krofulysing_oldrunarthjonustu_jan2013.pdf

41 <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2846/4469.pdf>

I redogörelsen framkommer att varje invånare på sjukhem skall få mellan 4,80–5,50 vårdtimmar (hjúkrunarklukkustundir) per dygn och att 30 procent av tjänsterna skall vara bemannade av sjuksköterskor.

I en rapport från Medicindirektoratet publicerad i december 2014, framkommer att den önskvärda andelen sjuksköterskor på sjukhem är 27,67 procent av den personal som vårdar de äldre. Minimandelen sjuksköterskor är 20,20 procent för att garantera de äldres säkerhet. I rapporten framkommer också att kvalificerad omvårdnadspersonal (sjuksköterskor, undersköterskor och socialassistenter (Social and Health Care Assistants)) behöver vara 77,87 procent och minst 57,13 procent av personalen. Antalet vårdtimmar anses behöva vara 5,34 timmar per boende per dygn med en minimiomvårdnadstid på 4,65 timmar per boende per dygn. Denna rapport bygger på resultat från en expertgrupp som använde den så kallade Delphimetoden och RAI-mätinstrumentet på 15 sjukhem år 2010. I rapporten noteras att dessa rekommendationer inte har rättslig status. Syftet är att förstärka sjukhemmens service och garantera kvaliteten⁴².

Statistik

Enligt Statistic Iceland arbetade 18 100 personer inom social- och hälsovården 2014. Det finns dock inte information om antalet som arbetar inom äldreomsorgen⁴³.

Möjlighet till klagomål

Det är Medicindirektoratets (Embætti landlæk-nis) ansvar att ta emot klagomål mot leverantörer av hälsovård. En formell klagan kan skickas till direktoratet om kunden/patienten anser att det har begåtts en försummelse eller misstag. Patienter/kunder kan framföra klagomål till direktoratet även om de anser att hälsovårdspersonal, i samband med servicen, uppträtt på ett otillbörligt sätt. Om mer än tio år har gått sen händelsen, kan Medicindirektoratet avvisa klagomålet.

Enligt lagen om socialtjänst kan socialnämndens beslut överklagas till en speciell kommitté. Det skall göras senast tre månader efter att individen fått besked om beslutet. De som får avslag av färdighets- och hälsomätningen kan överklaga till ministern. Beslut från officiella instanser kan också överklagas till Altingets ombudsman⁴⁴.

SAMMANFATTNING

- Det finns särskilda lagar om äldreomsorgen. Syftet med lagarna är att garantera de äldre tillgång till hälso- och sjukvård samt social service på den servicenivå som de behöver
- Det är Velfärdsministeriet som har huvudansvaret för planer och strategier för äldreomsorgen i hela landet. Hemmaboendeideologin betonas i planen om äldreomsorgen.
- Kommunerna ansvarar för den sociala hemhjälpen, matleverering och sociala aktiviteter. Staten ansvarar för institutionsvård och hemsjukvård.

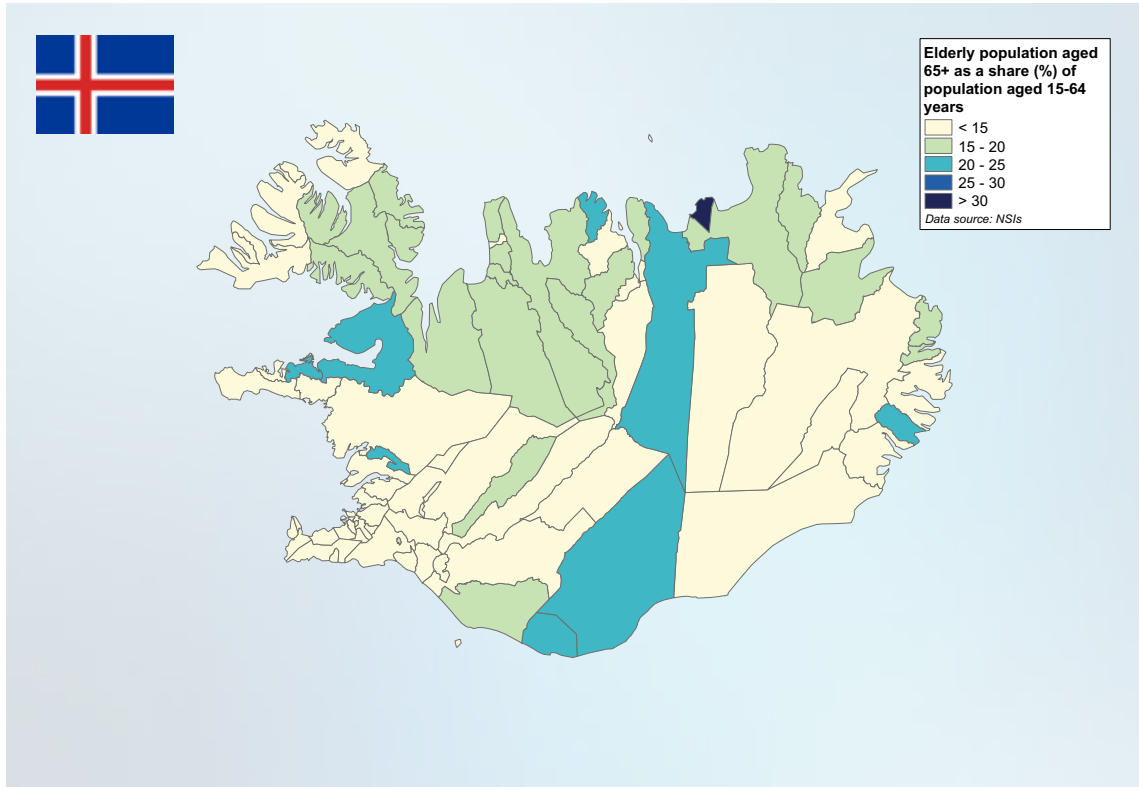
42 http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item25523/Vi%C3%B0mi%C3%B0%20um%20m%C3%B6nnun%20%C3%A1%20h%C3%BAkrunarheimilum_2014.pdf

43 <http://hagstofan.is/?PageID=2594&src=https://rannsokn.hagstofa.is/pxis/Dialog/varval.asp?ma=VIN01106%26ti=Vi%F0+vinnu+%ED+a%F0alstarfi+eftir+atvinnugreinum+%28b%E1lkar%29%2C+kyni+og+b%FAsetu+2008%2D2014+++%26path=../Database/vinnumarkadur/rannsoknir/%26lang=3%26units=Fj%F6ldi>

44 <http://www.umbodsmaduralthingis.is/category.aspx?catID=18>

- Enligt lagen om äldreomsorgen finns det en byggnadsfond (Framkvæmasjóður aldraðra) vars syfte är att bidra till att utveckla och stärka äldreservicen i hela landet.
- Nästan all hemhjälp levereras av kommunerna, endast ett fåtal äldre får hjälp av de tre privata företag som finns på marknaden och driver sin verksamhet i huvudstadsregionen.
- Hemservice för äldre bygger på individuell behovsprövning och är uppdelad på två delar, social hemhjälp respektive hemsjukvård. Den sociala hemtjänsten hjälper till med hushållssysslor, ansvarar för hemskickad mat och social aktivitet. Hemsjukvården hjälper till med personlig omvårdnad med mera.
- De som inte kan klara sig i sina egna hem med den hemhjälp som finns, kan ansöka om vistelse på ålderdomshem, gruppboende, servicelägenhet eller sjukhem.
- Mätinstrumentet RAI, (Residential Assessment Instrument), är det arbetsredskap som används inom äldreomsorgen i Island.
- Velfärdsministeriet har under de senaste åren med jämna mellanrum gjort brukarundersökningar. Även många av landets kommuner har gjort liknande undersökningar. I de flesta fall är resultaten positiva.

ISLAND



ÄLDREOMSORGEN I NORGE

NORGE

De offentlige omsorgstjenestene har en relativt kort historie i Norge. Det var frivillige, humanitære eller religiøse organisasjoner som gikk foran i etablering av tjenestene. På 1960-tallet var det en kraftig vekst i det offentlige tilbudet. I løpet av de neste 50 årene vokste sektoren fra i hovedsak å være eldreomsorg til å omfatte et mangfoldig tilbud til brukere i alle aldersgrupper med ulike diagnoser, funksjonsnedsettelse og tilstander.

Den moderne kommunale omsorgstjenesten vokste fram på 1970-tallet og ble tilført nye, store oppgaver gjennom forvaltningsreformer på 1980- og -90-tallet. I løpet av denne perioden overtok kommunene ansvaret for mange nye tjenester og brukergrupper, herunder henholdsvis sykehjemmene (sykehjemsreformen) og personer med utviklingshemming som tidligere hadde bodd i statlige institusjoner (HVPU-reformen). Det lå noen viktige prinsipper bak denne utviklingen:

- desentralisering – flytting av tjenester fra statlig nivå og fylkesnivå ned til kommunalt nivå
- integrering – overgang fra segregert særomsorg til integrerte, hjemmebaserte tjenestetilbud og nye boformer i nærmiljøet
- avinstitusjonalisering – overgang fra tjenester i institusjon til hjemmetjenester

Omsorgstjenestene er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester¹. Innenfor begrepet omsorgstjenester ligger tjenester definert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 pkt. 6 samt § 3-6 og 3-8. Omsorgstjenestene består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenes-

ter, for eksempel hjemmesykepleie og praktisk bistand, opphold i institusjon, herunder sykehjem, og tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn. Utover dette kan den enkelte kommune ha ordninger og tilbud spesielt tilpasset lokale forhold, for eksempel matombringning og trygghetsalarm.



Thorstein Ouren

Seniorrådgiver, Helse- og omsorgstjenester, Norge

UTGIFTER OG FINANSIERING

Totale helseutgifter i Norge var på vel 288 milliarder NOK i 2013². Dette utgjør 9,6 prosent av BNP og tilsvarer i overkant av 56 700 kroner per innbygger. Målt i volum har helseutgiftene økt med omtrent 20 prosent de siste ti årene.

Helseutgiftene, målt som andel av BNP, ligger omtrent på gjennomsnittet av OECD-landene. I 2013 finansierte det offentlige 85,5 prosent av de samlede helseutgiftene. I OECD-området er det bare Nederland som har en høyere offentlig finansiering. Av de totale offentlige utgiftene i Norge ble 18,5 prosent brukt til helse i 2013.

Totalt sett har driftsutgiftene til kommunale omsorgstjenester økt fra 1,3 milliarder NOK i 1972 til 94,4 milliarder NOK i 2013³. Mye av

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

² <http://www.ssb.no/helsesat/>

³ <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2014-07-08>

Tabell 1. Totale helseutgifter, nøkkeltall

	2009	2010	2011	2012	2013
Totale helseutgifter (mill NOK)	230 473	239 730	255 366	270 052	288 283
Totale helseutgifter i prosent av BNP	9,7	9,4	9,3	9,3	9,6
Totale helseutgifter per innbygger	47 730	49 032	51 557	53 811	56 747

Tallene for 2012 og 2013 er foreløpige.

Tabell 2. Utgifter i kommunale omsorgstjenester (i 1 000 NOK), 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Utgifter i alt	74 823 237	78 575 250	83 241 773	90 213 303	94 456 050
234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelser	4 073 656	4 287 191	4 496 815	4 794 078	5 054 037
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	32 344 435	33 496 896	35 153 945	38 132 068	39 341 063
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	34 799 845	36 968 741	39 694 707	43 338 519	45 914 688
261 Institusjonslokaler	3 605 301	3 822 422	3 896 306	3 948 638	4 146 262

veksten skyldes at kommunene i denne perioden har fått en stor økning i antall oppgaver innenfor omsorgstjenesten. Omsorgstjenestene er den største utgiftsposten for kommunene – mer enn hver fjerde krone i kommunene brukes på dette formålet.

Kommunenes utgifter til omsorgstjenester finansieres i hovedsak av statlige rammetilskudd og skatteinntekter samt gebyrinntekter og brukerbetaling. Statlig rammetilskudd innebærer at kommunene ikke er forpliktet til å bruke inntektene på bestemte tjenester og tiltak, men selv kan avgjøre hvordan inntektene skal anvendes. Kommunene er likevel bundet av de krav til tilbud, innhold og kvalitet på tjenester som følger av vedtatte lover.

Nærmere regler om egenbetaling (brukerbetaling) følger av forskrift om egenandel for kom-

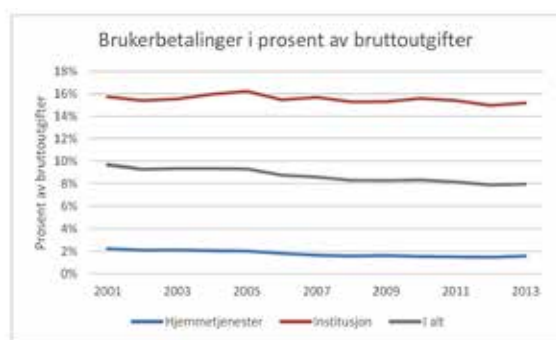
munale helse- og omsorgstjenester⁴. Kommunen kan kreve egenandel for opphold i institusjon. Forskriften skiller mellom korttidsopphold og langtidsopphold. For korttidsopphold kan kommunene kreve betaling per døgn og for det enkelte dag- eller nattopphold. Maksimalsatser for slike opphold blir fastsatt i forskriften. Også for langtidsopphold angir forskriften det maksimale som kommunen kan kreve i egenbetaling. Egenandelen ved opphold på institusjon er betaling for kost, losji, medisiner med videre samt de kommunale helse- og omsorgstjenestene som beboeren mottar på institusjonen. Beboere på institusjon betaler med andre ord for et samlet bo- og tjenestetilbud, uavhengig av omfanget av de tjenester som ytes.

For brukere som mottar hjemmetjenester, kan kommunen ta egenandel for praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assis-

⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

tanse, som ikke er til personlig stell og egenomsorg. Dette kan for eksempel være bistand til rengjøring, innkjøp og matlaging. Hjemmesykepleie og personrettet praktisk bistand er fritatt for brukerbetaling. Det samme er støttekontakt og avlastningstiltak. Som personrettet praktisk bistand regnes personlig stell og egenomsorg, som nødvendig hjelp til å stå opp, til toalettbesøk, til personlig hygiene, til å kle av og på seg og til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov. Kommunen fastsetter selv betalingssatsene for egenandelen, men egenandelen kan ikke overstige utgiftene kommunen har knyttet til tjenestene brukeren mottar. Egenandelen kan heller ikke være høyere enn at bruker sitter igjen med nok til å dekke personlige behov og forsørgeransvar.

Brukerbetalingene finansierer en noe mindre andel av utgiftene enn før. I 2001 utgjorde brukerbetalingene 9,7 prosent av driftsinntektene for pleie- og omsorgstjenestene (se figuren under). Denne andelen har falt til rundt 8 prosent i 2013⁵.



Figur 1. Brukerbetalinger fra praktisk bistand og institusjon i prosent av korrigerte bruttoutgifter.

Medisiner og legetjenester for hjemmeboende er finansiert av staten. Bruker betaler en egenandel opp til et tak. Varige hjelpemidler besørges av staten gjennom hjelpemiddelsentralene. Det er ingen egenandel knyttet til disse. Midlertidige behov for hjelpemidler er det kommunenes ansvar å sørge for.

Mens utgifter til institusjonstjenester tidligere har vært høyere enn utgifter til hjemmetjenester, har det vært omvendt siden 2007. Det skyldes blant annet en bevisst og ønsket dreining fra institusjonstjenester til tjenester i brukernes eget hjem. De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene de siste tiårene har skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien og personrettet praktisk bistand som vokser. Dette er uttrykk for to tydelige utviklingstrekk der retningen går fra institusjon til hjemmetjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester. Samtidig er det fortsatt stor variasjon i måten kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester på. Noen kommuner har valgt å beholde sykehjem og institusjoner, andre satser på hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og omsorgsboliger. Dette avspeiles blant annet i at kostnadene for en sykehjemsplass varierer fra under en halv til over to millioner NOK per år på kommunenivå. Det er imidlertid det samlede tjenestetilbudet som er mest avgjørende for innbyggerne i den enkelte kommune.

ORGANISERING

Organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i Norge er bygd på det prinsipp at alle skal ha samme tilgang til gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Ansvar og oppgaver er fordelt mellom stat og kommune.

⁵ Agenda Kaupang Rapport 10. februar 2015: Utredning av utgifter knyttet til brukerbetalingsordninger i pleie- og omsorgstjenesten

Statens rolle er å fastsette den nasjonale helsepolitikken, utforme og forvalte helselovgivning og styre finansieringen. De fire regionale helseforetakene (RHF) og kommunene har ansvaret for selve tjenesteytingen – helseforetakene for spesialisthelsetjenestene og fylkeskommunene og kommunene for primærhelsetjenestene. På nasjonalt nivå er Stortinget det politiske beslutningsorgan, og det overordnede ansvaret for helse- og omsorgssektoren ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Helsedirektoratet, som er underlagt HOD, er faglig forvaltningsorgan på helse- og omsorgsområdet. Direktoratet har tre roller – faglig rådgiver, iverksetter av vedtatt politikk og forvalter av lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren.

Staten, ved HOD, er eier av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har imidlertid ingen direkte styringslinje til kommunene. Det er Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) som er samordningsdepartement overfor kommunene. Statens styring av kommunesektoren må balanseres mellom nasjonale hensyn og hensynet til det kommunale selvstyret, og KMD skal sørge for at de ulike departementenes sektorstyring er samordnet, helhetlig og konsistent.

Kommunene er det lokale folkestyrtede forvaltningsnivået i Norge. Prinsippet om kommunalt selvstyre står sterkt i Norge, og kommunene er i stor grad rammestyrte fra staten, både juridisk og økonomisk. Det er vanlig å knytte tre sentrale verdier til det kommunale selvstyret. Disse er frihet, demokrati og effektivitet:

- frihet til å utvikle lokale fellesinteresser;
- demokrati og deltakelse. Et sterkt kommunalt selvstyre innebærer en nær kobling

mellom de som tar beslutningene og de som berøres av dem;

- effektivitet. Lokal handlefrihet er en forutsetning for å kunne tilpasse oppgaveløsningen til lokale preferanser og lokale kostnadsforhold, og lokaldemokrati vil bidra til at tjenester produseres så ressurseffektivt som mulig.

Norges 428 kommuner har ansvar for å sørge for tilbud om og finansiering av helse- og omsorgstjenester til alle som trenger disse. Staten har ansvar for å sikre likeverdige rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Via Statens helsetilsyn og fylkesmennene har staten også ansvar for å føre tilsyn og kontroll.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene omfatter blant annet fastlegeordningen, omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, rusomsorg og psykisk helsearbeid, fysioterapitilbud, habilitering og rehabilitering. Prinsippet om kommunalt selvstyre innebærer at det i liten grad er utarbeidet nasjonale retningslinjer for de kommunale tjenestene. Lovverket stiller krav om hvilke tjenester kommunen skal tilby, og krav om at tjenestene er forsvarlige og ytes i nødvendig omfang, men utover dette stilles få konkrete krav om organiseringen av tjenestene, om kompetanse eller om dimensjonering av de enkelte tjenestene. Helse og omsorgstjenesteloven § 4-1 setter imidlertid noen rammer: Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud og et verdig tjenestetilbud. Kommunene skal videre sørge for at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tje-

nestene. I tillegg har kommunene plikt til å ha et system for internkontroll,⁶ som skal sørge for at all tjenesteyting skjer innenfor gjeldende lov- og regelverk.

Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. De har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte bruker. Omsorgstjenestene må organiseres slik at bruker så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestene utformes i samråd med brukeren.

TILDELING AV TJENESTER

Tildeling av helse- og omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker, skal skje i form av et skriftlig vedtak som beskriver innholdet i og omfanget av tjenesten.

De fleste store norske kommuner (med mer enn 10 000 innbyggere) har nå valgt å skille mellom tildelingen av tjenester (bestilleroppgaver) og tjenesteutøvelsen (utføreroppgaver). Bestiller-utfører-modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltningsoppgaver på den ene siden og kommunens tjenesteproduksjon på den andre.

Når det gis tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen foreta en individuell vurdering i samråd med den som skal motta tjenestene. Brukermedvirkning er et prinsipp som er vektlagt innen helse- og omsorgstjenester.

Den har som mål å bedre kvaliteten på tjenestene ved at brukerne får reell innflytelse på valg og utforming av tjenestetilbudet. Dette er nedfelt i lovverket, blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1: «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8» (jf. pasient- og brukerrettighetsloven⁷ § 3-1 andre ledd). Målet er at tjenesteyter gjennom samtale med søker/tjenestemottaker eller dennes representant kan yte helse- og omsorgstjenester som er best mulig tilpasset den enkeltes behov og ønsker. For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende at søker/tjenestemottaker får tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Det er viktig at vedkommende så langt som mulig kan få kjennskap til innholdet i tjenesten og sine rettigheter som tjenestemottaker. Tjenesteyter skal sørge for god dialog med søker/tjenestemottaker, slik at han/hun opplever trygghet, forståelse og likeverd.

Søkers/tjenestemottakers rett til informasjon og innsyn i egen sak/journal i kommunen er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 5 og journalforskriften⁸ § 11.

Klage på vedtaket kan sendes til kommunen. Dersom klage til kommunen ikke fører fram, er Fylkesmannen klageinstans. Videre skal staten sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke⁹. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor spe-

6 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>

7 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

8 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

9 <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet>

sialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for å bedre kvaliteten i tjenestene. Ombudet kan bistå pasienter og brukere med å gjøre en vurdering av enkeltsaker og gi råd og veiledning om hvordan man bør gå videre. Ombudet kan også bistå med å kontakte tjenestene, skrive brev og formulere en klage dersom det er nødvendig. Bistand fra ombudet er gratis.

Utvikling i behov for og bruk av tjenester

I perioden fra 1965 til 1980 ble antall mottakere av hjemmesykepleie mer enn tredoblet, fra 24 000 til 75 000. Antall mottakere av hjemmehjelp økte enda mer, fra vel 13 000 i 1965 til vel 98 000 femten år senere. Tallet på mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp fortsatte å vokse på 1980-tallet, men i en lavere hastighet enn i det foregående tiåret.

Hjemmetjenestene er på 2000-tallet blitt mer og mer konsentrert om dem som har det største hjelpebehovet. Blant annet er andelen av tjenestemottakerne som bare mottar praktisk hjelp, sunket fra nesten halvparten til en fjerdedel. Antall beboere i institusjon økte fram til rundt 1990, da ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene og institusjonene i Helsevernet for psykisk utviklingshemmede ble avviklet. Siden har antall beboere i ulike institusjoner gått ned samtidig som antall mottakere av hjemmetjenester og omsorgsboliger har hatt en betydelig vekst. Omsorgstjenesten hadde ved utgangen av 2013 drøyt 271 000 brukere. Dette inkluderer mottakere av hjemmetjenester, beboere i institusjon samt mottakere av støttekontakt, avlastning og omsorgslønn.

Antall voksne og eldre vil øke mye i løpet av dette hundreåret. Særlig vil veksten bli kraftig blant de eldre (70 år eller mer). I mellomalternativet for befolkningsframskriving¹⁰ vil denne gruppen dobles de neste 30 årene. Dette er en konsekvens av at de store etterkrigskullene blir eldre samtidig som levealderen øker. Forventet levealder ved fødsel i 2012 var 79,4 år for menn og 83,4 år for kvinner. Andelen som er i aldersgruppen 70 år eller eldre, stiger fra knapt 11 prosent av befolkningen i dag til 19 prosent i 2060. Det betyr at omtrent hver femte person i Norge i 2060 vil være 70 år eller mer. Også de aller eldste vil utgjøre en stadig større andel av befolkningen. I mellomalternativet dobles andelen 80–89-åringene fra 3,4 prosent i dag til 7 prosent i 2060. Andelen som er 90 år eller eldre, tredobles, fra 0,8 prosent i dag til 2,5 prosent i 2060. Totalt vil dermed personer som er over 80 år, utgjøre nesten 10 prosent av befolkningen i 2060, mot drøye 4 prosent nå.

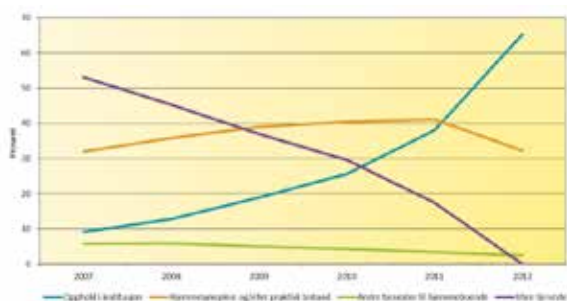
Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen. Dette forholdet er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og helse- og omsorgstjenester. I 2014 var det 4,9 personer i yrkesaktiv alder per person som var 67 år og over, mens aldersbæreevnen reduseres til 4,0 i 2025 og 3,1 i 2040. Nedgangen i andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder, i forhold til andelen som er eldre, vil bli en utfordring både for personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren og for øvrig verdiskaping og velferdsutvikling¹¹.

¹⁰ <http://www.ssb.no/folkfram/>

¹¹ <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

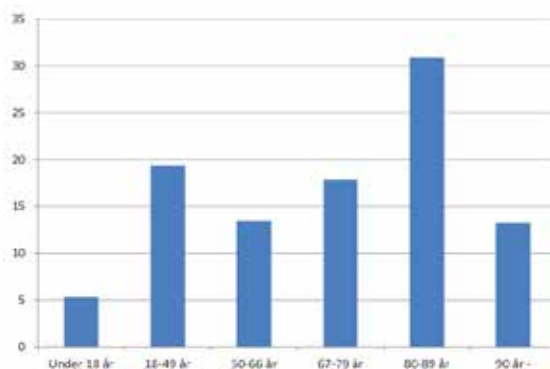
Til tross for sterk vekst i de eldste aldersgruppene er det ikke blitt flere eldre brukere av omsorgstjenester. Dette viser at ikke alle forhold kan forklares av demografi, men at utviklingen også preges av andre endringer i samfunnet. Dagens 67-åringer har vokst opp med økende velstand og vil i større grad enn de aller eldste i dag ha støtte i ektefelle og barn. Trolig vil også behovet for omsorgstjenester komme i en noe senere fase av livet enn det gjorde hos tidligere generasjoner eldre. Mye tyder på at eldre har fått generelt bedre helse de siste 10–15 årene. Dette kan skyldes både sunnere levevaner og bedre behandlingstilbud. Av dem som er over 67 år, bor 74 prosent hjemme i egen bolig uten tjenester fra det offentlige. Men mot slutten av livsløpet, etter fylte 90 år, har de aller fleste, over 90 prosent, én eller flere kommunale tjenester.

Halvparten av de som døde i 2012 mottok ingen tjenester fem år tidligere (2007). De første årene er det hjemmetjenester som er det mest utbredte tilbudet, mens det på slutten av livet er en markant økning i bruk av institusjon. 65 prosent bodde på institusjon det året de døde.



Figur 2. Utviklingen av tjenestetilbudet de fem siste årene av livet hos tjenestemottakere som døde i 2012.

Å beskrive den kommunale omsorgstjenesten som eldreomsorg er med tiden blitt mer og mer feil. I dag har omsorgstjenesten mottakere i alle aldre med svært ulike behov. Ved utgangen av 2013 mottok i overkant av 271 000 personer omsorgstjenester i en eller annen form¹². Av dem fikk i overkant av 43 000 et tilbud i institusjon og var nær 180 000 mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Snaut 49 000 mottok andre typer tjenester, som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt og brukerstyrt personlig assistanse. Dette er tjenestetyper som i størst grad tildeles personer under 67 år. Nær fire av ti mottakere av pleie- og omsorgstjenester er nå under pensjonsalder. Det er også slik at nesten alle nye ressurser som er satt inn i sektoren de siste 20 årene, har gått til å dekke tjenestebehov til det voksende antallet yngre brukergrupper.

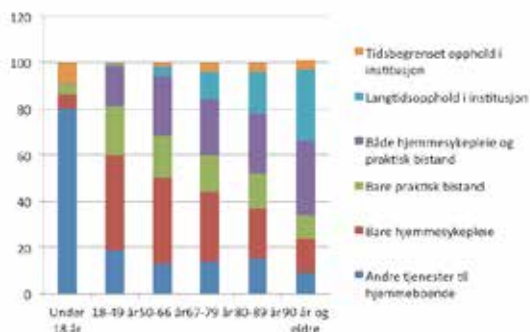


Figur 3. Fordeling av mottakere av kommunale omsorgstjenester etter alder. Prosent. Per 31.12.2013.

I aldersgruppen over 80 år var det over 120 000 personer som mottok institusjonstjenester eller

12 <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2014-07-08>

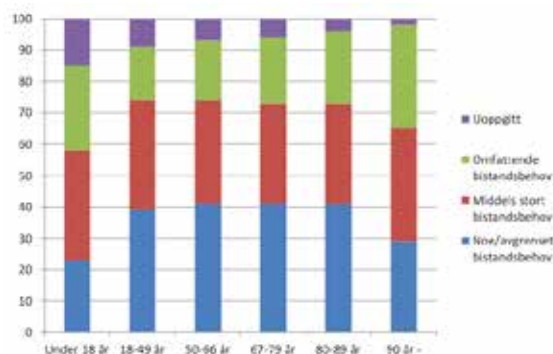
hjemmetjenester i 2013. Om lag to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner. Dette har blant annet sammenheng med at kvinner lever lenger enn menn og har en lengre periode med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet.



Figur 4. Tjenestetilbud fordelt på alder. Prosent. Per 31.12.2011.

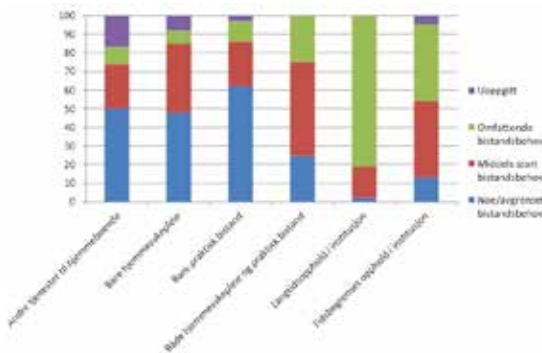
Andelen eldre som bor i institusjon, er i dag mindre enn for 20 år siden, og det er særlig blant de eldste eldre at det har vært en nedgang. I 1991 bodde halvparten av eldre over 90 år på institusjon. I 2013 var dette tallet redusert til ca. en tredjedel. At andelen synker, kan ha sammenheng med at eldre har bedre helse enn tidligere, men det kan også ha sammenheng med endring i prioritering av hvem som skal få tjenester, og hvilke tjenester som skal gis i kommunal regi. Omfanget av tjenester øker mye i brukernes siste leveår, men opphold på langtidsplass er ofte av relativt kort varighet. Nær seks av ti har opphold under ett år. 42 prosent av langtidsplassene blir ledige i løpet av ett år. Basert på denne gjennomstrømmingen kan gjennomsnittlig botid beregnes til 2,4 år. Det kan tyde på at beboere i institusjon er eldre og sykere enn tidligere når de blir skrevet inn på langtidsopphold.

Bistandsbehov er et mål på i hvilken grad en mottaker er selvhjulpel på de fleste områder (noe/avgrenset bistandsbehov) eller er avhengig av hjelp på flere områder (omfattende bistandsbehov)¹³. Om lag 33 prosent av mottakere over 90 år har omfattende bistandsbehov. I de øvrige aldersgruppene er det mellom 17 og 27 prosent som har omfattende bistandsbehov. Det er en tendens til at andelen mottakere med avgrenset bistandsbehov går ned. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov.



Figur 5. Fordeling av bistandsbehov hos omsorgstjenestens brukere etter alder. Prosent. Per 31.12.2013.

Bistandsbehovet er større blant yngre enn blant eldre mottakere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dette skyldes at mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Yngre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand enn eldre brukere med tilsvarende behov for tjenester.



Figur 6. Fordeling av bistandsbehov etter hvilken type tjenester brukar mottar. Prosent. Per 31.12.2013.

PERSONELL OG UTDANNING

Det har vært en kraftig, årlig vekst i antall årsverk i omsorgstjenesten. I 2012 ble det utført i overkant av 125 000 årsverk i brukerrettet tjeneste. Andelen eldre øker raskt, og det kan føre til en underdekning av personell i sektoren. Ifølge Statistisk sentralbyrå¹⁴ er det forventet vekst i etterspørselen etter omsorgstjenester i Norge i de kommende årene. I tillegg til at man rekrutterer flere til å jobbe i sektoren, jobber man med å satse på dem som allerede er ansatt i tjenesten, både ved å redusere andelen deltidsansatte og ved å heve kompetansen. Det gjennomføres en egen nasjonal satsing, «Kompetanseløftet 2015», der dette er viktige mål.

Det er i alt 29 definerte helsepersonellgrupper i Norge. For at man skal kunne utøve sitt yrke, kreves det autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven¹⁵. Utdanning gis på ulike nivå, både videregående nivå (f.eks. helsefagarbeider), høyskolenivå (f.eks. sykepleier) og universitetsnivå (f.eks. lege).

I 2012 ble 74 prosent av antall årsverk utført av personell med fagutdanning¹⁶. Om lag 86 prosent av veksten i årsverk i perioden 2007–2012 har bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. I 2012 hadde 33 prosent av de ansatte helsefaglig utdanning på høyskolenivå, mens 41 prosent hadde utdanning på videregående nivå.

Som følge av nye oppgaver og brukergrupper i omsorgstjenesten har det kommet en rekke nye stillingsgrupper inn i tjenesten, blant annet vernepleiere, sosionomer og miljøterapeuter. Til tross for en betydelig økning av andelen eldre i befolkningen har den største veksten skjedd i tjenestetilbudet til aldersgruppene under 67 år. De kommunale omsorgstjenestene er først og fremst til for mennesker med langvarige og sammensatte lidelser og alvorlig funksjonsnedsettelse. Det stiller høye krav til kompetanse og mer tverrfaglighet.

Mye bruk av deltidstillinger har vært en utfordring i omsorgstjenesten. Gjennomsnittlig stillingsandel i omsorgstjenesten var i 2012 72,5 prosent. Gjennomsnittlig avtalt arbeidstid var 77,6 prosent for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere. Tilsvarende for sykepleiere og vernepleiere var henholdsvis 77,6 og 91,2 prosent. Personell uten relevant utdanning hadde de laveste stillingsbrøkene, og gjennomsnittlig arbeidstid var 59 prosent. I underkant av 40 prosent av hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne og helsefagarbeiderne hadde tilnærmet full stilling. Tilsvarende tall for sykepleiere var 57,8 prosent.

14 http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf

15 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

16 <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/183/Arsrapport-2012-omsorgsplan-2015-IS-2159.pdf>

Gjennom Kvalitetsavtalen¹⁷ har regjeringen og KS forpliktet seg til å legge forholdene til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger, og det har vært gjennomført flere forsøk og prosjekter med dette som formål.

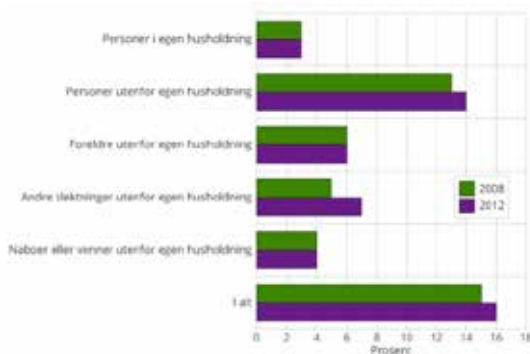
ELDRES BRUK AV SYKEHUSTJENESTER

For å få et helhetlig bilde av eldres bruk av helse- omsorgstjenester er det også viktig å kaste et blikk på eldres forbruk av sykehustjenester. Eldre er hyppige brukere av sykehustjenester; de ligger oftere og lenger på sykehus enn yngre. Seks av ti personer som var 70 år og over, hadde kontakt med somatisk sykehus i 2011. Mens 12 prosent av befolkningen var innlagt for døgnopphold på somatiske sykehus i 2011, var andelen 24 prosent blant eldre som var 70 år og over. Eldre har også lenger liggetid på sykehus enn befolkningen samlet sett, henholdsvis 6 og 4,4 døgn per opphold. Behovet for sykehustjenester og gjennomsnittlig liggetid øker ytterligere med økende alder¹⁸.

PÅRØRENDES ROLLE

Andelen som gir uformell omsorg til andre, holdt seg nokså konstant gjennom 2000-tallet, og for mange eldre med hjelpebehov er uformell omsorg et viktig supplement til omsorg fra de kommunale tjenestene. Nesten en av fem eldre som bodde hjemme i 2008, fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer. Et forsiktig anslag antyder at det ble utført om lag 96 000 årsverk i ulønnet omsorg i 2008¹⁹. Pårørendes innsats er viktig og blir viktigere med desentralisering av tjenester, kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, reduksjon av døgnplasser samt vekst i antall eldre.

Ifølge levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå²⁰ sier mer en hver sjette person i den voksne befolkningen at de har utført ulønnet hjelp til eldre, syke eller funksjonshemmede. Gjennomsnittlig ble det i 2012 utført fire timer med ubetalt hjelp og tilsyn per uke blant dem som yter omsorgsarbeid. Personer som bor i spredtbygde strøk, og da spesielt kvinner, gir i større grad ulønnet hjelp enn de som bor i mer sentrale strøk. Det er vanligst å gi praktisk hjelp til egne foreldre, for eksempel med innkjøp av dagligvarer og rengjøring, eller å ha tilsyn med dem.



Figur 7. Andel av befolkningen som gir regelmessig, ulønnet hjelp til eller har tilsyn med syke, eldre eller funksjonshemmede. SSB. 2008 og 2012.

17 https://www.regjeringen.no/contentassets/b65625aab48142eaba4321116278f721/avtale_hod_ks_191212.pdf?id=2088447

18 http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898

19 http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898

20 <http://www.ssb.no/helse/statistikker/omsarb/hvert-3-aar/2013-10-01>

I stortingsmeldingen om morgendagens omsorg²¹ varsler regjeringen et eget program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk. Programmet har følgende mål:

- å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- å bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen og styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- å legge til rette for å opprettholde pårørende-omsorgen på dagens nivå og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer

KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING I TJENESTENE

Hva som er tjenester av god kvalitet for brukere og pasienter, bestemmes av samfunnets føringer, lovverkets krav, det som ut fra et faglig og profesjonsetisk perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne, og brukernes egne opplevelser. Omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv, noe som medfører at tjenestene må utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.

Helse- og omsorgstjenesteloven²² § 4-1 sier at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte bruker gis et helhetlig, koordinert og verdig tilbud. Lovens § 4-2 sier at enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge

for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. En viktig del av et system for kvalitet og brukersikkerhet er god internkontroll. I henhold til helsetilsynsloven²³ § 3 skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester, etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

I desember 2012 inngikk regjeringen og KS en kvalitetsavtale for årene 2012–2015.²⁴ Avtalen erstatter tidligere avtale. Den legger vekt på at partene i fellesskap skal bidra til gode kvalitetsystemer og arbeide for bedre kvalitet.

Siden 2003 har det vært jobbet med utvikling av kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten. Kvalitetsmålinger i helse- og omsorgssektoren skal gi befolkningen, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestene. Samtidig vil regelmessige målinger gjøre det mulig å se på effekten av kvalitetsforbedringsarbeidet over tid. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 har Helsedirektoratet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. I mars 2012 ble Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) etablert. For at man skal kunne bruke nasjonale kvalitetsindikatorer til måling, sammenlikning og benchmarking, utvikles de nasjonale kvalitetsindikatorene etter standardiserte prosesser og metoder. Det er nylig vedtatt en ny 3-årig handlingsplan for arbeidet (2014–2017)²⁵.

21 Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

22 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

23 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>

24 http://www.regjeringen.no/pages/38171049/avtale_hod_ks_191212.pdf

25 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-3-arig-handlingsplan-20142017>

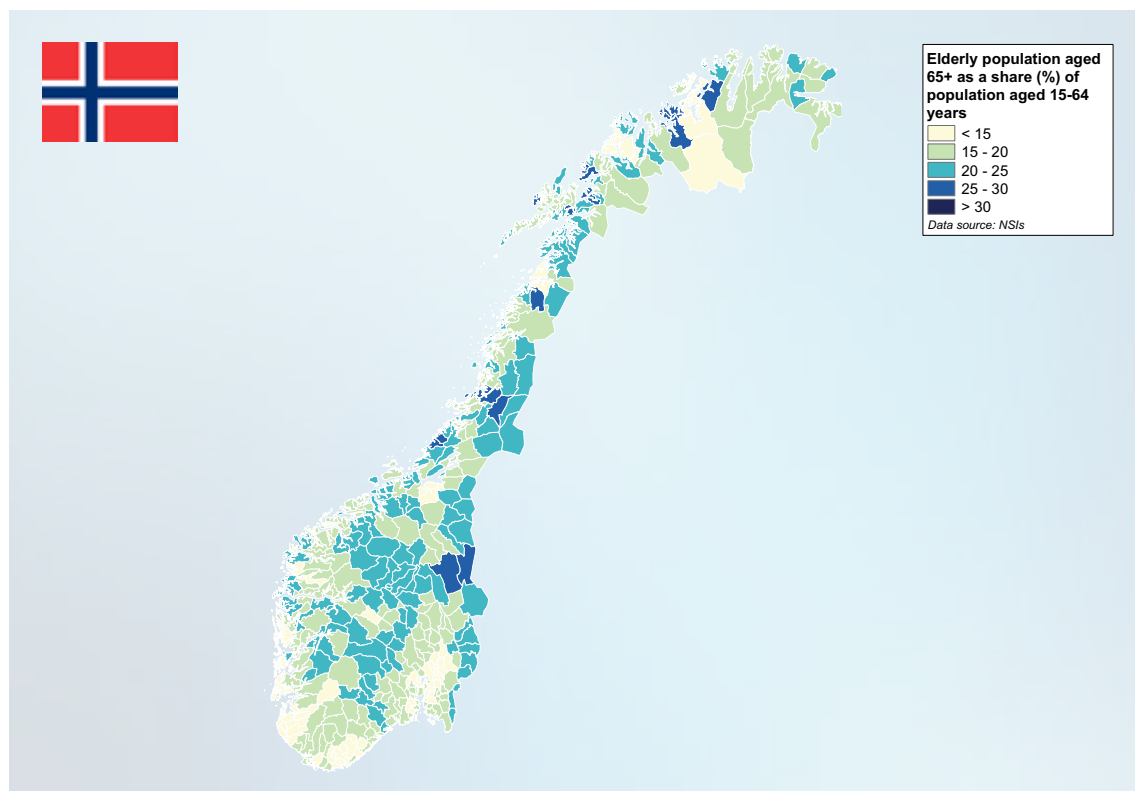
SAMMENFATNING

1. Levealderen øker og framskrivning av befolkningstallet peker på, at antal eldre over 70 fordopples de neste 30 år. Personalsituasjon en i helse- og omsorgssektoren og for økt verdiskaping og økt velferdsutvikling vil bli utfordret. Generelt bedre helse blandt de eldre og bedre behandlingstilbud betyder, at det ikke blitt flere eldre brukere av omsorgstjenester.
2. Vekst i antal årsverk i omsorgstjenestene er kraftig og dt forventes ytterligere etterspørsel etter omsorgstjenester i de kommende åren.
3. Nasjonal satsning på at heve kompetansen blandt medarbeiderne i omsorgstjenesten "Kompetanseløft 2015".
4. Tverfagligheten har økt med en rekke nye stillingsgrupper.
5. Det har vært en nedgang i andelen av eldre som bor i institusjon og tendensen er, at

beboere i institusjoner er eldre og sykere enn tidligere.

6. Regeringen har varslet et eget program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk.
7. Lovgivningen sier at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte bruker gis et helhetlig, koordinert og verdig tilbud.
8. I 2012 ble Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) utviklet.
9. Omsorgstjenestene er den største utgift for kommunene. Brugerbetalingen er faldet. Generelt er utgiftene til eldreinstitusjonene faldet, mens utgiften til hjelp i eget hjem har økt.

NORGE



ÄLDREOMSORGEN I SVERIGE

SVERIGE

Kommunerna är enligt lag ansvariga för socialtjänsten och viss hälso- och sjukvård inom äldreomsorgen. Äldreomsorg är en del inom socialtjänsten. Kommunen har också ansvar att se till att verksamhet inom äldreomsorgen, oavsett vem som är utförare, bedrivs med god kvalitet och följs upp.

Grunden till dagens äldreomsorg lades i Sverige i början av 1950-talet när kommunal hemtjänst i eget hem introducerades. Dessförinnan var en plats på ålderdomshem den enda äldreomsorg som samhället kunde erbjuda. Hemtjänst för gamla blev snabbt efterfrågad av alla samhällsklasser och inom några år fanns den i alla kommuner. Antalet personer som använde hemtjänst ökade kraftigt från 1960 till början av 1980-talet, men minskade därefter successivt.

År 1992 genomfördes den så kallade Ädel-reformen som innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre. Samtidigt infördes i 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, en skyldighet för kommunerna att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för människor med behov av särskilt stöd. Till särskilda boendeformerna hör det som tidigare kallats ålderdomshem, servicehus, gruppboendestäder och de sjukhem som överfördes från landstingen i samband med reformen.

I Ädel-reformen fick kommunerna genom lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård också ett reglerat betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom den somatiska

akutsjukvården och geriatriken. Kommunerna fick även enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ansvar för hälso- och sjukvård, exklusive läkarinsatser, för personer som bor i särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamheter. Genom överenskommelse med landstinget har kommunerna även möjlig-

het att överta ansvaret för hem-sjukvård i den enskildes hem. 2014 har nästan alla av landets kommuner helt eller delvis övertagit detta ansvar. Hälso- och sjukvård som meddelas av läkare är landstingets ansvar.

Antalet personer som bor på ålderdomshem, sjukhem, servicehus och andra särskilda boendeformer för äldre ökade fram till mitten av 1990-talet. Efter att ha legat på samma nivå ett par år minskade

antalet personer på särskilda boendeformer i slutet av 1990-talet.



Ann-Kristin Granberg

Utredare på Socialstyrelsen

KOSTNADSUTVECKLING

Kommunernas totala kostnader för socialtjänsten inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL uppgick 2013 till 200 miljarder kronor, en ökning med 5 procent sedan 2009. Äldreomsorgen är fortfarande den största kostnadsposten och svarar för över hälften av socialtjänstens kostnader (tabell 8:7) [1].

Tabell 8:7. Kostnadsutveckling för vård och omsorg om äldre

Kostnadsutvecklingen för vård och omsorg om äldre 2009–2013, förändring mellan åren och andel av socialtjänstens kostnader miljoner kronor och procent, 2013 års pris.

	2009	2010	2011	2012	2013	Förändring		Andel
						mnkr	%	%
Kommunens verksamhet för äldre								
Särskilt boende	62 222	61 976	62 449	61 772	61 348	-874	-1,4	58,5
Ordinärt boende	37 776	39 028	39 977	40 640	42 050	4 274	11,3	40,1
Hemtjänst/boendestöd	25 305	26 843	30 648	31 463	33 026	7 721	30,5	31,5
Korttidsboende	5 995	5 990	6 234	6 258	5 982	-13	-0,2	5,7
Övriga biståndsbedömda insatser	6 476	6 194	3 094	2 919	3 042	-3 434	-53,0	2,9
Öppen verksamhet	1 665	1 666	1 636	1 576	1 547	-118	-7,1	1,5
Kommunernas vård och omsorg om äldre totalt	101 662	102 670	104 062	103 988	104 945	3 283	3,2	100
Vård och omsorgens andel av socialtjänsten	53,4	53,2	52,8	52,7	52,6		-0,8	
Landstingens hälso- och sjukvård för äldre 65 +*	79 303	79 809	80 469	80 852	89 366	10 063	12,7	
Vård och omsorg om äldre totalt	180 965	182 479	184 531	184 840	194 311	13 346	7,4	

*Kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård för äldre är skattade utifrån Region Skånes kostnadsandelar.
Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2009–2013, Statistiska centralbyrån, Konsumtionsindex 2013 Statistiska centralbyrån.

Kostnaderna för äldreomsorgen står stilla

Kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre, inklusive hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL, uppgick 2013 till 104,9 miljarder kronor, varav cirka 59 procent gick till särskilt boende och drygt 40 procent till insatser i ordinärt boende. Köp av äldreomsorg från privata företag, föreningar, stiftelser och ideella organisationer motsvarade 17,3 miljarder. Kostnaderna för äldreomsorgen har endast ökat med 3,2 procent sedan 2009 (tabell 8:7) [1].

FINANSIERING

Äldreomsorgen finansieras huvudsakligast av kommunala skattemedel. Endast 1,4 procent av kostnaderna finansieras 2014 av vård och omsorgsavgifter.

Det kommunala utjämningssystemet

Utgångspunkten för dagens utjämningssystem i Sverige är att alla kommuner och landsting ska tillförsäkras likvärdiga ekonomiska förutsättningar att bedriva sin verksamhet. Detta

uppnås genom en långtgående inkomstutjämning för både kommuner och landsting. Efter utjämningen ska alla kommuner och landsting ha en skattekraft (skatteunderlag per invånare) som motsvarar genomsnittet för landet. Dessutom sker en utjämning av strukturellt betingade kostnadsskillnader mellan kommuner och mellan landsting.

För varje kommun och landsting beräknas en standardkostnad med hjälp av ett antal delmodeller, en för varje verksamhet och kostnadsslag som skall omfattas av kostnadsutjämningen. Kostnadsutjämningen skall bara omfatta obligatorisk verksamhet och skall enbart utjämna för strukturellt betingade kostnadsskillnader. Med strukturellt betingade kostnader avses kostnader som är opåverkbara för den enskilda kommunen respektive landstinget och som hänger samman med t.ex. befolkningsstruktur, sociala förhållanden eller geografiska förutsättningar. Systemet syftar inte till att utjämna för sådana faktiska kostnadsskillnader som hänger samman

med val av avgiftssättning, servicenivå eller andra kvalitetsaspekter på utbudet av kommunal service. Utjämningen skall bara ta sikte på att balansera skillnader i behov av kommunal service såsom det kan bestämmas med utgångspunkt från befolkningens sammansättning och andra förutsättningar för att producera service. Skillnader av detta slag kan kommunerna och landstingen inte själva råda över.

För kommuner och landsting gemensamt sker utjämning för kollektivtrafik, för landstingen sker utjämningen för kostnader inom hälso- och sjukvård och för kommuner sker utjämning för totalt åtta verksamheter och kostnadsslag inom skolans och socialtjänstens områden. De faktorer som ligger till grund för beräkningen i delmodellen för äldreomsorg är åldersstruktur, könsfördelning, yrkesbakgrund, civilstånd, utomnordisk bakgrund och glesbygd.

Regelverk och avgifter

Enligt kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster och nyttigheter som kommuner och landsting är skyldiga att tillhandahålla får de ta ut avgifter bara om det är särskilt föreskrivet. Taxor, och grunder för avgiftssättning, av större ekonomisk betydelse ska fastslås av fullmäktige. Två huvudsakliga principer styr avgiftsnivån i kommuner och landsting, självkostnadsprincipen och likställighetsprincipen. Avgiftssättning kan utöver det regleras i speciallagstiftning.

Självkostnadsprincipen anger att ”kommuner och landsting får inte ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller. Ett av självkostnadsprincipens huvudsyften är att kommunerna och lands-

tingen inte ska kunna utnyttja sin monopolställning. Principen gäller alla verksamhetsområden men är i praktiken betydelselös i många fall då avgiftsfinansieringen inte överstiger 10 procent. I flera av speciallagarna finns dock bestämmelser som begränsar avgiftsuttaget till självkostnadsprincipen. Vidare gäller självkostnadsprincipen oavsett om verksamheten bedrivs i egen regi eller om en entreprenör anlitas. Kostnader som vid normal affärsmässig drift är motiverade utifrån företagsekonomisk synpunkt bör ligga till grund för självkostnadsberäkningen. Självkostnadsprincipen innebär att kommuner och landsting får ta ut avgifter, inte att de måste. Självkostnadsprincipen anger således ett avgiftstak, men inget om att avgifterna får understiga kostnaderna, vilket innebär att kommunerna som utgångspunkt är fria att komplettera avgifterna med skatter.

Likställighetsprincipen säger att det inte är tillåtet för en kommun eller ett landsting att särbehandla vissa medborgare eller grupper av medborgare annat än på objektiv grund. Avgiftssättningen får inte stå i konflikt med denna princip. En kommun får till exempel inte belasta fritidsboende med annorlunda avgifter än permanentboende. Det går dock att tänka sig att kommuner och landsting använder avgifter i styrande syfte (till exempel olika taxor vid olika tid på dygnet).

Likställighetsprincipen kan åsidosättas genom speciallagstiftning till exempel i SoL. Inkomstdifferentierade taxor förekommer i äldreomsorgen. Det finns inget hinder för att differentiera taxorna med hänsyn till kostnadsskillnader mellan olika prestationer. Avgifter behöver inte räknas exakt utan kan hanteras genom fastställande av schabloner. Hur taxorna är konstruerade ser olika ut i olika verksamheter och såväl

konstruktioner som nivåer varierar mellan olika kommuner/landsting. Med undantag för maxtaxor och högstkostnadsskydd.

Maxtaxa inom äldreomsorgen

Maxtaxa inom äldreomsorgen infördes 2002 och är reglerad i 8 kap. 2-9 §§ SoL. Det huvudsakliga motivet bakom reformen var rättviseskäl. Reformen består i huvudsak av tre delar¹.

- Ett avgiftstak för såväl hemtjänst som särskilt boende. För att undvika alltför stora skillnader för samma insats och minska problemen med de marginaleffekter som inkomstrelaterade taxor medför lades taket förhållandevis lågt. Avgiften för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård får 2015 uppgå till högst 1 780 kr per månad. Även beräkningen av avgiftsunderlaget (inkomsten) reglerades.
- En reglering av förbehållsbeloppet, eller det belopp som den enskilde ska ha rätt att förbehålla sig av sina egna medel för att täcka normala levnadskostnader. För år 2015 är förbehållsbeloppet för en ensamstående 5 023 kr per månad. För sammanboende är motsvarande belopp 4 245 kr per månad och person.
- En hyresreglering för särskilda boenden som inte omfattas av hyreslagen. Avgiften för bostaden i särskilt boende som inte omfattas av hyreslagen får 2015 uppgå till högst 1 854 kr per månad.

Skattereduktion för hushållsnära tjänster

Det så kallade RUT²-avdraget infördes vid halvårsskiftet 2007 och innebär att privatpersoner får göra skatteavdrag på högst 50 000 kr per år för hushållsnära tjänster (till exempel städning, fönsterputs och enklare trädgårdsarbete). Det går också att göra avdrag för hjälp av omsorgskaraktär, till exempel hjälp med personlig hygien samt på- och avklädning³.

Användningen av RUT-tjänster har ökat bland äldre (65 år och äldre).

Under 2008 var det drygt 29 000 personer 65 år och äldre som gjorde avdrag, det vill säga mindre än 2 procent av alla äldre, och år 2012 hade antalet ökat till 179 000 personer, eller nästan 10 procent av alla i den åldersgruppen. Troligen var andelen som använde tjänsterna större med tanke på att många i parrelationer bara gjorde RUT-avdrag på en av inkomsterna. Den del av befolkningen som procentuellt mest använder RUT-tjänster är ensamstående kvinnor över 64 år [2]. Enligt rapport från Socialstyrelsen är det lika vanligt för äldre att köpa städtjänster privat som att få hjälp av närstående [4].

Under perioden 2008–2012 minskade antalet äldre som hade 1–9 timmar hemtjänst per månad med cirka 2 600 personer. Under samma period ökade antalet äldre som utnyttjade RUT-tjänster med cirka 150 000. Det är inte klarlagt om det är de äldre personer som annars skulle ha fått hemtjänst som nu använder RUT-tjänster [4].

För att pensionärer ska kunna göra fullt RUT-avdrag krävs att de har en inkomst på minst 260 000 kronor per år. Under inkomståret 2011

1 <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/boendeochstod/avgifter>

2 RUT är förkortning av Rengöring, Underhåll och Tvätt

3 www.skatteverket.se

hade 20 procent av personer över 64 år en sådan eller högre inkomst. År 2012 utnyttjades RUT-avdraget mest i de kommuner där de äldre hade höga inkomster⁴ och på motsvarande sätt var det framför allt i kommuner med låga pensioner som RUT-avdraget utnyttjades minst. En orsak, förutom låga pensioner, kan vara att det fortfarande saknas företag som erbjuder RUT-tjänster i vissa kommuner [4].

ANSVAR OCH DRIFTSFORMER

Kommuner och landsting kan genom offentlig upphandling överlämna utförandet av äldreomsorg till andra leverantörer. Sedan 2008 har kommuner och landsting även möjlighet att genom lagen (2008:962) om valfrihet, LOV, annonsera om valfrihetssystemet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i en nationell databas som Kammarkollegiet driver. Där kan intresserade leverantörer hitta både annonsering och det förfrågningsunderlag som ligger till grund för uppdraget. De EU-rättsliga principerna gäller, vilket innebär att alla ansökningar ska behandlas lika, alla krav och uppgifter som gäller för upphandlingen ska vara offentliga och att de krav som ställs ska vara rimliga i förhållande till målen för verksamheten.

I ett valfrihetssystem enligt LOV kommer flera aktörer att verka samtidigt. Ersättningen för tjänsterna anges i förfrågningsunderlaget och blir lika för alla som blir godkända. Sedan är det upp till brukarna att välja leverantör och ersättningen följer brukarnas val. Detta innebär att leverantörer som är med i systemet konkurrerar med varandra och det är brukarens val som avgör vem som får leverera tjänsterna. Leverantören konkurrerar därför inte med pris utan med kvalitet. Kommunen har dock det yttersta

ansvaret att se till att verksamheten bedrivs med god kvalitet och följs upp.

Syftet med LOV, är dels att ge brukaren möjlighet att själv välja vem som ska utföra t.ex. hemtjänst och dels skapa en marknad för enskilt drivna företag. Landstingen måste ha valfrihetssystem i primärvården, det kallas vårdval. För kommunernas och landstingens övriga verksamhet inom vård och omsorg är det frivilligt att införa LOV. Både LOV och lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU, styr hur det ska gå till om en kommun eller landsting vill ha andra utförare än den egna verksamheten som leverantör av socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

ANSVAR FÖR ÄLDREOMSORG – NATIONELLT, REGIONALT OCH LOKALT

Riksdagen är Sveriges lagstiftande församling och består av 349 ledamöter som väljs vart fjärde år i allmänna val. Riksdagens viktigaste uppgift är att stifta lagar, besluta om statens finanser, och kontrollera regeringens arbete. Regeringen är riksdagens verkställande organ som styr Sverige och är motorn i arbetet med att förändra lagar. Till sin hjälp i arbetet har regeringen dels ett regeringskansli med ett antal departement, dels statliga myndigheter och bolag. Statliga myndigheter ska tillämpa de lagar och praktiskt genomföra de beslut som riksdag och regering har fattat.

Nationella frågor som avser äldreomsorg berör flera departement och statliga myndigheter men frågorna handläggs främst på socialdepartementet och av två statliga myndigheter. Myndigheten Socialstyrelsen styr med föreskrifter

4 Det vill säga förvärsinkomst inklusive pensioner

och kunskap samt har ansvar för statistik, utvärderingar och uppföljningar inom vård och omsorg och myndigheten Inspektionen för vård och omsorg, IVO har ansvar för tillsyn och tillståndsprövning inom vård och omsorg.

Genom speciallagstiftningar har landets 290 kommuner och 20 landsting fått ansvar för viktiga samhällsfunktioner. Kommuner och landsting kan också fatta beslut om att utföra frivilliga uppgifter. Kommunerna har många obligatoriska uppgifter varav äldreomsorg är en. Landstingens obligatoriska uppgifter omfattar hälso- och sjukvård, lokaltrafik och regionplanering.

När det gäller äldre personer är det precis som för övriga befolkningen landstingen som har ansvaret för akutvård, specialiserad vård och primärvård. Kommunerna har för äldre personer som bor på särskilt boende eller som deltar i dagverksamhet däremot ansvar för den hälso- och sjukvård som meddelas av t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Beslut om hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL, tas vanligen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och kan inte överklagas till förvaltningsdomstol.

RÄTT TILL STÖD OCH HJÄLP I SIN LIVSFÖRING

Enligt 4 kap. 1 § SoL har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

Stöd i sin livsföring uttrycks särskilt för äldre personer i SoL genom att kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Den äldre ska också, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges.

Äldre personer ansöker om stöd i livsföringen i den kommun där personen bor eller planerar att flytta till. Kommunens tjänstemän som tar emot och utreder en ansökan är handläggare och har ofta delegation från ansvarig nämnd att också fatta beslut i enskilda ärenden. En ansökan ska alltid handläggas och avslutas med ett beslut. Utredning och beslut sker främst enligt SoL och förvaltningslagen (1986:223), FL. Beslut som innebär ett avslag kan överklagas till förvaltningsrätten av den sökande och i vissa fall till ytterligare två instanser.

NATIONELLA KRAV OCH MÅL

Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). Socialnämnden ska verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Begreppet värdigt liv har en övergripande karaktär och kan innebära sådant som privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet, individanpassning, insatser av god kvalitet och gott bemötande av den äldre personen och hennes eller hans närstående.

Verksamheten inom äldreomsorgen ska inriktas på att den äldre känner välbefinnande med de insatser som ges. Till en persons välbefinnande hör sådant som trygghet och meningsfullhet.

Äldre personer ska få åldras tillsammans. Den nya rätten i 4 kap 1 c § SoL som infördes 2012 vidgar rätten att bo tillsammans i särskilt boende att även gälla när bara den ena parten har behov av och rätt till insatsen.

I 3 kap. 3 § SoL uttrycks att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

OMSORGENS KÄRNVERKSAMHET

Kommunernas omsorg för äldre personer beskrivs ofta med begrepp som hemtjänst, dagverksamhet, särskilt boende och övrig service.

Hemtjänst

Med hemtjänst avses enligt SoL beslutad service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande. Service avser praktisk hjälp med hemmets skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider. Personlig omvårdnad avser de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Detta kan innebära hjälp med att äta och dricka, klä sig, förflytta sig, sköta personlig hygien och insatser för att bryta isolering (t.ex. ledsagning) eller för att den enskilde ska känna sig trygg och säker i det egna hemmet genom insatser som ges dygnet runt. I hemtjänstbegreppet ingår också avlösning till anhängigvårdare.

Dagverksamhet

Individuellt beslutad dagverksamhet som ges med stöd av SoL för sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.

Särskilt boende - äldreboende

Individuellt beslutat om permanent boende som ges med stöd av SoL. Boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.

Individuellt beslutat om korttidsboende/korttidsvård med stöd av SoL för tillfälligt särskilt boende för till exempel avlösning och växelvård.

Övrig service

Exempel på övrig service kan vara trygghetslarm och matdistribution som kan användas av äldre personer efter individuellt biståndsbeslut.

Andra insatser

- Personer som är 65 år och äldre kan fortsatt behålla insatser enligt lagen (1999:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, efter 65 års ålder.
- Enligt lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter (befogenhetslagen) får en kommun utan föregående individuell behovsbedömning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år. Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad (2 kap. 7 § befogenhetslagen). De servicetjänster som ges med stöd av befogenhetslagen utgör inte socialtjänst, vilket bland annat innebär att reglerna om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten inte blir tillämpliga. Lagen innebär endast en befogenhet för kommunen att tillhandahålla servicetjänster, men den innebär ingen rättighet för äldre att få sådana insatser. Även om en kommun beslutat att tillhandahålla servicetjänster enligt befogenhetslagen står det fortfarande fritt

för den äldre att ansöka om insatser inom ramen för socialtjänstlagen. En biståndsansökan kan inte avslås med hänvisning till att den äldres behov kan tillgodoses genom den aktuella lagen.

- Senior- och trygghetsbostäder är bostäder för äldre som fördelas på bostadsmarknaden och inte efter individuellt beslut enligt SoL. Vård och omsorg lämnas till personer i dessa bostäder på samma sätt som i andra ordinarie bostäder. Antalet senior- och trygghetsbostäder var ganska oförändrat åren 2008–2013, cirka 34 500 bostäder⁵ [5,6]. Under den föregående perioden 2000–2008 tillkom dock cirka 23 000 sådana bostäder. Av de senior- och trygghetsbostäder som fanns 2011 var cirka 8 500 tidigare lägenheter i särskilda boendeformer [6]. 2014 uppger 115 kommuner (63 procent) att de har underskott på senior- och trygghetsbostäder. Nästan lika stor andel räknar med att ha underskott på sådana bostäder om fem år [5].
- Personer med funktionsnedsättning har rätt till färdtjänst i lag (1997:976) om färdtjänst. Färdtjänsten ingår som en del i kollektivtrafiken och är landstingets ansvar. För att beviljas färdtjänst krävs väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med kollektivtrafik som bussar, tunnelbana, pendeltåg och tåg. Landstinget beslutar om färdtjänst, men det är ofta kommunen som utreder behovet. Beslutet kan överklagas.

Ansvar och stöd till anhängigvårdare

I 5 kap. 10 § SoL ställs krav på att socialnäm-

den ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionsnedsättning.

Sedan 2008 finns Nationellt kompetenscentrum anhängiga, Nka⁶, som ska bidra till högre kvalitet och produktivitet i vården och omsorgen om äldre. Nka ska samla in, strukturera och sprida kunskap, sammanställa utvärderingar och forskningsresultat verka för kunskapsutvecklingen ges en mer praktisk och tillämpbar inriktning, vara en länk mellan forskning, praktik och beslutsfattare samt fungera som ett nav i ett nationellt nätverk av FoU-verksamheter.

Det kan vara svårt skilja på den anhängigas behov av hjälp från det hjälpbehov som den som vårdar har. Stöd till anhängigvårdare kan vara att den anhängige får ett individuellt beslutat stöd utifrån SoL för att vara tillfälligt på ett korttidsboende, delta i dagverksamhet eller få hemtjänst i hemmet för avlösning. Sådant stöd utreds och beslutas för den som vårdas. Även den som vårdar kan behöva ett individuellt beslutat stöd utifrån SoL i form av till exempel stödsamtal. I princip erbjuder alla kommuner någon form av gruppverksamhet, samtalskontakter eller aktiviteter för anhängiga. Sådant stöd är frivilligt och anhängiga kan välja att delta i det som passar dem bäst.

Som anhängig kan man under vissa förutsättningar få ekonomisk ersättning för sin vårdinsats. I socialförsäkringssystemet finns bidrag

⁵ Sveriges Kommuner och Landsting gjorde en kartläggning 2008 och en uppföljning av denna år 2011. I den senare kartläggningen ingår uppgifter från 272 kommuner, vilket motsvarar 92 procent av rikets befolkning. I Boverkets studie från 2014 svarade 200 kommuner. Bortfallet består till stor del av små kommuner. Det större bortfallet i Boverkets studie jämfört med SKL:s gör jämförelsen över tid osäker

⁶ www.anhoriga.se

med koppling till vård av närstående till exempel vårdbidrag i 22 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110) samt ledighet för närståendevård enligt lagen (1988:1465) om ersättning och ledighet för närståendevård. Kontantbidrag utgår från vissa kommuner detta kallas ofta hemvårdsbidrag. Även anhöriganställning finns i vissa kommuner. Kommunerna beslutar själva om sådana stödformer då det inte är en obligatorisk uppgift.

Anhöriga som omsorgsgivare

Den ökade medellivslängden innebär att allt fler personer i de förvärvsarbetande åldrarna 45–64 år kommer att ha äldre anhöriga i livet. Även om samhällets vård och omsorg riktad till de äldre är omfattande i Sverige, kan man inte bortse från behovet av anhörigas insatser.

Enligt Folkhälsoinstitutets årliga folkhälsoenkäter hjälper cirka 10–11 procent av den vuxna befolkningen sina sjuka eller gamla närstående på olika sätt. Detta är vanligast i åldrarna 45–64 år och vanligare bland kvinnor än män.

Enligt Statistiska centralbyråns Undersökningar om levnadsförhållanden gav närmare en fjärdedel (24 procent) bland personer 55 år och äldre regelbunden hjälp till en äldre, sjuk eller funktionshindrad person i det egna hemmet eller utanför hushållet.

I största allmänhet ger kvinnor vård och omsorg i större utsträckning än män, och de står också oftare ensamma med dessa åtaganden. Äldre som behöver hjälp får den alltså oftare av döttrar än av söner och döttrarnas insatser har ökat över tid. Bland dem som ger omsorg dominerar personer i förvärvsaktiv ålder. Enligt Socialstyrelsens undersökning från 2012 uppgav 8 procent av de som svarade och som var i förvärvs-

aktiv ålder att de hade varit tvungna att gå ner i arbetstid på grund av sitt vårdåtagande, och 3 procent uppgav att de hade lämnat sitt eget arbete av detta skäl [7]. Det motsvarar nästan 100 000 personer i befolkningen.

Utöver att ge vård, omsorg eller tillsyn tar anhöriga även ofta ett stort ansvar för att samordna hemtjänst, sjukvårdskontakter, läkemedelsanskaffning och andra insatser. Konsekvenserna av att svara för vård, omsorg och tillsyn av en närstående kan innebära ökade risker att själv drabbas av ohälsa, sämre ekonomi, social isolering och försämrad livskvalitet [7].

AKTUELL UTVECKLING

Personer 65 år och äldre utgjorde 19,4 procent av Sveriges totala befolkning 2013, varav 54,4 procent var kvinnor och 45,6 procent var män. Medellivslängden ökar fortlöpande och andelen 65 år och äldre förväntas bli cirka 23 procent 2030. Andelen personer 80 år och äldre förväntas öka från 5,3 procent 2013 till 7,5 procent 2030.

År 2012 förväntades att Sveriges befolkning i genomsnitt skulle leva 70,7 år med god hälsa. Antalet förväntade år med god hälsa har kontinuerligt ökat sedan början av 2000-talet. Sedan 2005 har antalet förväntade år med god hälsa ökat med omkring 12 procent för Sveriges befolkning.

År 2013 var den förväntade medellivslängden i riket 83,7 år för kvinnor. Skillnaden är dock stor, 6,7 år mellan högsta och lägsta kommunvärdet. I genomsnitt förväntades män leva i 80,1 år. Skillnaderna på kommunnivå är dock ännu större för män än för kvinnor, nästan 9 år [1].

Tabell 6:1. Personer 80 år och äldre som har vissa insatser den 1 oktober respektive år, 2008–2013

Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

Årtal*	Befolkning 80 år och äldre	Därav:							
		med hemtjänst i ordinärt boende*		bor permanent i särskilt boende		korttidsboende		dagverksamhet	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
2008	493 113	113 571	23	76 971	15,6	8 086	1,6	7 704	1,6
2010	496 904	116 000	23,3	73 740	14,8	8 063	1,6	7 562	1,5
2011	498 218	118 852	23,9	72 941	14,6	7 800	1,5	7 537	1,5
2012	498 148	118 823	23,9	70 410	14,1	7 171	1,4	7 234	1,5
2013**	497 717	115 235	23,2	64 301	12,9	5 932	1,2	6 481	1,3

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.

**Uppgifterna för 2013 avser genomgående verkställda beslut om insats. För åren 2008 – 2012 avser uppgifterna beviljad insats för hemtjänst i ordinärt boende, korttidsboende och dagverksamhet. Permanent särskilt boende har definierats på samma sätt under samtliga år. Socialstyrelsen har inte klarlagt vilken betydelse denna förändring har för uppgifternas jämförbarhet över tid. För år 2013 har Socialstyrelsen gjort en bortfallskomplettering, dvs. skattat värden för kommuner som inte lämnat uppgifter.

Källa: SoL-registret, Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

Se bilaga. Tabell 6:1 finns kompletterad med uppgifter från 2000 för personer 80 år och äldre, tabell 6:1a och med uppgifter från 2000 för 65 år och äldre, tabell 6:1b. Källa: SoL-registret, Socialstyrelsen och befolkningsstatistik, SCB.

Resurser för vård och omsorg för äldre

Andelen personer i åldrarna 80 år och äldre som får offentligt finansierad omsorg fortsätter att minska. Under de senaste fem åren har andelen som får hemtjänst i stort sett varit oförändrad, medan andelen i permanent särskilt boende har minskat från 15,6 procent till 12,9 procent (tabell 6:1) [1]. Även andelen personer 80 år och äldre som fått korttidsboende och dagverksamhet har minskat.

Tabellen visar att andelen personer 80 år och äldre i permanent särskilt boende minskade under 2008–2013. Minskningen var större för kvinnor än för män: 2,9 respektive 2,1 procentenheter. Denna utveckling sker samtidigt som andelen kvinnor i dessa åldrar som har hemtjänst ökade med 0,5 procentenhet och andelen bland män minskade med 0,3 procentenhet. För

korttidsboende och dagverksamhet är minskningarna något större bland kvinnor än bland män.

Personer över 65 års ålder får även insatser enligt LSS. Under de senaste fem åren har drygt 200 fler personer som är 65 år och äldre fått personlig assistans och mer än 700 fler har fått assistansersättning från Försäkringskassan. Drygt 280 fler har fått en kontaktperson och nästan 890 fler en bostad med särskild service. Färre äldre har däremot fått råd och stöd. För övriga insatser är det små skillnader mellan åren 2008 och 2013 [1].

Utveckling av hemtjänst och särskilt boende

För att få en mer sammansatt bild av resursutvecklingen är det nödvändigt att analysera förändringen på kommunnivå när det gäller ande-

len personer 80 år och äldre med hemtjänst eller särskilt boende, mellan 2008 och 2013.

Det finns stora skillnader mellan kommunerna både ifråga om andelen som fick de aktuella insatserna 2008, och förändringarnas storlek och riktning fram till 2013. Analysen bygger på officiell statistik från 254 kommuner⁷ som lämnade uppgifter för båda åren, för både hemtjänst och särskilt boende. I 152 kommuner (60 procent) minskade andelen som fick särskilt boende samtidigt som en större andel fick hemtjänst. Näst vanligaste förändringen är en minskning av andelen som fick såväl särskilt boende som hemtjänst. En sådan förändring har skett i 53 kommuner (21 procent). I 33 kommuner (13 procent) ökade tvärtom andelen äldre som får hemtjänst och som får särskilt boende. I 16 kommuner (6 procent) ökade andelen äldre i särskilt boende medan andelen med hemtjänst minskade [1].

Brist på särskilt boende i många kommuner

Enligt Boverkets undersökning för 2008 bedömer mindre än hälften av kommunerna att de täckt behovet av särskilt boende för äldre. Ett 40-tal kommuner bedömde 2008 att bristen på sådana bostäder skulle bestå även efter planerad utbyggnad [8]. Enligt undersökningen för 2014 bedömer 79 kommuner att de har underskott på särskilda boendeformer för äldre medan 21 kommuner bedömer att de har överskott. Drygt 90 kommuner gör bedömningen att deras behov av särskilt boende för äldre inte kommer att vara tillgodosett om fem år [9]. Antalet kommuner som gör bedömningen att det fortsatt kommer

att vara brist på särskilda boendeformer ökade således mellan 2008 och 2014.

Ett halvt år efter inflyttningen till permanent särskilt boende har 22 procent av de flyttande avlidit efter ett år är andelen 33 procent och efter 18 månader har 41 procent avlidit. Andelen som avlider inom ett år är något högre för män än för kvinnor samt för dem som är över 80 år eller äldre vid inflyttningen, jämfört med dem som är 65–79 år. Det är alltså en betydande andel som avlider relativt kort tid efter inflyttningen, men 59 procent bor i särskilt boende under längre tid än 1,5 år [1].

Var tredje äldre som flyttar till särskilt boende har inga hemtjänstinsatser

Av de äldre som flyttade⁸ till permanent särskilt boende under andra halvåret 2013 hade 64 procent hemtjänst innan de flyttade. Drygt hälften av gruppen var kvinnor 80 år och äldre. Andelen var högre bland kvinnor än bland män, och högre bland dem som var 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år. Totalt 36 procent av dem som flyttade permanent till särskilt boende hade inte någon hemtjänstinsats. Däremot kan de ha haft korttidsboende, dagverksamhet, hemsjukvård eller icke-biståndsprövat anhörigstöd [1].

Allt fler bland de mest sjuka äldre bor i ordinärt boende

En allt större andel äldre personer som får omfattande vård- och/eller omsorgsinsatser

⁷ För resterande 36 kommuner saknas i Socialstyrelsens individstatistik uppgifter för något av åren för någon av verksamhetsformerna

⁸ Med flyttat avses att beslut om bistånd i form av särskilt boende verkställts

Tabell 6:1. Personer 80 år och äldre som har vissa insatser den 1 oktober respektive år, 2008–2013. Antal och andel i befolkningen, avrundade värden.

Årtal*	Alla äldre 65+ år	Därav:			Alla mest sjuka äldre 65+ år	Därav:	
		mest sjuka	mest sjuka i särskilt boende	mest sjuka i ordinärt boende		i särskilt boende	i ordinärt boende
	Antal	%	%	%	Antal	%	%
2008	1 645 081	17,5	31,2	68,8	288 249	33,0	67,0
2010	1 737 246	17,1	29,5	70,5	297 594	30,9	69,1
2011	1 784 668	17,5	28,8	71,2	312 583	29,1	70,9
2012	1 828 283	17,2	28,0	72,0	315 334	28,1	71,9
2013	1 872 207	17,2	27,0	73,0	322 033	26,4	73,6

*Individbaserad statistik över socialtjänstens insatser för äldre saknas för 2009.
Källa: Patientregistret, Sol-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen.

(mest sjuka äldre⁹) bor i ordinärt boende. De senaste åren är det cirka 17 procent av samtliga personer 65 år och äldre som fått sådan vård och omsorg. Antalet personer har ökat med drygt 15 000 personer.

Som framgår av tabell 6:6 har det under de senaste sex åren skett en påtaglig förändring av boendeformen för äldre med stora vård- och omsorgsinsatser [1]. År 2008 bodde 67 procent av de mest sjuka äldre i ordinärt boende och motsvarande andel år 2013 var 74 procent [1].

Något kortare väntetid till särskilt boende

Den genomsnittliga väntetiden till en plats i särskilt boende var 48 dagar år 2014 för de 182 kommuner som lämnade uppgifter. Mätningen gäller tiden från det att en ansökan beviljas till det att den äldre flyttar in. År 2009 och 2010

var väntetiden 51 dagar för de 131 kommuner som redovisade uppgifter, vilket innebär att väntetiden minskat något under de senaste åren. Variationen mellan kommunerna 2014 var mycket stor, 5–208 dagar¹⁰ [10]. Även uppgifter från IVO visar en viss minskning av antalet äldre som väntar på särskilt boende: 15 procent färre från 2011 till 2013. Tre fjärdedelar väntar i upp till sex månader. Orsaken till dessa väntetider kan vara bristande tillgång till särskilda bostäder, men också att den enskilde tackat nej till erbjudet boende trots att behovet finns kvar [11]. Av SoL och rättspraxis framgår att beviljat bistånd ska verkställas skyndsamt.

Fortsatt omstrukturering

En ökande andel hemtjänstinsatser sker i enskild regi¹¹ (tabell 7:2) jämfört med kommunal regi [4]. Andelen hemtjänstinsatser som utfördes i

9 De mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Operationellt avgränsas gruppen genom följande kriterier: fler än 19 dagar i slutenvård per år, fler än 3 inskrivningar i slutenvård per år, fler än 7 besök till specialistläkare i öppen vård per år, bor permanent i särskilt boende, har beslut om 25 timmar eller mer hemtjänst i ordinärt boende, beslut om insats enligt LSS eller beslut om korttidsboende

10 De redovisade uppgifterna är inte representativa för riket

11 Enskild regi – vård och omsorg som kommunen har det yttersta ansvaret för, men som utförs av annan än kommunen, t.ex. bolag (inkl. kommunala bolag) stiftelse eller kooperativ, på uppdrag av och mot ersättning av kommunen eller som kommunen köper platser i särskilt boende av

enskild regi ökade från 13 till 23 procent mellan 2007 och 2012. Det är ungefär lika stora andelar personer som bodde i särskilda boenden som drivs i enskild regi.

År 2013 utförde enskild regi 24 procent av hemtjänsten i ordinärt boende, och 21 procent av de äldre i särskilt boende fick sin vård och omsorg från enskilda utförare. Det är dock stor spridning mellan kommunerna i andelen enskilda utförare. I Stockholms län svarar de för nästan 60 procent av de utförda hemtjänsttimmar, medan de i Västra Götalands län motsvarar 4 procent [1].

Tabell 7:2. Olika former av insatser fördelade efter typ av regi 2007–2012

År	De beviljade hemtjänsttimmar ^a , fördelade efter typ av hemtjänstföretagens regi		Personerna i särskilt boende, fördelade efter typ av boendes regi	
	Kommunal %	Enskild %	Kommunal %	Enskild %
2007	87	13	86	14
2008	84	16	84	15
2009	83	17	83	17
2010	81	19	81	19
2011	80	20	80	20
2012	77	23	79	21

^aBländ dem som har hemtjänst i ordinärt boende inkluderas även personer som endast får matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning.
Källa: Sol-registret, HSV-registret och LSS-registret, Socialstyrelsen; Befolkningsstatistik, SCB.
Uppgifter från mängdstatistik: hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende, personlig assistans.
Uppgifter från individstatistik: dagverksamhet.

Anställda

Från äldre personers synpunkt är det främst intressant att studera hur mycket arbetstid som verksamheterna har till sitt förfogande, snarare än att se till antalet anställda personer. Ett bra mått på tillgänglig arbetstid är antalet årsanställ-

ningar¹². Som framgår av tabell 6:7 har antalet årsanställningar ökat med cirka 9 000 under de senaste fem åren eller med närmare 6 procent, vilket är en positiv utveckling [1]. Denna ökning är i nivå med den demografiskt betingade ökningen av resursbehoven under perioden. Redovisningen utgår från att personal i enskilt driven verksamhet har samma sysselsättningsgrad som i kommunalt driven¹³. Däremot utgår beräkningen från att bemanningen är 10 procent lägre i enskilt driven verksamhet [12].

Antalet månadsanställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre har minskat med närmare 6 000 personer under de senaste fem åren. Under perioden 2009–2013 fortsatte ökningen av andelen kommunalt finansierad vård och omsorg som utförs av enskilda utförare. Under perioden 2009–2013 ökade antalet månadsanställda inom enskilt driven vård och omsorg om äldre med nästan 9 000 personer, vilket gör att det totala antalet månadsanställda inom området ökade med cirka 3 000 personer.

12 Årsanställning innebär att den arbetsvolym som anställda med deltidstjänstgöring har räknats om till det gällande heltidsmåttet, dvs. att den samlade tiden som alla anställda arbetar uttryckt som heltid

13 I dessa beräkningar har vi förutsatt samma fördelning mellan månadsanställd och timanställd personal i kommunalt utförd och enskilt utförd vård och omsorg. Det finns dock uppgifter som tyder på att andelen timanställda är högre i enskild verksamhet, varför våra beräkningar underskattar antalet timanställda och något överskattar förändringen av antalet årsanställningar

Tabell 6:7. Antal anställda samt antal årsanställningar inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre*, 2009-2013.

Anställda av	Anställningsform	Antal anställda respektive år					Förändring i procent
		2009	2010	2011	2012	2013	
Kommuner*	Månadsanställda	146 132	142 730	140 644	140 147	140 337	-4
	Timanställda	33 300	34 501	34 401	34 906	35 276	6
Enskilda utförare**	Månadsanställda	26 938	30 132	31 645	35 576	35 624	32
	Timanställda	6 138	7 284	7 740	8 861	8 955	46
Totalt antal anställda		212 508	214 647	214 430	219 490	220 192	4
Totalt antal årsanställningar exkl. långtidsfrånvaro ***		149 621	152 819	154 332	158 451	158 926	6

*Antal anställda inom vård och omsorg om äldre respektive funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna har fördelats enligt räkenskapsammandraget för respektive år. Gruppen timanställda har reducerats vad gäller s.k. PAN-anställningar (anställd som personlig assistent, ledsagare eller avlösare av enskild funktionsnedsatt brukare) vilket innebär en viss justering jämfört med tidigare lägesrapporter.

**Antalet anställda hos enskilda utförare har skattats med stöd av den andel av verksamheten som bedrivits i enskild regi, enligt Socialstyrelsens verksamhetsstatistik för respektive år. 2011 års siffror har omräknats efter felskrivning i 2013 års lägesrapport.

***Med långtidsfrånvaro avses frånvaro 30 dagar eller längre för föräldraledighet, sjukdom, studier m.m.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Viss ökning av personal med högre utbildning

Kommunernas vård och omsorg karaktäriseras av att merparten av personalen har en gymnasial vård- och omsorgsutbildning och att en mindre del har en eftergymnasial utbildning inom vård och omsorg.

Jämförelse mellan åren 2009 och 2013 visar en förändring i sammansättningen av personal när det gäller befattningar som vanligtvis kräver eftergymnasial utbildning och de befattningar där sådan utbildning vanligtvis inte krävs, se tabell 6:8 [1]. Antalet sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal ökade med nästan 13 procent under perioden vilket är en positiv utveckling. Antalet månadsanställda undersköterskor ökade med 11 procent, medan antalet månadsanställda vårdbiträden minskade med 7 procent. Totalt ökade antalet månadsanställda vårdbiträden och undersköterskor med drygt 3 procent. Personal i befattningar som kräver en högre utbildning ökade under samma period med drygt 11 procent [13].

Tabell 6:8. Antal månadsanställda fördelade på vissa yrkeskategorier i den kommunalt finansierade vården och omsorgen Både kommunala och enskilda utförare, år 2009 och 2013.

Yrkesgrupp	2009	2013	Förändring	
	Antal	Antal	Antal	%
Ledningsarbete*	5 917	6 181	264	6
Handläggare*	568	781	212	33
Administratörer*	1 612	1 815	203	13
Sjuksköterskor**	12 477	13 881	1 403	11
Arbets terapeuter**	2 382	2 756	374	16
Sjukgymnaster**	1 817	2 158	340	19
Vårdbiträden*	59 294	55 258	-4 036	-7
Undersköterskor*	78 053	86 451	8 398	11
Övrigt vård- och omsorgsarbete	18 311	15 527	-2 784	-15
Totalt	180 353	184 808	4 455	2

* Antal månadsanställda inom vård och omsorg om äldre respektive funktionsnedsättning har fördelats på de båda verksamheterna med stöd av hur kostnaderna har fördelats enligt räkenskapsammandraget för respektive år. Anställda hos enskilda företag har skattats utifrån enskilda företags andel av producerad äldreomsorg enligt Socialstyrelsens statistik. Fördelningen av personal har förstått varit den samma för kommunala och enskilda utförare, med undantag för gruppen handläggare som enbart är kommunalanställda.

** Antalet sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har justerats jämfört med tidigare lägesrapport. Alla övriga yrkesgrupper svarar äldreomsorgen för 62,9 procent av vård- och omsorgspersonalen förresten efter räkenskapsammandraget av kostnader mellan funktionshinder och äldreomsorg. En korrigering i några större kommuner visar att minst 90 procent av sjuksköterskorna och sjukgymnasterna samt minst 70 procent av arbetsterapeuterna inom vård- och omsorg om personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg arbetar mot äldreomsorgen. Fördelningen har justerats utifrån dessa uppgifter. Däremot har inte antalet vårdbiträden/undersköterskor eller personliga assistenter reducerats motsvarande del ökande antalet sjuksköterskor i årets lägesrapport i och med att vi saknar kunskap för att göra en sådan neddragning.

Källa: Personalstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Efterfrågan på vård- och omsorgspersonal

Arbetsförmedlingen visade 2014 att efterfrågan på undersköterskor kommer att öka kraftigt under de kommande tio åren. Orsaken är ett ökande vård- och omsorgsbehov på grund av fler äldre i befolkningen, samtidigt som många

undersköterskor kommer att gå i pension. Arbetsförmedlingen påpekar att även om arbetslösheten är relativt låg och efterfrågan hög är det fortfarande många som är deltidsarbetslösa eller timanställda [14].

Statistiska centralbyråns (SCB:s) arbetskraftsbarometer för 2013 bygger på intervjuer med arbetsgivare, och av den framgår att arbetsgivarna upplever en viss brist på yrkesutbildad personal med yrkeserfarenhet, och räknar med att behovet kommer att öka under de kommande tre åren. SCB:s Trender och prognoser för 2014 visar att efterfrågan på personal med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå kommer att ha ökat med 130 000 personer år 2035. Orsaken till detta är främst ökande vård- och omsorgsbehov samt att många vårdbiträden och undersköterskor kommer att gå i pension inom det närmaste decenniet. Med nuvarande utbildningsdimensionering beräknas tillgången till sådan personal bli alldeles för begränsad, vilket kan leda till en brist på närmare 160 000 utbildade undersköterskor år 2035 [15,16].

Otrygga anställningsförhållanden och höga ohälsotal

Drygt 25 procent av de anställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre är timanställda eller visstidsanställda. Motsvarande andel för enskilt driven verksamhet är 32 procent, och den har ökat från 29 procent under de senaste fem åren. År 2012 hade en större andel män än kvinnor timanställning eller visstidsanställning (38 procent jämfört med 28 procent) [1].

Av de som är timanställda saknade 45 procent vård- och omsorgsutbildning, jämfört med 20 procent av de tillsvidareanställda, enligt Kommunalarbetareförbundets medlemsundersökning 2012.

Hälften av de visstidsanställda har fått en tillsvidareanställning efter tre år och efter sex år är motsvarande siffra 90 procent. Det tar alltså tid att få en tillsvidareanställning, och det kan delvis bero på att den anställde väljer att vara visstidsanställd, till exempel i samband med studier. Med tanke på ökningen av andelen med otrygga anställningar är det dock troligt att många inte själva valt denna anställningsform [17,18].

Att vara undersköterska eller vårdbiträde är ett krävande arbete som ofta innebär tunga lyft och mycket kroppskontakt under stress samt hög psykisk belastning, vilket ökar risken för ohälsa. Kvinnliga vårdbiträden och undersköterskor har ett ohälsotal¹⁴ på 17,2 dagar, vilket kan jämföras med genomsnittet för yrkesverksamma kvinnor som är 12,9 dagar. Motsvarande tal för manliga vårdbiträden och undersköterskor är 8,3 jämfört med 6,5 för alla yrkesverksamma män [19]¹⁵.

Enligt Arbetsförmedlingen kommer sjuksköterskor med vidareutbildning att vara en av arbetsmarknadens mest efterfrågade yrkesgrupper under kommande år. Även grundutbildade sjuksköterskor kommer det att vara en stor efterfrågan på, men inte lika stor som på till exempel undersköterskor [20].

14 Ohälsotalet beräknas genom att summan av dagar med sjukpenning, dagar med sjuk- och aktivitetsersättning, dagar med rehabiliteringsersättning och dagar med arbetsskadepening divideras med anställda 16–64 år. Ohälsotalet gäller enbart personer med en anställning

15 Olika medianålder kan påverka ohälsotalet i och med att det finns ett tydligt samband mellan ålder och ohälsa. Medianåldern för yrkesverksamma kvinnor är ca 43 år och ca 44 år för vårdbiträden och undersköterskor. Motsvarande för män är ca 43 år respektive ca 39 år

KVALITET

Insatser inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS ska vara av god kvalitet. Det gäller oavsett om verksamheten drivs i kommunal eller enskild regi och för myndighetsutövning. Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utveckla och säkra verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande. Verksamheterna ska ha ett ledningssystem för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Kvalitet är ett mångtydigt begrepp som används i många olika sammanhang. Kvalitet i en bred definition avser allt som verksamheten gör, både hur produktionen utförs och vilka resultat som uppnås. Socialstyrelsen har tagit fram en modell för kunskapsstyrning [21] och beskrivit förutsättningar för kunskapsstyrning inom socialtjänsten [22]. Modellen beskriver metoder för att systematiskt utveckla, följa upp och utvärdera vård och omsorg. Målet är att god vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Sedan 2009 tydliggörs i SoL och LSS att alla som fullgör uppgifter har ansvar för kvalitet i verksamhet och de insatser som genomförs. Den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska också ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående samt från personal.

Det finns dessutom bestämmelser i SoL och LSS om skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden för var och en som fullgör uppgifter inom respektive verksamhet, ofta kallat lex Sarah. Lex Sarah är en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med bestämmelsen är att verksamheten ska utvecklas och att missförhållanden ska rättas till. Det är viktigt att komma till rätta

med brister i verksamheten och att förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Anställda har rapporteringsskyldighet. Den som bedriver verksamhet är dels skyldig att utreda och dels avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den påtagliga risken för missförhållande. Den som bedriver verksamhet ska också anmäla missförhållandet till IVO [23].

Öppna jämförelser

Socialstyrelsen har sedan 2007 regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. I uppdraget ingår att göra årliga kommun- och enhetsundersökning och att utveckla tillgången till data och nationella indikatorer för kvalitet och effektivitet ur de äldres perspektiv, samt att publicera öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre [24].

Även 2014 har Socialstyrelsen samlats in uppgifter från kommuner och stadsdelar för att belysa äldreomsorg utifrån både SoL och HSL. Uppgifter har bland annat samlats in från hemtjänstverksamheter och särskilda boenden. Såväl kommunala som enskilda utförare har bidragit med uppgifter. Presentationen omfattar resultat för 92 indikatorer på nationell nivå. Där det är möjligt jämförs resultat mot tidigare år. Jämförelser görs också mellan kommunala och enskilda utförare [25].

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2010 presenterat öppna jämförelser av vården och omsorgen av personer 65 år och äldre [26]. Temat för dessa rapporter är sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Ett betydande nationellt arbete har sedan 2011 bedrivits för att förbättra och samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre [27].

Syftet med indikatorbaserade jämförelser är att årligen ge beslutsfattare ett underlag för att följa och förbättra verksamhetens egna resultat. Rapporterna ska inspirera till lokala, regionala och nationella diskussioner om vad som kan förbättras och ge insyn i den gemensamt finansierade vården och omsorgen om äldre. Socialstyrelsen beskriver tillståndet och utvecklingen inom vård och omsorg utifrån sex områden; kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, tillgänglig, tillgänglig och jämlik [21].

Äldreguiden

Äldreguiden¹⁶ startade 2008 och innehåller information om hemtjänstverksamheter och särskilda boenden på enhetsnivå, uppgifterna kommer från kommun och enhetsundersökningen och vänder sig till äldre personer och deras närstående.

Uppgifterna för 2014 är ett urval från kommun- och enhetsundersökning tillsammans med uppgifter från undersökningen, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?[28]. Datakällorna är riktäckande uppgifter på enhetsnivå av hemtjänstverksamheter och särskilda boenden.

Innehållet i Äldreguiden är däremot inte heltäckande. Många äldre vill ha en mer detaljerad beskrivning av en hemtjänstverksamhet eller ett boende. Men Äldreguiden kan ses som ett komplement till den information som kommunerna själva tillhandahåller om sina olika verksamheter.

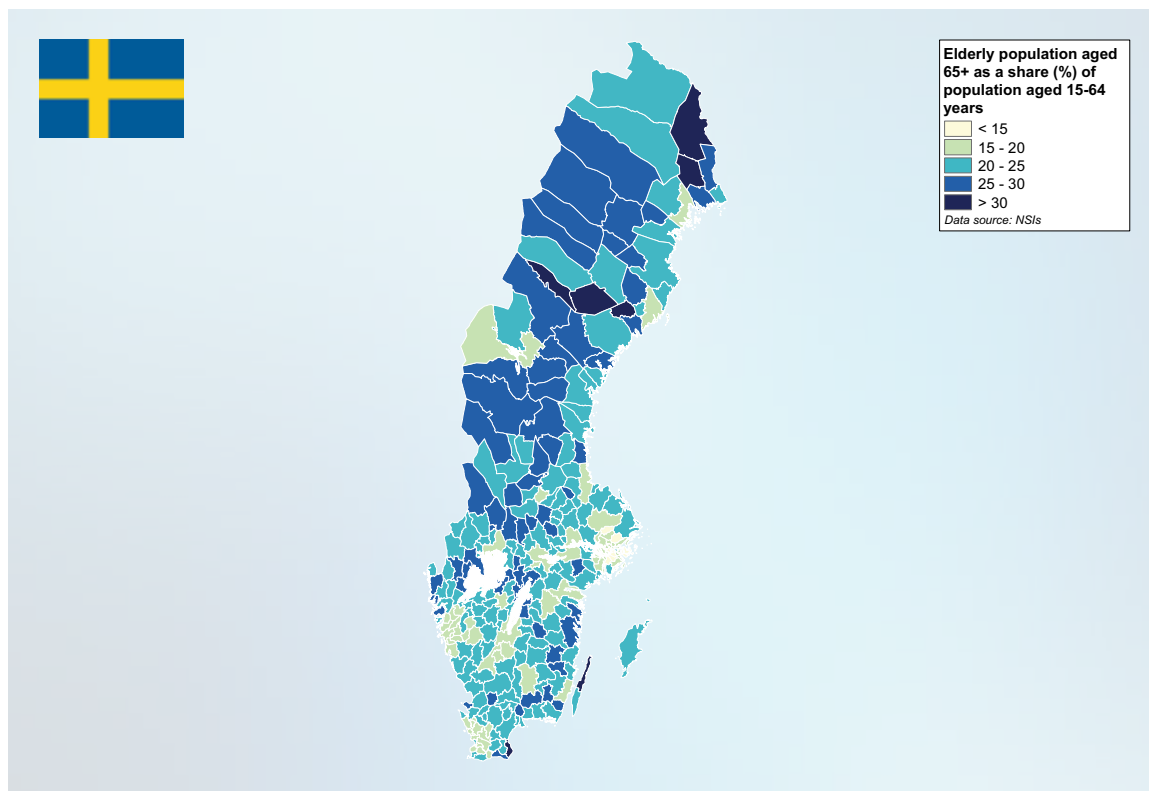
SAMMANFATTNING

- Antalet förväntade levnadsår med god hälsa har ökat och Sverige har bland de högsta förväntade levnadsåren i världen, om än med stora variationer på kommunnivå.
- Vården och omsorgen om äldre står inför en demografiskt betingad ökning av vård- och omsorgsbehoven samt stora pensionsavgångar bland befittlig personal.
- Personal- och kompetensbrist ökar under de närmaste tjugo åren.
- Andelen av de allra äldsta som bor i särskilt boende har minskat under de senaste tjugo åren, samtidigt som andelen som får omfattande hemtjänst ökat något. Ett 80-tal kommuner anger att de har brist på särskilda boenden i förhållande till de äldres behov och ännu fler räknar med att ha det om fem år.
- Fortsatt ökning av antal timmar i hemtjänst som utförs i enskild regi.
- Oförändrat antal personer i särskilt boende som drivs i kommunal regi.
- Ensamhet har betydelse både för den upplevda hälsan och hur den äldre upplever äldreomsorgen.
- Äldreomsorgen är fortfarande socialtjänstens största kostnadspost även om den inte ökar.

Omfattande kvalitetsarbete pågår inom äldreomsorgen sedan början av 2000-talet. Detta omfattar bland annat nationella satsningar på värdegrundsutbildningar, ledarskapsutbildningar, öppna jämförelser, utveckling av statistik, nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, evidensbaserad socialtjänst, nationella brukarundersökningar, förbättring och samordning av vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

16 <http://www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden/jamfor>

SVERIGE



REFERENSER

KOMPARATIVE AFSNIT

European Commission (2012a) Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE). Brussels: European Commission.

European Commission (2012b) The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy, No 2. Brussels: European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (AWG).

Karlsson, M. Iversen, T. og Oien, H. (2010) Scandinavian long-term care financing. Working paper, University of Oslo.

Kröger, T. (2010) Home care in Finland. I: T. Rostgaard, ed., Living independently at home - Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: SFI.

Lafortune, G. & Balestat, G. (2007) Trends in Severe Disability Among Older People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications, OECD. Health working papers no. 26, Paris, OECD. Meagher og Szebehely (2013)

Ministry of Social Affairs and Health (2010) Achieving quality long-term care in residential facilities. Peer review Finland.

NOSOSKO (2011) Social tryghed i de nordiske lande 2009/10. København: Nordisk Socialstatistisk Komité.

NOSOSKO (2013) Social tryghed i de nordiske lande. Omfang, udgifter og finansiering. Nordisk Socialstatistisk Komité 55:2013. København: Nordisk Socialstatistisk Komité.

Nord (2014) Nordic Statistical Yearbook 2014. København: Nordisk Ministerråd.

Rodrigues, R., Huber, M. and Lamura, G. (eds), 2012. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Rostgaard, T. and Szebehely, M., (2012) Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. European Journal of Ageing, 9 (2), pp. 101-109.

Socialstyrelsen (2013) Meddelandeblad Nr 11/2013, December 2013, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19283/2013-12-10.pdf>

Szebehely, M. and Meagher, G. (2013) 'Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketization', i G. Meagher & M. Szebehely (eds.) Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm Studies in Social Work; No. 30.

Vidlund, Mika; Kivelä, Sirkka-Liisa (2012): Annual National Report 2012. Pensions, Health Care and Long-term Care. Downloaded feb 2015, http://www.socialprotection.eu/files_db/1230/asisp_ANR12_FINLAND.pdf,

GRØNLAND

Materiale fra internettet:

Reference 1.: www.si-folkesundhed.dk/susy
Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne
1987-2005 - hentet den 11-03-2015

Reference 2.: <http://www.ga.gl/LinkClick.aspx?fileticket=quIyVrBHQ7Q%3D&tabid=1816&language=da-DK> Skatte og Velfærds-kommissionens betænkning marts 2011- hentet den 11-03-2015

Reference 3.: <http://naalakkersuisut.gl/~media/Nanoq/Files/Attached%20Files/Familie/DK/Vejledning%20om%20hjemmehjælp.pdf>
Vejledning om hjemmehjælp. December 2003.
– Hentet den 11-03-2015

Reference 4.: <http://www.ga.gl/LinkClick.aspx?fileticket=quIyVrBHQ7Q%3D&tabid=1816&language=da-DK> Ældre i fremtidens Grønland – Hentet den 11-03-2015

Reference 5.: http://www.pi.sps.gl/files/1213/6014/6907/21okt2008Uddannelsesordning_ny_08_2_2.pdf Uddannelsesordning Socialhjelperuddannelsen - Hentet den 11-03-2015

Reference 6.: <http://www.stat.gl/publ/da/BE/201402/pdf/Befolkningsfremskrivninger%202014-2040.pdf> Befolkningsfremskrivninger 2014-2040 - Hentet den 11-03-2015

Love og deres hyperlinks

Reference 7.: Landstingsforordning nr. 11 af 30. oktober 1998 om ældreinstitutioner mv.

Reference 8.: Landstingsforordning nr. 11 af 12. november 2001 om socialvæsenets styrelse og organisation

Reference 9.: Landstingsforordning nr. 3 af 7. maj 2007 om alderspension.

Reference 10.: Landstingsforordning nr. 11 af 19. november 2007 om støtte til boligbyggeri, fælleshuse, byggesæt m.v.

Reference 11.: Inatsisartut lov nr. 23 af 3. december 2012 om Grønlands Råd for Menneskerettigheder

Reference 12.: Selvstyrets bekendtgørelse nr. 14 af 24. september 2012 om klage til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

FINLAND

Socialvårdslag (710/1982) <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1982/19820710>

Folkhälsolag (66/1972) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1972/19720066>

Mentalvårdslag (1116/1990) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso – och sjukvården (559/1994) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

Statistikcentralen, Finland, http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous_sv.html

Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen. Social- och hälsovårdsministerium 2013;15

Statistikcentralen, Finland, http://www.stat.fi/til/jmete/2011/jmete_2011_2013-01-31_tie_001_sv.html

Rättö H, Linnosmaa I, Kapiainen S. Ikääntyneiden palvelujen käytön ja kustannusten kehityslinjoja. Kirjassa: Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta (toim Noro A och Alastalo H). Raportti 2014;13;42-55.

Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H, Alastalo H. Henkilöstörakenne on vahvistunut ympärivuorokautisessa hoidossa vuodesta 2013 vuoteen 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 26, marraskuu 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveiden- ja sosiaalihoollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården 734/1992

Förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården 912/1992

Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveiden- ja sosiaalihoollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

Social och Hälsovårdministeriet http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/klientavgifter

Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveiden- ja sosiaalihoollon yksikkökustannukset

Suomessa vuonna 2011. Raportti 2014;3

www.oecd.org

www.sotkanet.fi

Vilkko A, Muuri A, Saarikalle K, Noro A, Finne-Soveri H, Jokinen S. Läheisavun moninaisuus. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2015 (toim. Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A.). THL.2014

Lag om stöd för närståendevård 937/2012

www.sotkanet.fi

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1895396#sv>

www.sotkanet.fi

www.toimia.fi

Morris JN, Fries BE, Morris S. Scaling ADLs within the MDS. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999;54 (11): M546-M553. doi: 10.1093/gerona/54.11.M546

Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz LA. MDS Cognitive Performance Scale J Gerontol 1994;49(4):M174-82

Hirdes JP, Frijters DH, Teare GF. The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. J am geriatr Soc 2003 Jan;51(1):96-100.

Hirdes JP, Poss, JW, Mitchell L, Korngut L, Heckman G. Use of the interRAI CHES Scale to Predict Mortality among Persons with Neu-

rological Conditions in Three Care Settings. PLoS ONE 2014;9(6): e99066. doi:10.1371/journal.pone.0099066

<http://sv.wikipedia.org/wiki/Kvalitet>

http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed. JAMA 1988;260:1743-8

Hirdes J, Fries, BE, et al. 2004. Home Care Quality Indicators Based on the MDS-HC. Gerontologist 44(5): 665-79.

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012

Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen. Social- och hälsovårdsministerium 2013;15

Noro A, Alastalo H, Finne-Soveri H, Mäkelä M. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstövuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2, Helmikuu 2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Noro A, Mäkelä M, Finne-Soveri H, Alastalo H. Henkilöstörakenne on vahvistunut ympärivuorokautisessa hoidossa vuodesta 2013 vuoteen 2014 - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 26, marraskuu 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Lag om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården (733/1992)

Lag om statsandel för kommunal basservice (1704/2009)

<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu4.html>

<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu4.html>

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812>

<http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kuntakysely/2014/Sivu2.html>

<http://www.interrai.org/>

ÅLAND

Lagstiftning

Självstyrelselag (1991:71) för Åland

Socialvårdslag (FFS 710/1982 vilken gäller i landskapet Åland i enlighet med landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård)

Lagen om klientens ställning och rättigheter (FFS 812/2000) vilken gäller i landskapet Åland i enlighet med landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Landskapslag (1993:70) om landskapsandelar till kommunerna

Landskapslag (1993:71) om planering av och landskapsandel för socialvården

Lagen om privat socialservice (FFS 922/2011) vilken gäller i landskapet Åland i enlighet med landskapslag (2012:36)

Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården (FFS 734/1992) vilken ska tillämpas i landskapet Åland i enlighet med landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården (FFS 912/1992) vilken ska tillämpas i landskapet Åland i enlighet med landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Lag om bostadsbidrag för pensionstagare (FFS 571/2007)

Lagen om stöd för närståendevård (937/2005) vilken gäller i enlighet med landskapslagen (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (FFS 804/1992) vilken gäller i landskapet Åland i enlighet med landskapsförordning (1995:103) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård

Landskapslag (2011:114) om hälso- och sjukvård

Republikens presidents Förordning 15.7.2005 Nr 37/2005 om yrkesutbildning inom social- och hälsovård i landskapet Åland.

Lag om yrkesutbildning 21.8.1998/630; Förordning om yrkesutbildning 6.11.1998/811;

Lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning 21.8.1998/631; Förordning om yrkesinriktad vuxenutbildning 6.11.1998/812.

Grunder för yrkesinriktad grundexamen, Föreskrift 17/011/2010. Utbildningsstyrelsen, Helsingfors

Landskapslag om gymnasieutbildning Nr 13/2011, utfärdad 15.2.2011. Landskapsförordning Nr 75/2011, utfärdad 23.6.2011

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559

Förordningen om rättsskyddscentralen för hälsovården 27.11.1992/1121.

Statistiklag för landskapet Åland (1994:42)

Landskapslagen om offentliga handlingars offentlighet (1972:77)

Ålands författningssamling (ÅFS): <http://www.regeringen.ax/lag.pbs>

Finlands författningssamling (FFS): <https://www.finlex.fi/sv/>

Övriga

<http://www.regeringen.ax/socialomiljo>

Plan för socialvården 2015 – 2019

Kvalitetsrekommendation angående tjänster för äldre (Ålands Landskapsregering 2010)

Riktlinjer för omsorg och vård vid demenssjukdom (Ålands Landskapsregering 2012)

Bedömning av äldres funktionsförmåga vid behov av vård och omsorg (Ålands Landskapsregering 2014)

Socialvårdens utveckling inklusive huvudmannskapet för missbrukarvården på Åland (Ålands Landskapsregering 2011)

<http://www.reform.ax/images/pdf/Lagberedningsgruppen%20fr%20kommunernas%20socialtjnst%20slutrapport%20SLUTLIG.pdf>

Slutrapport Lagberedningsgruppen för kommunernas socialtjänst (Ålands landskapsregering 2014)

Kommunernas och kommunalförbundens ekonomi och verksamhet 2013 (Ålands statistik- och utredningsbyrå, ÅSUB Statistik 2014:4)

Statistisk Årsbok 2014 (Ålands statistik- och utredningsbyrå, ÅSUB)

Hemsidor

Ålands landskapsregering, <http://www.regeringen.ax>

Ålands statistik- och utredningsbyrå, <http://www.asub.ax>

Institutet för hälsa och välfärds databas Sotkanet

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Statistikcentralen http://www.stat.fi/index_sv.html

SVERIGE

1. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2015. Socialstyrelsen; 2015.
2. RUT vanligast efter 85. Artikel publicerad i tidskriften Valfärd. Statistiska centralbyrån; 2011.
3. Behovsbarometern – äldre. En undersökning om behovet av hjälp och stöd bland äldre utan äldreomsorg. Socialstyrelsen; 2011
4. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014. Socialstyrelsen; 2014.
5. Rydqvist A. Birgersson I. Enkät om seniorbostäder och trygghetsbostäder. Boverket; 2014.
6. Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder. Kommunkartläggning 2011. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
7. Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. Socialstyrelsen; 2012
8. Bostadsmarknaden 2008-2009 – slutsats av bostadsmarknadsenkäten 2008. Boverket; 2008.
9. Boverket. Öppna data – Boverkets bostadsenkät 2014.
10. Vård och omsorg om äldre. Jämförelser mellan kommuner och län. Öppna jämförelser 2014. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.

11. www.skl.se.Statistikdatabasen KOLADA;2014.
12. Kommunal och enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförd vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen; 2013.
13. Personalstatistik. Sveriges Kommuner och Landsting, specialbearbetning; 2014.
14. Var finns jobben? Arbetsförmedlingen; 2013
15. Trender och prognoser 2014. Statistiska centralbyrån; 2014
16. Sambandet mellan arbetsmiljö och beslut att lämna arbetskraften, Arbetsmiljöverket; 2014.
17. Visstid på livstid. En rapport om otrygga anställningar. Kommunal; 2013
18. Stranding G. Prekariatet: den nya farliga klassen: Stockholm; 2013.
19. Bearbetning av statistik över ohälsa och personalstatistik. Statistiska centralbyrån; 2014.
20. Yrke och framtid 200 yrkesprognoser 2014. Arbetsförmedlingen; 2014.
21. Handbok för utveckling av indikatorer – för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2014.
22. Socialtjänsten – förutsättningar för kunskapsstyrning. Socialstyrelsen; 2015.
23. Lex Sarah – Handbok för tillämpning av bestämmelser om lex Sarah. Socialstyrelsen; 2014.
24. Öppna jämförelser av hemtjänst och hemsjukvård 2010-2014 – slutrapport. Socialstyrelsen; 2015.
25. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2014. Socialstyrelsen; 2014.
26. Öppna jämförelser 2014 – Vård och omsorg om äldre. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
27. Samordnad vård och omsorg om de mest sjuka äldre – redovisning av arbetsläget hösten 2014. Socialstyrelsen; 2014.
28. Vad tycker äldre om äldreomsorgen? – rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014. Socialstyrelsen; 2014.

NORDENS VÄLFÄRDSCENTER

– EN INSTITUTION UNDER NORDISKA MINISTERRÅDET

Vi främjar och stärker den nordiska välfärdsmodellen.

Kunskap

Vi samlar erfarenheter från de nordiska länderna inom det välfärdspolitiska området.

Vidareföring

Vi sprider kunskap via våra aktiviteter och nätverk.

Dialog

Vi skapar dialog mellan politiker, forskare och praktiker.

Vi arbetar med

Välfärdspolitik

Funktionshindersfrågor

Arbetsinkludering

Alkohol- och drogfrågor

Välfärdsteknologi



norden

Nordens Välfärdscenter