

SOCIALSTYRELSEN FÖLJER UPP OCH UTVÄRDERAR 2000:4

# Äldreuppdraget

Slutrapport

Socialstyrelsen ska följa upp och utvärdera de verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, omsorgerna och hälsoskyddet.

I serien ***Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*** publiceras skrifter där Socialstyrelsen följer utvecklingen och identifierar, analyserar och värderar generella problem inom dessa områden.

Skrifterna riktar sig främst till förtroendevalda på statlig och kommunal nivå samt personal inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, omsorgerna och hälsoskyddet.

ISBN 91-7201-438-5  
ISSN 1103-5706  
Artikelnr 2000-15-004

---

Sättning: Per-Erik Engström, Informationsavdelningen  
Tryck: MODIN-TRYCK AB, Stockholm, maj 2000

# Förord

1996 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997 till 2000 följa utvecklingen på äldreområdet. Uppdragets inriktning är dels att följa hur kvaliteten i fråga om bl.a. tryggheten och säkerheten utvecklas vad gäller vården mot livets slut, dels att belysa hur medicinska och omvårdnadsmissiga behov kan tillgodoses på ett värdigt, humanitärt och effektivt sätt vid vård i det egna hemmet. I uppdraget ingår också att bevaka hur äldres möjligheter att leva ett självständigt liv med god livskvalitet – även vid omfattande behov av personlig omvårdnad – utvecklas med tanke på de omprioriteringar som sker inom äldreomsorgen.

Denna rapport utgör slutredovisningen av Äldreuppdraget. I rapporten redovisas också det första årets iakttagelser beträffande den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken. Arbetet har genomförts i löpande samråd med olika experter, sakkunniga och intressenter. Pensionärsorganisationerna har ingått i en referensgrupp, liksom företrädare för landstings- och kommunförbunden.

Arbetet har genomförts vid Socialstyrelsens Äldreenhet av *Gert Alaby, Britt Alberg, Anders Bergh, Barbro Carleson, Bo Engström, Britt Mari Hellner, Ulla Höjgård, Catharina Lindencrona, Britta Mellfors* och *Ingela Wahlgren* under *Lennarth Johanssons* ansvar. *Maj-Len Sjögren* har svarat för inskriften.

Kerstin Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning och slutsatser .....	7
Uppdraget .....	14
Äldres hälsa och levnadsförhållanden .....	18
På äldre da'r 1994 .....	18
På äldre da'r – år 2000 .....	18
Äldreomsorgen i siffror.....	24
Andelen äldre med äldreomsorg minskade under 90-talet ...	24
Omstruktureringen inom hemtjänsten fortsätter.....	26
Entreprenaderna fortsätter att öka.....	27
Äldreomsorgen i ett nordiskt perspektiv .....	29
Personal inom äldreomsorgen .....	32
Taxor och avgifter för vård och omsorg.....	33
Kostnader för vård och omsorg till äldre.....	35
Brukarinflytande och brukarnas syn på äldreomsorgen.....	39
Brukarinflytande och konsumentmakt.....	39
Brukarinflytande sett ur ett kommunalt ledningsperspektiv .....	40
Från beslut till praktik.....	41
Det representativa brukarinflytandet .....	43
Vad anser brukarna om äldreomsorgen? .....	44
Hemmet som vårdplats .....	47
Förändrade förutsättningar.....	47
En studie av äldres vård i hemmet .....	51
Äldre hemmaboende i Jönköping .....	55
Läkemedelsanvändning hos äldre .....	57
Policy och riktlinjer.....	62

Vården mot livets slut .....	66
Kan äldre välja var de vill dö? .....	69
Kommunal handlingsberedskap .....	75
Äldreomsorg under omprövning .....	78
Omfattande behov prioriteras .....	78
Sociala kvaliteter ges liten uppmärksamhet .....	79
Entreprenader och ändrad förvaltningsorganisation .....	81
Komplement för äldre i landsbygd .....	84
Äldreboendets utveckling .....	86
Sjukhemmen – från boende till vård? .....	86
Flyttningsstudierna i Sundsvall .....	87
Läkarinsatser i äldreomsorgen .....	89
Ytterligare områden att uppmärksamma inom äldreomsorgen .....	93
Äldre med psykiska besvär .....	93
Äldre personer med reumatiska sjukdomar .....	96
Näringsproblem hos äldre .....	98
Tandvård för äldre .....	99
Äldre som drabbas av stroke .....	102
Vård och omsorg av dementa .....	105
Äldre invandrare .....	108
Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken .....	112
Kompetensförsörjning .....	112
Utveckling av stöd till anhöriga .....	119
Förebyggande hembesök .....	125
FoU-centrum inom äldreområdet .....	128
Rehabilitering/Hjälpmedel – Utvecklingsläge .....	132
Diskussion .....	141
Referenser .....	155
Publicerade titlar i serien Äldreuppdraget .....	161

# Sammanfattning och slutsatser

I Socialstyrelsens arbete med att följa och beskriva utvecklingen i svensk äldreomsorg, framkommer både positiva exempel och utvecklingstenden- ser som inger farhågor. Jämfört med andra utvecklade länder, hävdar sig Sverige väl när det gäller omfattning och kvalitet på äldreomsorgen. I Sverige finns idag både möjligheter att få avancerade medicinska insatser inom akutsjukvården och omfattande vård och omsorgsinsatser i det egna hemmet. Standarden på svenskt äldreboende är hög jämfört med andra länder och det finns tillgång till hjälpmedel, liksom möjligheter att bygga om bostaden för att kunna bo kvar hemma. Den svenska äldreomsorgsper- sonalen har en relativt sett hög kompetens. På vissa områden ligger Sverige i utvecklingsfronten även i ett internationellt perspektiv t.ex. när det gäller forskning, vård, boende och behandling inom demensområdet. Inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken, har också initierats banbrytande satsningar på äldreforskning, prevention an- hörigstöd och fortbildning av personal.

I Sverige finns alltså på goda grunder förväntningar och anspråk på den samhälleliga äldreomsorgen. I takt med att möjligheterna ökar beträffande vård, omsorg och behandling vill naturligtvis människor ta del av detta. Lika självklart förväntar sig äldre att få ta del av den allmänna stand- ardutvecklingen i samhället. Det är mot bakgrund av dessa förhållanden som följande redovisning tar fasta på brister och behov av fortsatt utveck- ling, som ett underlag för att ytterligare förbättra den svenska vården och omsorgen om de äldre.

## *Äldreomsorgen förändras under 1990-talet*

Den offentliga äldreomsorgens utveckling under 1990-talet kännetecknas av att en mer generös fördelning fått vika för en mer restriktiv hjälptilldel- ning, att denna oftare utgått från tillgängliga resurser istället för från befintliga behov och att en ökad andel vårduppgifter förs över på anhöriga och andra närstående.

Samhällets insatser för och sätt att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg har därmed förändrats avsevärt. Omstruktureringen i sjukhus- vården kännetecknas av en fortsatt reduktion av vårdplatser och den kom- munala äldreomsorgen erbjuds idag allt färre personer jämfört med tidiga- re. Konsekvenserna av denna omstrukturering har inom sjukhusvården inneburit allt kortare vårdtider, ett ökat antal vårdtillfällen och en större

genomströmning av patienter. Likaså har de äldres andel av planerad sjukvård, t.ex. operativa ingrepp, till och med ökat jämfört med andra grupper i befolkningen. Ökade ambitioner och möjligheter har samtidigt inneburit att köerna i vården växer.

De allt kortare vårdtiderna drabbar särskilt de äldre som oftast behöver mer tid för att återhämta sig eller för att klara av att återgå till det tidigare boendet. Förutom att detta skapar en stress för den äldre innebär utvecklingen också att kvarstående behov av behandling, rehabilitering och framför allt omvårdnad i ökad utsträckning förutsätts kunna tillgodoses av den öppna vården och kommunernas äldreomsorg, något som idag är långt ifrån givet.

Samtidigt med och delvis som en följd av förändringarna inom sjukhusvården, har kommunerna kraftigt omprioriterat insatserna inom hemtjänsten till de svårast sjuka och mest hjälpbehövande. Detta har dock skett inom ramen av en oförändrad totalvolym hemtjänst under 1990-talet. Färre personer får hjälp, men den genomsnittliga insatsen per hjälpt person har ökat. En sådan förändring inom hemtjänsten innebär att en växande grupp av äldre inte får hemtjänst eller betydligt mindre än de skulle behöva. Konsekvenserna av den utvecklingen är svåravläst på en övergripande nivå, men sannolikt förklarar detta en del av det ifrågasättande som äldreomsorgen fått utstå det senaste åren. För många äldre har utvecklingen inneburit ett ökat beroende av anhöriga, att man får lov att anlita privat hjälp eller klara sig bäst man kan utan hjälp.

### *Hemmet blir en vårdplats*

En utvecklingstrend under 1990-talet har varit att allt mer omfattande vård och omsorg har flyttats in i det egna hemmet och att hemmet blir en "vårdplats". Ett exempel på denna utveckling är att fler avlider i det egna hemmet, eller i ett äldreboende och inte på sjukhus som tidigare. Det finns stora skillnader beträffande kvalitet och säkerhet i vården mot livets slut beroende på var man vårdas. Medan sjukhuset oftast kan erbjuda ett optimalt medicinskt omhändertagande har man samtidigt svårt att erbjuda ett fullgott psykosocialt omhändertagande och autonomi blir därmed lidande. I andra änden av panoramat är situationen den motsatta. Vid vård i det egna hemmet är de psykosociala kvaliteterna oftast "inbyggda" i vård-situationen och det finns större möjligheter att behålla sin autonomi, trots sjukdomen.

Den stora utmaningen är att få till stånd trygghet och kvalitet i det medicinska omhändertagandet: en målsättning som måste gälla oberoende av ålder och diagnos. Idag byggs den specialiserade hemsjukvården ut på många orter. Denna utveckling kan medföra svåra prioriteringsproblem, om den sker på bekostnad av ett sämre omhändertagande av de kroniskt sjuka äldre i befolkningen. Hemmet som vårdplats är alltså en realitet i dagens äldreomsorg. Detta är ett önskat alternativ men det finns också



personer som inte tycker det är bra och upplever hemvården som påtvingad. Vården och omsorgen fungerar ofta sämre under kvällar, nätter och helger, vilket visar på uppenbara svårigheter när det gäller att skapa trygghet i hemvården.

Inte så sällan förutsätter hemvården att det finns anhöriga och andra närstående som orkar, vill och kan ställa upp, något som kan bli en alltför stor börda. Omprioriteringarna inom hemtjänsten har också inneburit att framförallt makar, men även andra närstående, får träda in och axla ett ökat vård- och omsorgsansvar. Likaså innebär de mycket korta vårdtiderna inom akutsjukvården att närstående i ökande grad får svara för eftervården. För många närstående är det självklart att ställa upp. Men detta får inte ske till priset av ett orimligt vårdåtagande. Det är en diskutabel politik om äldreomsorgen nedrustas och samhället därmed för över ett ökat ansvar på de närstående.

### *Brister i brukarinflytandet*

De flesta äldre är "nöjda" med den vård och omsorg de får. I kritiken från hjälptagarna finns dock ett återkommande mönster: det brister i individanpassningen av hjälpen, hjälpen uppfattas som regelstyrd och byråkratisk och över huvud taget önskar man bättre möjligheter att påverka på vilket sätt hjälpen ges. Beroendeförhållandet till vårdgivaren utgör ibland ett hinder för en mer öppen kritik. Det hjälper inte att det finns formella möjligheter att överklaga ett biståndsbeslut, när man kanske inte kan uppstå den kraft som krävs för att göra detta. En annan förutsättning för inflytande är att man "vet vad man får" när man har fått bistånd i form av hemhjälp. Nya uppgifter förstärker här bilden av att handläggningen och dokumentationen inom hemtjänsten har stora brister, vilka ytterst kan äventyra den enskildes rättssäkerhet.

Utvecklingen av brukarinflytande måste också bygga på den enskildes möjligheter att påverka hur hjälpen utformas i det vardagliga samspelet mellan den äldre, de anhöriga och vårdpersonalen. Det är långt ifrån alla som har ork, kunskap eller vana att driva sina krav. Mot denna bakgrund är det betänkligt att frågor om brukarinflytande har låg aktualitet och få drivande aktörer på det lokala planet. Kraftfulla utvecklingsinsatser i syfte att öka brukarinflytandet i olika former är nödvändiga.

### *Svårare att få hemtjänst*

I kommuner som kännetecknas av att ha genomfört stora omprioriteringar inom hemtjänsten de senaste åren finns sällan mer genomtänkta och utvecklade strategier för detta. Oftast har det handlat om en mer restriktiv tilldelning av hjälpinsatser. Dessa omprioriteringar leder dock sällan till några egentliga besparingar, effekten är mycket blygsam. En iakttagelse är att en krympande omfattning av äldreomsorgen, också kan innebära att man förlorar kontakten med stora grupper av äldre.

Ett annat växande problem inom svensk äldreomsorg är hur kommunerna tar ut avgifter för vård och omsorg. I Socialstyrelsens kartläggningar redovisas två problem: dels finns idag ingen säkerhet att den enskilde garanteras att ha "medel kvar till egna behov" efter det att hyra, vård och omsorgsavgifter är betalda. Det finns inte heller något skydd mot orimligt höga vårdavgifter. De hitillsvarande erfarenheterna tyder på att man inte kan förvänta sig någon spontan förbättring på detta område, varför det är angeläget att ta initiativ till andra lösningar.

### *Fortsatta brister i det medicinska omhändertagandet*

Äldreboendets utveckling de senaste åren befinner sig naturligt nog i gränslandet mellan vad som å ena sidan skett inom sjukhusvården och å andra sidan vad som hänt inom hemtjänsten. Den dubbla effekten av dessa systemförändringar kan avläsas inom äldreboendet. Det särskilda boendet har alltmer utvecklats mot att få karaktären av vårdinrättningar, där människor med omfattande medicinska och omvårdnadsmissiga behov vistas allt kortare tider. Inte så sällan slutar äldre sina dagar i äldreboendet. Idag saknas fortfarande nödvändiga resurser, kompetens och organisation för ett bra omhändertagande i det särskilda boendet.

Under de senaste åren har Socialstyrelsen ett flertal gånger pekat på bristerna i läkarinsatserna i den kommunala äldreomsorgen. Initiativ från central och lokal nivå har uppenbarligen inneburit att de allra flesta äldreboenden numera har en fast läkarkontakt, vilket innebär att man regelbundet träffar personalen och går igenom de boendes situation. Detta innebär inte självklart att den enskilde äldre träffar läkare oftare nu jämfört med tidigare. Läkarnas insatser i hemvården är fortfarande blygsamma. Möjligheterna för en av ålder och sjukdom handikappad äldre att få hembesök av en läkare är i allmänhet små. Sammantaget kvarstår problemet med att tillgodose behovet av insatser av medicinsk kompetent personal. Särskilt framträdande är behovet av utökade läkarinsatser.

I Äldreuppdraget har också framkommit att det finns en påtaglig risk för att behov och insatser av mer "social karaktär" lågprioriteras. Detta har på sina håll lett fram till en äldreomsorg där behoven av mänskliga kontakter, fysisk och psykisk stimulans och aktiviteter kommit på undantag.

Trots att äldreomsorgen studerats och debatterats ingående de senaste åren finns det mycket stora grupper av äldre vars speciella behov av vård och omsorg inte har uppmärksammats på ett tillfredsställande sätt. Äldre med psykiska besvär, eller äldre med reumatiska sjukdomar tenderar att bli bortglömda i vårdsystemet. Ett annat exempel är vården av de stroke-drabbade där insatser efter det akuta skedet inte alls står i paritet med behoven. Med tanke på de förluster detta innebär beträffande livskvaliteten för den enskilde och möjliga merkostnader för samhället är det angeläget att identifiera bortglömda vård- och omsorgsbehov bland äldre.

### *Satsa på personalen*

Äldreomsorgens kvalitet och innehåll är starkt avhängigt av att det finns kompetent och engagerad personal. Med tanke på att vård och omsorg av äldre är mycket personalkrävande, blir äldreomsorgen och dess utveckling mycket beroende av hur man lyckas att lösa personalförsörjningsproblemen. Beroende på utvecklingen på arbetsmarknaden är nu äldreomsorgen återigen i ett mycket bekymmersamt läge när det gäller att rekrytera och behålla personal. Stora kommande pensionsavgångar, underdimensionerade utbildningar samt en hög andel deltidsarbetslösa inom äldreomsorgen utgör några exempel på problemens art och grad. Speciellt i ett framtida perspektiv verkar situationen vara oroväckande. Till kända problem när det gäller personalförsörjning kan man idag också lägga en minskad attraktionskraft av att arbeta inom äldreomsorgen över huvud taget. Detta kan bland annat förklaras av de brister i arbetsmiljö och arbetsförhållanden som tyvärr återfinns i äldreomsorgen. Omfångs- och innehållsmässigt, har alltså svensk äldreomsorg inte utvecklats på det sätt som skulle krävas för att locka den personal som behövs.

## Några slutsatser

Socialstyrelsen anser att det är av särskild vikt att uppmärksamma följande:

- Andelen äldre som får hjälp av den offentliga äldreomsorgen har minskat. I takt med att befolkningen åldras, ökar spännvidden mellan behov och resurser även med hänsyn tagen till de prognoser om förbättringar av äldres hälsotillstånd som uppmärksammats på senare år. En fortsatt minskning av det offentliga äldreomsorgsåtagandet riskerar därför att skapa en ökad ojämlikhet och minskad välfärd bland de äldre, vilket ytterst kan äventyra äldreomsorgens legitimitet.
- Äldreomsorgens kompetens- och personalförsörjningsproblem är ett av de största hoten mot en trygg och säker vård och omsorg. Därför måste ansvariga parter förutsättningslöst pröva alla möjligheter att göra det mer attraktivt att arbeta med äldre, utveckla innehållet i gymnasie- och högskoleutbildningarna, att utveckla arbetsvillkor och arbetsinnehåll så att man kan behålla och utveckla den personal som finns i äldreomsorgen. Här ska baspersonalens utbildningsbehov, liksom behovet av ledarskapsutveckling inom äldreomsorgen särskilt uppmärksammas. Sammantaget finns ett mycket stort behov av ett samlat nationellt initiativ beträffande kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen.
- Den omstrukturering som pågår inom hemtjänsten, där personer med mindre behov ställs utanför det offentliga åtagandet, drabbar ett stort antal äldre med välfärdsförluster och sänkt livskvalitet som följd. Det finns inga entydiga belägg för att en nedskuren hemtjänst av detta slag

ger några påtagliga besparingseffekter. Mycket talar för att en restriktiv fördelning av hemtjänsten får negativa konsekvenser på sikt. En mer generös fördelning av hemtjänst kan ha ett stort förebyggande värde och bland annat underlätta för äldre att kunna bo kvar hemma. Det utgör också ett angeläget stöd till anhöriga. Socialstyrelsen har därför för avsikt att aktivt följa, uttolka och kommentera den praxis som utvecklas beträffande äldres rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen.

- I bedömningen och handläggningen av vård- och omsorgsbehov är det viktigt att få till stånd en sammanvägd bild av både sociala, psykologiska och medicinska behov. Lika viktigt är att den enskildes rättigheter till information, dialog och inflytande tas till vara. Idag finns tecken på att den äldres lagfästa rättigheter i detta avseende inte kan garanteras. För att stärka den enskildes rättssäkerhet kommer Socialstyrelsen att utarbeta en handbok beträffande handläggning och dokumentation inom hemtjänsten. Därtill kommer även ett informationsmaterial, riktat till allmänheten, angående den enskildes rätt till äldreomsorg. Socialstyrelsen avser också att i särskild ordning återkomma till regeringen angående bemyndigande om att utfärda föreskrifter beträffande dokumentationsskyldigheten på området enligt socialtjänstlagen.
- Det särskilda boendets roll och funktion som hemvist för personer med omfattande medicinska och omvårdnadsmissiga behov måste erkännas i den kommunala äldreomsorgen. Det förutsätter ett förändrat synsätt hos huvudmännen och resursförstärkningar främst ifråga om läkarförsörjning, personalens kompetens och dimensionering. Socialstyrelsen avser också att utveckla uppföljningen av det särskilda boendet med tanke på dess roll och funktion i äldreomsorgen.
- Vård och omsorg i det egna hemmet får inte bli ett påtvingat alternativ. När hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet bestäms och planeras måste utgångspunkten vara att samma kvalitet och säkerhet ska kunna erbjudas – dygnet runt – som om vården gavs inom slutna sjukhusvård. Därför måste tillgången på t.ex. sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och läkarinsatser säkras långsiktigt. Ansvariga parter måste påskynda arbetet med att styra, utveckla incitament och skapa intresse för medicinskt kompetent personal att arbeta med äldre.
- Kvaliteten och säkerheten i vården mot livets slut måste utvecklas. Idag finns oacceptabla kvalitetsskillnader i omhändertagandet, beroende på brister i resurser, kompetens, ledarskap och organisation. Socialstyrelsen har därför tagit initiativ till att utveckla nationella riktlinjer för vården i livets slut.
- Många anhöriga får ta ett ökande omsorgsansvar för sina närstående. Samhällets stöd till anhöriga som vårdar äldre och funktionshindrade

anförvanter måste därför öka. Den utveckling som påbörjats med att bygga ut det kommunala stödet till anhöriga och andra närstående genom de särskilda stimulansmedlen inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken måste därför få sin fortsättning i lämpliga former. Därtill bör de anhörigas möjligheter till stöd i olika former säkras i lag, knutet till biståndsringen i socialtjänstlagen.

- Systemet att ta ut avgifter inom äldreomsorgen behöver utformas så att den enskilde verkligen garanteras medel kvar för egna behov och att inte oskäligt höga avgifter läggs på den enskilde. Vidare bör den enskildes möjligheter att klaga på avgiftsuttaget säkras i lag. Här är det angeläget att snarast få till stånd en nationell reglering på området.
- Det finns stora grupper bland de äldre med fysiska och psykiska funktionshinder vars behov av vård, omsorg och behandling inte fått tillräcklig uppmärksamhet. Psykiska besvär, reumatiska sjukdomar, näringsproblem, tandhälsa, demenssjukdomar och personer som drabbats av stroke är exempel på grupper och behov som Socialstyrelsen anser att ansvariga parter fortlöpande bör identifiera och erbjuda erforderlig vård och behandling.
- Det finns stora oklarheter och inkonsekvenser beträffande begreppsanvändningen inom äldreomsorgen. Sett både ur den enskildes, anhörigas, personalens och ledningens perspektiv skapar detta uppenbara kommunikationsproblem, som i sin tur kan äventyra kvalitet, säkerhet och ett effektivt resursutnyttjande i äldreomsorgen. Socialstyrelsen har därför för avsikt att i samråd med huvudmännen initiera ett arbete för att få till stånd en enhetlig terminologi inom äldreomsorgen.
- Beträffande resultaten av de särskilda initiativ som tagits inom ramen för den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken med stimulansmedel riktade mot underutvecklade områden, kan konstateras att det överlag har tagit lång tid att komma igång och att kommunerna därför ligger efter tidsplanerna. De första intrycken talar dock för att stimulansmedlen kommer att innebära en väsentlig kvalitetsutveckling på respektive område inom äldreomsorgen. Det är därför angeläget att det medges att anvisade medel kan användas med förlängning i ett år.
- Uppföljning av vården och omsorgen till äldre är bristfällig. Sett ifrån den enskildes, närståendes, personalens och ledningens perspektiv behövs bättre information om hur hjälpbehoven ser ut, vilka insatser som ges, vilken kvalitet insatserna har och vilka resultat som uppnås. Inriktningen bör vara att dessa uppgifter ska kunna beskrivas för vårdprocesser som omfattar flera vård- och omsorgsgivare. Det krävs ett nationellt utvecklingsstöd för att få till stånd en tillförlitlig och allsidig lokal verksamhetsuppföljning som även kan vara grund för nationell uppföljning.

# Uppdraget

1996 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under åren 1997 till 2000 följa utvecklingen på äldreområdet. Följande bakgrund och motiv anfördes för uppdraget:

*”De organisatoriska problem som uppmärksammats i samband med genomförandet av Ädelreformen liksom de brister som rör innehåll och kvalitet i äldrevården kräver fortsatt bevakning och uppföljning. I ljuset av ökande vårdbehov i kombination med ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme finns det också ett stort behov av att följa hur minskade resurser och omstrukturering av vård- och omsorgssystemen påverkar prioriteringar, organisation och innehåll i omsorg och vård av äldre.”*

*”Mot bakgrund av vad som tidigare beskrivits om ökande vårdbehov, ett begränsat samhällsekonomiskt utrymme och fortsatt omstrukturering av vård- och omsorgssystemen ges Socialstyrelsen i uppdrag att följa den fortsatta utvecklingen inom vården och omsorgen om äldre. Uppdragets inriktning är dels att följa hur kvaliteten i fråga om bl.a. trygghet och säkerhet utvecklas vad gäller vård mot livets slut, dels att belysa hur medicinska och omvårdnadsmässiga behov kan tillgodoses på ett värdigt, humanitärt och effektivt sätt vid vård i det egna hemmet. I uppdraget ingår också att bevaka hur äldres möjligheter att leva ett självständigt liv med god livskvalitet – även vid omfattande behov av personlig omvårdnad och vård – utvecklas med tanke på de omprioriteringar som sker inom äldreomsorgen. Dessa tre områden bör utgöra tyngdpunkten för uppföljningen och bevakningen av vilka strategier som utvecklas för att möta en åldrande befolknings behov.”*

*”Arbetet bör ha ett tydligt brukarperspektiv och utgå från äldreomsorgens mål om självbestämmande, trygghet och integritet. Utvecklingen av god kvalitet inom äldreomsorgen ställer höga krav på kompetens och ledarskap vilket också ska beaktas i uppföljningsarbetet. En viktig uppgift är vidare att följa utvecklingen när det gäller anhörigas situation och stödet till denna grupp samt i övrigt den offentliga vårdens samverkan med frivilliga organisationer.”*

I juni 1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken (1). Handlingsplanen trädde i kraft 1999 och löper fram till och med 2001. Handlingsplanen innefattar tre huvudsakliga delar. För det första kommer statsbidraget till kommuner och landsting att successivt ökas under treårsperioden för att skapa möjligheter för huvudmännen att väsentligen ut-

veckla äldrepolitiken. En annan viktig beståndsdel i handlingsplanen var att lägga fast nya målformuleringar för den framtida äldrepolitiken. En sista del innefattar en rad initiativ och åtgärder för att utveckla olika aspekter av svensk äldreomsorg.

Med utgångspunkt i de bristområden som identifierades av regeringen, angavs följande prioriteringar när kommunerna och landstingen förstärker sina insatser för äldre:

- Fler anställda i äldreomsorgen.
- Förbättrad samverkan mellan huvudmännen i syfte att åstadkomma en högre kvalitet och ökad kontinuitet av samhällets insatser.
- Bättre tillgång till medicinsk kompetens i hemsjukvården och i de särskilda boendeformerna inom den kommunala äldreomsorgen. En ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen och i äldre vården är av central betydelse.
- Patientens ställning stärks och tillgängligheten inom hälso- och sjukvården förbättras.
- Ökad kompetens hos personalen för att möta nya och förändrade arbetsuppgifter samt en utvecklad arbetsorganisation och ett tydligare ledarskap. Det gäller såväl generell vård- och omsorgskompetens som attityder och förhållningssätt.
- Uppsökande verksamhet inom hemtjänsten för att erbjuda tidiga insatser och därmed förebygga behov av mer omfattande natur och dyra åtgärder. I det uppsökande arbetet ska särskilda behov som gäller kosthållning och medicinering uppmärksammas.
- Bättre information till vårdtagare och anhöriga samt möjlighet till delaktighet i planering av olika vårdinsatser.
- Utvecklade och fördjupade former för stöd till anhöriga.
- Ett kontinuerligt kvalitetsarbete genom att bygga upp och utveckla olika kvalitetssystem.
- Information och samarbete mellan vårdgivarna för att förhindra att vårdtagarna "forslas runt" i systemet.
- Bättre tillgång till rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel inom den kommunala äldreomsorgen.
- Bättre vård i livets slutskede.

Dessutom angavs att *"Regeringen förväntar sig att förbättringar sker i första hand inom ovan redovisade områden. Socialstyrelsen kommer som en komplettering till sitt äldreuppföljningsuppdrag att få som särskild uppgift att följa vilka förbättringar kommunerna uppnår och årligen under perioden 1999 – 2001 redovisa detta.*

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen i denna rapport valt att ge en

samlad redovisning dels från Äldreuppdraget, dels från det första årets iakttagelser beträffande den nationella handlingsplanen. Som framgår av beskrivningarna ovan överlappar uppdragen varandra i vissa delar. I denna rapport har därför resultaten från uppföljningen av vissa specifika frågeställningar hemmahörande i den nationella handlingsplanen, redovisats i ett särskilt kapitel.

Socialstyrelsen har i sitt uppföljningsarbete anammat en vid tolkning av uppdragen och ser det som väsentligt att försöka belysa *förändringar* inom äldreomsorgen med avseende på struktur, utbud, konsumtion och kvalitet. Konsekvenserna av dessa förändringar har analyserats såväl med tanke på enskilda äldres situation, som när det gäller äldrekollektivets välfärd som helhet.

Denna vida ansats innebär att vissa frågeställningar och problem, som inte explicit angivits i regeringsuppdragen, har studerats för att få en mer fyllig bild av utvecklingen inom äldreomsorgen. Givetvis innebär denna vidgning av ambitionerna en risk för att både det praktiska arbetet och förväntningarna på resultatet kan växa i oändlighet. Detta problem får samtidigt vägas mot fördelarna av att ha en mer flexibel hållning till uppdragens genomförande.

Denna tredje rapport från Äldreuppdraget utgör ett försök att spegla händelseutvecklingen ”efter Ädelreformen”, fram till 1990-talets slut. I arbetet med att följa utvecklingen på ett sådant omfattande samhällsområde som äldreomsorgen finns naturligtvis inbyggda svårigheter. Äldreomsorgen kännetecknas av stora brister när det gäller att fortlöpande registrera uppgifter om verksamhetens omfång, innehåll och kvalitet. Än större är bristerna beträffande uppgifter om kostnader och förhållanden som är relaterade till enskilda individer. Arbetet bygger på egen insamling av data, dels med en nationell ansats, dels med försök att belysa lokala förhållanden. För detta arbete har en rad experter, forskare och sakkunniga anlitats.

Ansatsen att belysa och analysera förändringar inom äldreomsorgen, dvs. utvecklingen över tid, förutsätter att man har tillgång till likvärdiga uppgifter vid skilda mätillfällen. För att skapa jämförbarhet över tid har därför vissa tidigare studier inom Ädelutvärderingen upprepats. Material som framtagits av andra utgör också ett viktigt komplement till Socialstyrelsens egna data.

De tre huvudfrågeställningarna som finns angivna i Äldreuppdraget är så komplexa och sammansatta att de kräver upprepade studier och data av skilda slag för att kunna besvaras. I detta perspektiv kan en treårig uppföljningstid knappast säga vara tillräcklig för att avläsa den långsiktiga utvecklingen på området.

Analysen av data har inte någon bunden referensram – som när det gällde att beskriva konsekvenserna av Ädelreformen – utan här finns



istället möjligheten till en mer förutsättningslös analys. Utgångspunkten har dock självklart varit att försöka beskriva konsekvenserna av utvecklingen inom äldreomsorgen utifrån den äldres och de anhörigas perspektiv. Till detta kommer lika självklart andra aktörers – personal, tjänstemän och politiker på lokal och central nivå – åsikter att läggas.

Socialstyrelsen uppfattar att målgruppen för arbetet i första hand har varit uppdragsgivaren: regering och riksdag, departement och utskott och andra beslutsfattare på central och lokal nivå samt pensionärsföreträdarna. Resultaten från arbetet kommer dock att aktivt föras ut till en större och bredare målgrupp – personal i vården – för att om möjligt också bidra till en praktisk utveckling av vården och omsorgen.

# Äldres hälsa och levnadsförhållanden

## På äldre da'r 1994

Inom ramen för Socialstyrelsens regeringsuppdrag att följa upp och utvärdera Ädelreformen, den s.k. Ädelutvärderingen, genomfördes 1994 en intervjuundersökning bland ett riksrepresentativt befolkningsurval av hemmaboende äldre över 75 år (2, 3).

I undersökningen ingick inte äldre i särskilt boende, vilka utgör omkring 8 procent av äldrebefolkningen. Studien initierades med anledning av att det saknades en aktuell, mer ingående och riksrepresentativ studie av de äldre hemmaboendes hälsa och levnadsförhållanden. I väsentliga delar var studien en vidareutveckling och fördjupning, med särskilt fokus på äldre, av de frågor som återfinns i SCB:s (Statistiska Centralbyråns) undersökningar kring levnadsförhållanden, de s.k. ULF-undersökningarna.

## På äldre da'r – år 2000

Sedan studien genomfördes har sex år förflutit. Frånvaron av aktuella motsvarande studier har föranlett Socialstyrelsen att upprepa den studie som genomfördes 1994. Ett centralt önskemål var att i väsentliga aspekter möjliggöra jämförelser över tid och med andra tidigare studier. Den metodik som tillämpades i 1994 års studie bibehölls därför i huvudsak oförändrad. I den nya studien utvidgades dock antalet undersökta områden med tandvård, måltider och matvanor, äldreomsorgsmottagarnas kvalitativa omdömen om hjälpen, tillgång till IT-hjälpmiddel samt olika slag av aktiviteter.

Undersökningen år 2000 baserade sig, liksom 1994 års undersökning, på ett riksrepresentativt befolkningsurval av personer 75 år och äldre (inget ålderstak). Sammanlagt intervjuades 1 466 personer i undersökningen.

I detta kapitel redovisas några väsentliga undersökningsresultat i sammandrag, med fokus på förändringar över tid, utifrån den första bearbetningen. För en mer utförlig genomgång av metod och resultat hänvisas till underlagsrapporten (4).

## Äldre hemmaboendes hälsa, funktionsförmåga och hjälpbehov

### Hälsa

I undersökningarna har två sätt använts för att mäta äldres hälsa, dels har de intervjuade tillfrågats hur de på det hela taget upplever sitt allmänna hälsotillstånd (s.k. global hälsoskattning), dels har de besvarat frågor om olika symptom och besvär. När det gäller den subjektiva globala hälsoskattningen kan en svag rörelse mot mer positiva bedömningar skönjas främst när det gäller de allra äldsta, 85 år och äldre, jämfört med 1994 års undersökning. I övriga åldersgrupper är skillnaderna mindre. Som helhet är dock förändringen i subjektiv hälsoskattning marginell över den senaste sexårsperioden, i synnerhet vid jämförelse med förändringen under föregående sexårsperiod från 88/89 till 1994.

När det gäller upplevda besvär kan konstateras att andelen helt ”besvärsfria” är något lägre jämfört med 1994 års studie, närmast en halvering från 12 till 7 procent.

Sammantaget tyder dessa data inte på någon markant förbättring av de äldres upplevelser av sitt hälsotillstånd under de senaste sex åren.

### Funktionsförmåga

Både 1994 och 2000 genomfördes *praktiska tester* av funktionsförmågan. Främst testades rörligheten t.ex. att plocka upp en penna från golvet, lyfta ett saltpaket (1 kg), föra armarna bakom huvudet och fatta om motstående örsnibb, sittande ta om tårna på motstående fot m.m. I jämförelse med rörligheten år 1994 tyder de praktiska testen på marginella förändringar över sexårsperioden. Möjligen kan en viss, om än svag, förbättring spåras ifråga om de allra äldsta (85 och äldre).

Mått på förändringar i rörlighet gavs också genom att intervjupersonerna både 1994 och 2000 tillfrågades om förmåga att klara trappor utan besvär, behov av hjälpmedel för förflyttning i bostaden respektive utomhus samt om förekomsten av fallolyckor. Upplevelser av rörligheten samt förekomsten av fallolyckor har inte markant förändrats sedan 1994, även om en svag tendens till lägre behov av hjälpmedel kan spåras under sexårsperioden.

När det gäller kognitiv förmåga, med avseende på bland annat minne och rumsuppfattning, genomfördes dels tester, dels ställdes en allmän fråga till intervjupersonerna om upplevelsen av hur minnet fungerar. De kognitiva tester som genomfördes tyder inte på nämnvärda förändringar jämfört med resultaten 1994, med undantag från rumsuppfattning där en förbättring kan konstateras. När det gäller den subjektiva skattningen av hur minnet fungerar kan, liksom ifråga om den globala hälsoskattningen, en svag rörelse mot mer positiva bedömningar skönjas främst när det gäller de allra äldsta, 85 år och äldre, jämfört med 1994 års undersökning.

När det gäller syn och hörsel tillfrågades intervjupersonerna om funktionsförmågan. Beträffande syn ställdes frågan om intervjupersonen klarar att läsa vanlig text, med eller utan glasögon, t.ex. en dagstidning. Andelen som uppgav att de klarar det utan svårighet hade totalt sett minskat sedan 1994, från 86 procent till 78 procent. Beträffande hörsel kunde likaså en tendens till försämring spåras. Andelen som uppgav att de utan svårighet kan höra vad som sägs i ett samtal mellan flera personer hade minskat från 68 procent till 60 procent. Försämringen kan förbrylla, då undersökningen 1994 visade på en förbättring jämfört med andra, tidigare undersökningar. Frågeformuleringarna var exakt lika de två åren.

Sammantaget tyder dessa data inte på någon entydig förbättring av de äldres fysiska och kognitiva funktionsförmåga under de senaste sex åren. Såväl tendenser till försämring, som vissa svaga tendenser till förbättring kan iakttas.

### Hjälpbehov

I undersökningarna har även intervjupersonerna tillfrågats om sina upplevelser av hjälpbehov när det gäller att klara av olika vardagsgöromål, s.k. ADL (Activities of Daily Living/det dagliga livets aktiviteter). Vardagsgöromål som hänför sig till hushållet – städning, inköp, matlagning och tvätt – brukar benämnas ”sekundär” ADL. Medan göromål som gäller den egna personen och personlig omvårdnad – att ta sig i/ur sängen, bada/duscha, toalettbesök och att klä på/av sig – benämnes ”primär” ADL. Intervjupersonernas svar i dessa avseenden kan också användas som en indikation på rörlighet och funktionsförmåga bland de äldre. Jämfört med 1994 års undersökning kan konstateras att högre andelar uppger behov av hjälp för att klara sekundär och primär ADL. Tendensen framträder tydligast i fråga om sekundär ADL och bland de yngre äldre (75–79 år), se tabell 1.

**Tabell 1.** Behov av hjälp med sekundär ADL, efter ålder, 1994 och 2000. Andel i procent samt skillnad i procentenheter mellan 1994 och 2000 (Diff).

Ålder	75–79 år			80–84 år			85 år och äldre		
	1994	2000	Diff	1994	2000	Diff	1994	2000	Diff
Behöver hjälp med									
Matinköp	13	18	+5	21	26	+4	41	46	+5
Matlagning	12	12	–	15	17	+2	26	28	+2
Tvätt	17	21	+4	27	28	+1	50	46	–4
Städning	17	27	+10	30	35	+5	56	58	+2

Sammantaget tyder intervjupersonernas uppgifter om upplevt hjälpbehov på en tendens till ökade hjälpbehov under den senaste sexårsperioden, främst vad det gäller vardagsgöromål som städning och matinköp.

### *Hjälpgivare – det offentliga, anhöriga eller "marknaden"?*

#### **Hjälpgivare**

1994 behövde närmare hälften av samtliga intervjupersoner, 48 procent, assistans eller hjälp från någon annan person för att klara all primär och sekundär ADL. I undersökningen år 2000 är denna andel obetydligt högre, 49 procent. I båda undersökningarna tillfrågades de som uppgav att de behövde hjälp, om vem eller vilka som gav den hjälpen. I det avseendet kan förändringar konstateras jämfört med situationen 1994. Genomgående tendenser, oavsett göromål, är att en större andel får hjälp från anhöriga och närstående, medan en mindre andel får hjälp från det offentliga (kommunen). När det gäller hjälp med städning anlitar en betydande andel idag privat betald hjälp. Förskjutningarna ifråga om hjälpgivare under sexårsperioden illustreras med exemplet städning i tabell 2.

**Tabell 2.** *Hjälpgivare för äldre 75–w med behov av hjälp med städning, 1994 och 2000. Procent respektive förändring i procentenheter.*

Hjälpgivare	År 1994	År 2000	Förändring 1994–2000
Make/maka, hushållsmedlem	28	31	+3
Anhörig/närstående	20	25	+5
Hemhjälp (kommunen)	51	33	-18
Betald privat hjälp	(uppgift saknas)	9	+? <sup>a)</sup>
Annat sätt/annan person	8	4	-4 <sup>b)</sup>
Summa (fler svar möjliga)	107	102	

a) Redovisades ospecificerat under annat sätt/annan person i 1994 års undersökning. Eftersom enbart andelen privat hjälp år 2000 överstiger den totala andelen annat sätt/annan person år 1994 indikerar det en ökning av andelen med privat hjälp, sannolikt betydande.

b) Inte helt jämförbart då "betald privat hjälp" redovisas som särskild kategori år 2000.

#### **Hemhjälp, kön och samhällsklass**

I 1994 års undersökning urskildes tecken på viss utjämning mellan könen vad det gäller hemhjälp från kommunen. Av samtliga intervjuade fick i den undersökningen 24 procent av kvinnorna och 18 procent av männen hemhjälp. Skillnaden förklaras av att männen betydligt oftare var sammanboende. År 2000 år har andelen kvinnor över 75 år som erhåller hemhjälp minskat med en fjärdedel till 18 procent. Förändringen ifråga om männen är dock än mer drastisk, i det närmaste en halvering, till 9 procent. Förskjutningar i ensamboendet mellan 1994 och 2000, kan inte vara huvudförklaring till dessa förändringar.

När det gäller hemhjälp och samhällsställning konstaterades i 1994 års undersökning att högre samhällsklasser, högre tjänstemän och företagare, tenderade att oftare ha hemhjälp. Undersökningen år 2000 tyder dock inte på några tydliga klasskillnader i detta avseende. I samtliga samhällsklasser är dock andelen som har hemhjälp lägre år 2000. Kraftigast har minskningarna varit bland lägre respektive högre samhällsklasser. Medelklassen har berörts mindre. Av undersökningen år 2000 framgår också att bland dem som behöver hjälp med städning, är andelen som anlitar betald privat hjälp, betydligt högre bland medelklass och högre samhällsskikt, 14–15 procent mot 6 procent bland arbetare.

### *Civilstånd och ekonomi*

Undersökningarna visar att mellan 1994 och 2000 har andelen ensamboende 75 år och äldre, totalt sett ökat, från 52 till 58 procent. Förändringen hänför sig uteslutande till en ökad andel ensamboende kvinnor, vars andel ökat från 70 till 73 procent. Bland män har istället ensamboendet minskat, från 36 till 32 procent.

När det gäller de äldres ekonomi ställdes i båda undersökningarna en fråga kring eventuella svårigheter att klara löpande utgifter. Andelen var 6 procent såväl 1994 som 2000. Den andelen var dock betydligt högre bland dem som hade hemhjälp, 13 procent.

Andra indikatorer på de äldres ekonomiska situation gäller om de avstått från vård och omsorg för att de anser det vara för dyrt. I undersökningen år 2000 uppgav 0,3 procent av samtliga att de avstått från besök hos läkare, 3 procent att de avstått från hemhjälp/hemtjänst samt 6 procent att de avstått från tandvård av detta skäl.

### *Datorer, mobiltelefoner och Internet*

Mot bakgrund av den tilltagande användningen av IT-hjälpmiddel i samhället ställdes i undersökningen år 2000 frågor om tillgång till dator, mobiltelefon och Internetuppkoppling. Undersökningen visade att 9 procent av samtliga 75 år och äldre hade dator. I den yngre åldersgruppen, 75–79 år, var andelen dubbelt så hög, 14 procent. Än fler hade mobiltelefon, närmare var femte av samtliga och närmare var tredje bland de yngre äldre. Få hade tillgång till Internetuppkoppling, 4 procent. Även här var andelen högre bland de yngre, 7 procent.

### *Sammanfattning*

En studie har genomförts av hälsa och levnadsförhållanden bland hemmaboende äldre över 75 år. Studien baserar sig på ett riksrepresentativt befolkningsurval och utgör, i väsentliga delar, en upprepning av en studie på detta område under 1994.

Sammantaget tyder en jämförelse mellan studien 1994 och den år 2000, bland annat på följande:

- Någon markant förändring kan inte avläsas ifråga om de äldres upplevelser av sitt hälsotillstånd.
- Ingen entydig förbättring kan avläsas ifråga om de äldres fysiska och kognitiva funktionsförmåga, såväl tendenser till försämring som viss förbättring kan iaktas.
- De äldre uppger ökade hjälpbehov år 2000, främst vad det gäller vardagsgöromål som städning och matinköp.
- Anhöriga och närstående svarar i än högre grad för hjälpinsatser till de äldre.
- Anlitandet av privat betald hjälp har ökat.
- En könsmässig snedfördelning kan iaktas när det gäller andelen som får hemhjälp. Kvinnor har blivit överrepresenterade jämfört med män – samtidigt som klasskillnader utjämnats.
- Drygt var tjugonde äldre över 75 år avstår från tandvård av kostnadsskäl.

# Äldreomsorgen i siffror

I föregående års avrapporteringar av Äldreuppdraget (5, 6) presenterades översiktliga beskrivningar av utvecklingen på riksnivå vad det gäller omfattningen av kommunernas äldreomsorg under 90-talet. Nedan presenteras dessa uppgifter uppdaterade med uppgifter från de två senaste åren. På grund av omläggningar i den officiella statistiken är dock uppgifterna från de två senaste åren inte helt jämförbara med föregående år. Förändringar som försvårar jämförbarheten anges särskilt i framställningen. Där inte annat anges är de uppgifter som redovisas hämtade från den nationella socialtjänststatistiken (7, 8, 9).

## Andelen äldre med äldreomsorg minskade under 90-talet

I de analyser som Äldreuppdraget tidigare presenterat kring den offentliga äldreomsorgens utveckling, konstateras att andelen personer 65 år och äldre, som erhåller hemtjänst/hemsjukvård eller bistånd i form av särskilt boende fortsatt att minska under 90-talet: från 19 procent år 1993 till 16,9 procent år 1997. Utvecklingen beror främst på en minskad andel äldre med hemtjänst/hemsjukvård. Från och med 1997 kan även spåras en minskning ifråga om det särskilda boendet. År 1997 kan därför betraktas som något av ett trendbrott för den offentliga äldreomsorgen eftersom samtliga valda parametrar tyder på en minskande omfattning. Med *andel personer av äldrebefolkningen som erhöll hjälp* som mått minskade det offentliga åtagandet såväl ifråga om hemtjänst/hemsjukvård som särskilt boende. Detta gäller både bland äldrebefolkningen som helhet (samtliga 65 år och äldre) och bland de allra äldsta (80 år och äldre).

Kompletterande uppgifter från åren 1998–99 är i delar inte jämförbara med uppgifter från föregående år. De mest påtagliga förändringarna, efter den omläggning som gjordes av socialtjänststatistiken 1998, är att personer som enbart har hemsjukvård exkluderats från gruppen med hemtjänst och hemsjukvård samt att personer som vistas på avlösings- och växelvårdsplatser exkluderats/särredovisas från personer med särskilt boende. Bara som en följd av dessa förändringar torde andelen minska med hemtjänst/hemsjukvård respektive särskilt boende, se tabell 3.



**Tabell 3.** Den offentliga äldreomsorgens utveckling under perioden 1993–99 med andel personer som erhåller hjälp som mått.

År	Andel personer 65 år och äldre med			Andel personer 80 år och äldre med		
	Hemtjänst/ hemsjukvård	Särskilt boende	Totalt	Hemtjänst/ hemsjukvård	Särskilt boende	Totalt
1993	9,7	7,9	17,6	23,2	22,5	45,7
1994	9,4	8,4	17,8	22,2	23,2	45,4
1995	8,9	8,4	17,3	20,9	23,2	44,1
1996	8,4	8,2	16,6	19,7	22,4	42,1
1997	8,4	8,5	16,9	19,8	22,8	42,6
1998 a)	8,2	7,7	15,9	19,5	21,0	40,5
1999 b)	8,2	7,5	15,7	19,4	20,2	39,6

a) Ändrat mätdatum från 1 december till 1 november. Beträffande hemtjänst/hemsjukvård ingår fr.o.m. 1998 inte längre personer som enbart har hemsjukvård. Beträffande särskilt boende ingick personer med växelvårds- och avlösningplatser i tidigare års statistik. Tidigare år efterfrågades uppgifter om personer med "beslut om boende i särskilda boendeformer enligt 6 § socialtjänstlagen (SoL)" och personer "som var beviljade social hemhjälp och/eller erhöll hemsjukvård enligt § 6 SoL och § 18 hälso- och sjukvårdslagen (HSL)". Från 1998 efterfrågas uppgifter om personer som är "permanent boende" respektive är "beviljade hjälp i hemmet".

b) Beträffande hemtjänst/hemsjukvård ingår inte personer som enbart har hemsjukvård. Beträffande särskilt boende ingår inte personer med växelvårds- och avlösningplatser.

Från och med 1999 kan uppgifter om andelen personer som enbart har hemsjukvård tillföras uppgiften om andelen personer med hemtjänst, vilket ger en andel om 9,1 procent av befolkningen över 65 år med hemtjänst och/eller hemsjukvård – vilket, vid en ren sifbertolkning, skulle indikera en ökning ifråga om hemtjänst/hemsjukvård. Eftersom uppgifter om personer som enbart har hemsjukvård aldrig tidigare särredovisats i den nationella statistiken kan samtidigt inte bortses från att den ackumulerade ökningen istället förklaras av ett mer noggrant uppgiftslämnande. Från detta år kan även andelen boende i särskilt boende kompletteras med en uppgift om andelen s.k. korttidsvårdade, vilket ger en sammanlagd andel om 9,3 procent av befolkningen över 65 år boende i särskilt boende. Den sistnämnda uppgiften indikerar, vid en ren sifbertolkning, en mycket kraftfull expansion under de senaste två åren. En del av denna ökning förklaras emellertid av att i uppgiften om korttidsvård ingår personer som redan registrerats om boende i särskilt boende samt som personer i ordinärt boende med hemtjänst. På grund av omläggningarna av socialtjänststatistiken går det inte att med säkerhet uttala sig om förändringar efter 1997. För att bedöma trender i utvecklingen efter 1997 erfordras betydligt längre tidsserier än två år.

## Omstruktureringen inom hemtjänsten fortsätter

I tidigare årsrapporter konstateras att den nationella statistiken vittnar om en omstrukturering av hemtjänsten: en minskande andel med (i tid räknat) mindre insatser och en ökande andel med mer omfattande insatser. Under perioden 1992 till 1997 minskade andelen äldre personer med hjälpinsatser 1–9 timmar per månad med ca fyra procentenheter, medan andelen med hjälpinsatser överstigande 50 timmar ökade med närmare sex procentenheter. Denna tendens omtalas ofta i termer av att ”omsorg/omvårdnad prioriteras framför service”.

**Tabell 4.** Förändringar av antalet personer 65 år och äldre som erhåller hjälp i olika timintervall (insatsnivåer), från 1992 till 1997 (mätperiod = november månad resp. år).

Timintervall	Antal 1992	Antal 1997	Skillnad i antal	Relativ skillnad	Förändring av andelen 65 år-w av total fördelning
1–9 tim	74 935	57 651	–17 284	–23 %	–4,3 %
10–25 tim	48 633	38 869	–9 764	–20 %	–3,9 %
26–49 tim	30 599	27 445	–3 154	–10 %	+0,6 %
50–119 tim	26 197	30 024	+3 827	+15 %	+4,6 %
120 tim –	6 489	7 582	+1 093	+17 %	+1,2 %

De måttliga relativa förskjutningarna i den totala fördelningen döljer lätt de omfattande förändringarna med antalet berörda äldre som mått. Närmare 20 000 äldre personer med mer begränsade insatser har lämnat hemtjänsten under femårsperioden. Samtidigt har närmare 5 000 personer tillkommit med mer omfattande insatser.

De uppgifter om hjälptimmar som ovan redovisats avser personer i ordinärt boende samt boende i servicehus och servicelägenheter som var beviljade hemtjänst. Från och med 1998 års statistik redovisas inte längre boende i servicehus och servicelägenheter med hemtjänst tillsammans med personer i ordinärt boende med hemtjänst. Därutöver har justeringar gjorts i timintervallen. Uppgifterna om hjälptimmar från 1998 och framöver är därför inte jämförbara med tidigare år. Det är inte heller möjligt att extrahera hjälptimmar som enbart avser servicehus och servicelägenheter ur den senare statistiken. I tabell 5 särredovisas därför utvecklingen efter 1997 och avser då endast personer som beviljats hemhjälp i ordinärt boende.

**Tabell 5.** Förändringar av antalet och andelen personer 65 år och äldre som erhåller hjälp i olika timintervall (insatsnivåer) från 1998 till 1999 (mätperiod = november månad resp. år).

Timintervall	Antal 1998	Antal 1999	Skillnad i antal	Relativ skillnad	Förändring av andelen 65 år-w av total fördelning a)
1–9 tim	47 985	42 477	–5 508	–11,5 %	–5 %
10–49 tim	50 894	51 817	+923	+1,8 %	+0,8 %
50–119 tim	20 779	19 773	–1 006	–4,8 %	–0,8 %
120–199 tim	3 982	3 739	–243	–6,1 %	–0,2 %
200 tim –	702	749	+47	+6,7 %	±0 %

a) Uppgift saknas om antalet hjälptimmar alternativt att personen var beviljad hjälp men inte erhöll den under november för drygt 5 procent av hjälptagarna under 1999 mot drygt 1 procent under 1998.

Vid jämförelser mellan 1998 och 1999 bör beaktas att bortfallet under 1999 tillför viss osäkerhet. Med tanke på att urvalet är mer begränsat och mätperioden kortare är resultatet något överraskande. Det förefaller snarast som ”omstruktureringen av hemtjänsten” accentuerats ifråga om personer med i tid mer begränsade insatser. En tidsserie om två år får samtidigt betraktas som ett mer bräckligt underlag för att bedöma trender i utvecklingen över tid. Resultatet ger samtidigt inte anledning att revidera bilden av en pågående omstrukturering inom hemtjänsten.

I föregående årsrapport presenterades nya bearbetningar av uppgifterna om hjälpintervall inom hemtjänsten. Dessa visade att totalvolymen varit relativt oförändrad under perioden 1993–1997, även med hänsyn tagen till att antalet äldre ökat. Utifrån ett mer finfördelat mått som hjälptimmar kunde konstateras att det offentliga åtagandet beträffande hemtjänsten, inte minskat utan snarast varit oförändrat under perioden. Förändringarna av statistiken beträffande hjälptimmar från 1998 gör det dock inte möjligt att fortsätta ovannämnda beräkningar. Eftersom det inte finns anledning att anta att omstruktureringen inom hemtjänsten avstannat, utan kanske snarare accentuerats under de senaste två åren, kvarstår samtidigt slutsatsen från 1997 års rapport att *det centrala draget i utvecklingen inom hemtjänsten under 90-talet varit en kraftig omfördelning av resurserna i riktning mot de mest hjälpbehövande.*

## Entreprenaderna fortsätter att öka

I tidigare årsrapporter konstateras att en kraftig expansion skett av entreprenaderna inom äldreomsorgen och av köp av platser inom det särskilda boendet i enskild regi. Expansionen har ägt rum inom såväl hemtjänsten

som det särskilda boendet. Totalt sett erhöll drygt 7 procent av de äldre hjälp från enskilt drivna verksamheter 1997. Omläggningar av den officiella statistiken 1998 försvårar jämförelser med tidigare uppgifter, för 1998 saknas också uppgifter om hemtjänsten. En aktuell kartläggning inom ramen för äldreuppdraget (10), vilken mer ingående redovisas längre fram i denna rapport, visar dock att totalt sett drygt 9 procent erhöll hemtjänst eller särskilt boende från enskilt drivna verksamheter år 1999.

**Tabell 6.** Andelen personer av samtliga som erhåller hjälp i enskild regi under perioden 1993–1999.

År	Hemtjänst	Särskilt boende
1993	3,6	5,4
1994	3,4	7,1
1995	3,9	8,3
1996	3,3	9,3
1997	4,2	10,2
1998	– <sup>a)</sup>	9,8 <sup>b)</sup>
1999	6,0	9,7 <sup>c)</sup>

a) Uppgift saknas om hemtjänst.

b) Mätdatum ändrat från 31 december till 1 november samt exkluderar s.k. avlösings- och växelvårdsplatser.

c) Permanent boende per den 1 november samt personer med korttidsboende under november 1999.

Vid en tillbakablick blir det möjligt att urskilja tre faser i den hittillsvarande utvecklingen av entreprenader. Före 90-talet var entreprenader sparsamt förekommande och avsåg i huvudsak stödtjänster till verksamheten t.ex. städning och fönsterputs. Perioden före 90-talet kan benämnas *tiden före entreprenadernas genombrott*. Under 90-talets första fem år skedde en kraftig expansion av entreprenaderna, vilken också följdes av intensiv massmedial exponering, uppmärksamhet i offentlig debatt, utredningsväsende m.m. Bara under de tre inledande åren fyrfaldigades den privata verksamhetens kostnadsandel av kommunernas totala bruttokostnader för äldre- och handikappomsorg. Perioden kan benämnas *entreprenadernas genombrottsperiod*. Från och med senare delen av 90-talet utgör entreprenaderna en betydande del av äldreomsorgen, också stadd i stabil tillväxt. Entreprenörerna har blivit fler och mer välorganiserade. Politiskt har entreprenader i praktiken fått en bredare acceptans och den offentliga debatten har periodvis mattats. I slutet av 90-talet kan konstateras att det föreligger *en alltmer etablerad mix av offentlig egenregi och entreprenad drift* inom äldreomsorgen.

## Äldreomsorgen i ett nordiskt perspektiv

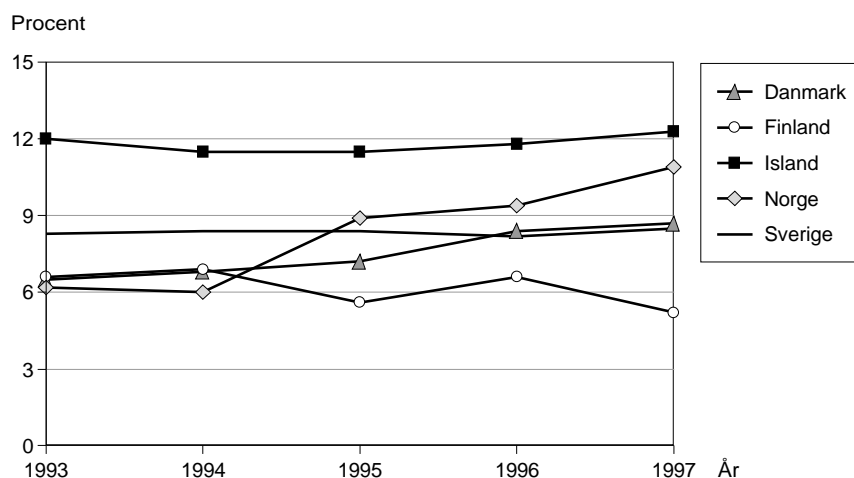
I det följande presenteras en översikt över den svenska äldreomsorgens utveckling under 90-talet jämfört med motsvarande utveckling i de nordiska grannländerna. Uppgifterna avser perioden 1993–1997 och baserar sig på bearbetningar av statistik från Nordiska ministerrådets kommitté för statistik inom det sociala området, NOSOSKO (11). Senare uppgifter än de från 1997 var inte tillgängliga vid tidpunkten för publicering av denna rapport.

Jämförelser mellan olika länder utifrån tillgänglig statistik är inte oproblematiskt. Det finns skillnader mellan länderna som gäller tidpunkter för mätningar och begreppsanvändning. Likaså förändras metoderna för uppgiftsinsamlandet över tid. De uppgifter som presenteras nedan bedöms dock ha tillfredsställande tillförlitlighet vad det gäller att beskriva tendenser inom respektive land. När det gäller jämförelser mellan länderna bedöms tillförlitligheten vara tillräcklig för att i grova drag ange hur länderna förhåller sig till varandra. Av dessa skäl har också översiktliga diagram valts för presentationen nedan, med avsikt att rikta uppmärksamheten mot storheter och tendenser snarare än detaljer och exakthet. Ifråga om de länder som uppvisat större variationer i de tidsserier som erhållits, har respektive lands socialdepartement fått tillfälle att kommentera och justera erhållna uppgifter.

### *Äldre som bor i äldreanpassade bostäder i de nordiska länderna*

När det gäller bostäder/boende som samhället tillhandahåller för äldre beskrivs dessa i NOSOSKOS publikationer i kategorierna institutioner (exemplifierat med sygehjem, alderdomshjem m.m.) eller serviceboende (exemplifierat med servicelejligheter, omsorgsboliger m.m.). Distinktionen baserar sig på en (grov) skattning av vilka behov hos de äldre som boendeformen ska tillgodose. Till sin absoluta huvuddel avser uppgifterna personer som är permanent boende, även om distinktionen mot det som kanske istället borde kategoriseras som korttidsboende inte förefaller helt oomtvistlig (exempelvis vad det gäller långtidsbehandling vid sjukhem i Norge).

Andelen äldre i befolkningen som bor i ”äldreanpassade bostäder”, enligt ovan, framgår av figur 1. Sett över den aktuella tidsperioden har andelen äldre som bor i äldreboende ökat särskilt i Norge. En begränsad ökning finns även i Danmark. I Norge beskriver statistiken närmast en fördubbling (se angivna procenttal). Enligt uppgifter från norska socialdepartementet förklaras dock en del av denna ökning av omläggningar i den norska officiella statistiken. I Finland beskriver statistiken istället en successiv nedgång av andelen äldre i äldreboende.



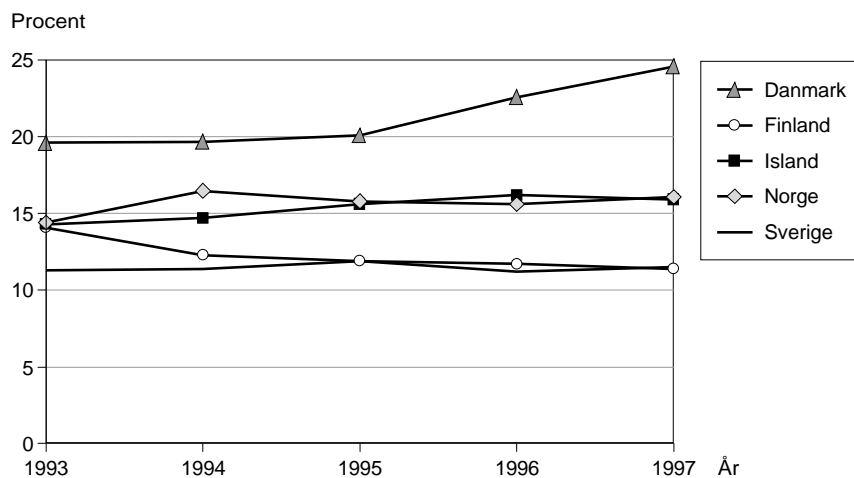
**Figur 1.** Andel 65 år och äldre (procent) av samtliga 65 år-w som var boende i äldreanpassat boende (institutioner och serviceboende) i de nordiska länderna 1993–1997. Uppgifter beträffande Danmark justerade efter uppgifter från danska socialdepartementet i april 2000.

En jämförelse mellan de nordiska länderna tyder på att äldreboendet, med andelen äldre av äldrebefolkningen i detta boende som mått, är mest omfattande i Island och Norge vid slutet av perioden. Lägst omfattning har äldreboendet i Finland.

### Äldre med hemtjänst/hemsjukvård i de nordiska länderna

När det gäller äldre som erhåller hemtjänst och/eller hemsjukvård, figur 2, skapas viss osäkerhet i jämförelser mellan länderna bl.a. på grund av variationer i mätperioder i respektive land (t.ex. användandet av år eller dag). Med reservation för det beskriver dock statistiken en mycket kraftig expansion av andelen äldre som får hemtjänst/hemsjukvård i Danmark under perioden (se procenttal). En relativt kraftig nedgång visar sig däremot i Finland (se procenttal). I de övriga nordiska länderna återfinns jämförelsevis smärre förändringar.

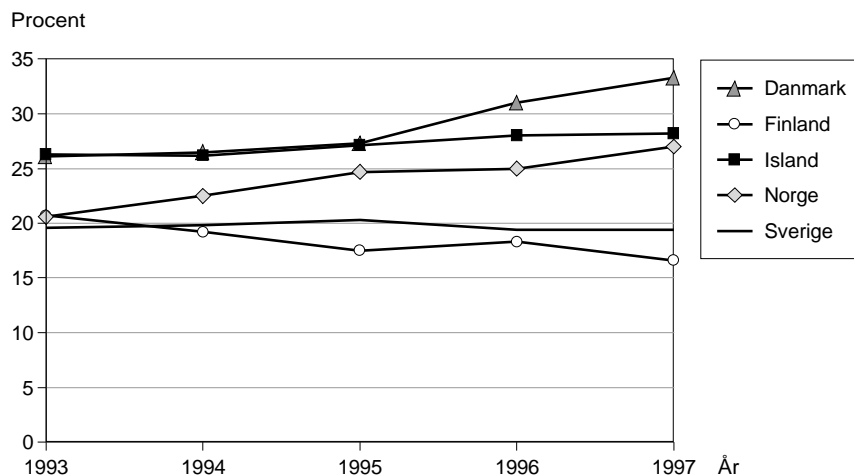
En jämförelse tyder på att hemtjänsten/hemsjukvårdens omfattningen, med andelen äldre av äldrebefolkningen som är mottagare som mått, är i särklass störst i Danmark. I Sverige och Finland är den minst, mindre än hälften av den i Danmark. Medan drygt var 10:e äldre tar emot hemtjänst/hemsjukvård i Sverige och Finland, erhåller istället var 4:e äldre i Danmark sådana tjänster.



**Figur 2.** Andel 65 år och äldre (procent) av samtliga 65 år-w med hemtjänst/hemsjukvård i de nordiska länderna 1993–1997.

### Äldreomsorgens omfattning totalt i de nordiska länderna

Om utvecklingen ifråga om äldreboende och hemtjänst/hemsjukvård ad- deras erhålls en mer komplett bild av äldreomsorgens utveckling i de nordiska länderna, figur 3. Med avseende på utvecklingstendenser är tydligt att äldreomsorgen främst expanderat i Danmark och Norge under den



**Figur 3.** Andel 65 år och äldre (procent) av samtliga 65 år-w med äldreomsorg, boende i äldreanpassat boende (institutioner och serviceboende) och med hemtjänst/hemsjukvård, i de nordiska länderna under 1993–1997.

aktuella femårsperioden. I Danmarks fall motsvaras ökningen av såväl expansion ifråga om äldreboende som hemtjänst. I Norge består ökningen till sin huvuddel av ett mer omfattande äldreboende. Den kraftigaste nedgången i den offentliga äldreomsorgen återfinns under perioden i Finland, med nedgångar ifråga om både äldreboende och hemtjänst/hemsjukvård. Vid jämförelse med utvecklingen i övriga nordiska länder under den aktuella perioden är förändringarna i äldreomsorgens omfattning måttliga i Sverige.

Med avseende på äldreomsorgens omfattning, med andelen äldre av äldrebefolkningen som mottagare som mått, är tydligt att Danmark under hela femårsperioden haft den i särklass mest omfattande äldreomsorgen. År 1997 involverade den var 3:e pensionär. Under perioden följer Island och Norge därefter, med omkring var 4:e pensionär som mottagare av offentlig äldreomsorg år 1997. Äldreomsorgen i Sverige och Finland har minst omfattning i en nordisk jämförelse. År 1997 erhöll mindre än var 5:e respektive 6:e pensionär hemtjänst/hemsjukvård eller äldreboende i de båda länderna.

## Personal inom äldreomsorgen

Den 1 november 1999 arbetade 265 400 i kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade, varav 194 900 hel- och deltidsanställda och 70 500 timanställda. Av dessa arbetade uppskattningsvis 74 procent eller 196 000 inom vård och omsorg till äldre, enligt Svenska Kommunförbundets personalstatistik. Inom landstingen arbetade knappt 260 000 personer 1999, varav ca 230 000 inom hälso- och sjukvården, enligt Landstingsförbundets personalstatistik. Uppskattningsvis 36 procent av dessa arbetade med vård av personer 65 år och äldre (12). Till detta kom ca 20 000 anställda i vård och omsorg (exkl. sjukhemsverksamhet) utförd av privata vård- och omsorgsutförare (bearbetning av uppgifter från SCB). Uppskattningsvis arbetade således sammanlagt ca 360 000 personer år 1999 med vård och omsorg till äldre.

Den genomsnittliga sysselsättningsgraden för månadsavlönade vårdbiträden/undersköterskor och sjuksköterskor i kommunerna är ca 80 procent. Men en stor och växande del av arbetet utförs av timavlönad personal, vilka utför en dryg fjärdedel av arbetet.

Mellan 1991 och 1997 minskade antalet landstingsanställda, exklusive de som övergick till kommunerna i samband med huvudmannaskapsreformerna, med 85 000 varav flertalet var biträdespersonal.

Med hänsyn till den höga andelen tim- och deltidsanställda i kommunal vård och omsorg bör förändringen av personalinsatserna beskrivas i antal utförda årsarbeten, dvs. personalinsats omräknad till heltid. En sådan beräkning visar att personalinsatsen inom kommunernas vård och omsorg till



äldre och funktionshindrade mellan åren 1991 och 1999 ökade med 18 000 årsarbetare (tabell 7). Till detta kom den ökande personalvolymen i privata vårdföretag som på uppdrag av kommunerna utför tjänster. Sammantaget var ökningen mellan åren 1991 och 1999 ca 30 000 årsarbeten, vilket motsvarar en ökning med 18 procent.

**Tabell 7.** Antal årsarbeten inom kommunalt finansierad vård och omsorg till äldre- och funktionshindrade åren 1991, 1995, 1998 och 1999, exklusive effekter av huvudmannaskapsförändringar (1000-tal årsarbeten).

Antal årsarbeten	1991	1995	1998	1999	Förändring 1991–1999
Kommunalt utförande	167	169	173	185	+18
Privat utförande <sup>a)</sup>	2	7	13	14	+12
Totalt	169	176	186	199	+30

a) Uppgifterna avser vård och omsorg till äldre och funktionshindrade, exkl. enheter som benämns sjukhem. Antal årsarbeten har beräknats med utgångspunkt i uppgifter om antal anställda i privat utförd verksamhet. Genomsnittliga sysselsättningsgraden har bedömts vara 70 procent av heltid.

Källa: Svenska Kommunförbundets personalstatistik samt SCB (egen bearbetning).

Samtantaget har landstingens personalvolym minskat under 1990-talet samtidigt som kommunernas ökat, även när vi bortser från effekterna av genomförda huvudmannaskapsförändringar. Mellan 1991 och 1999 ökade personalvolymen inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade med 18 procent utöver tillskott genom huvudmannaskapsförändringar. Den minskade personalvolymen inom landstingen innebär dock att den totala personalinsatsen minskat. Denna minskning ska ses mot bakgrund av att hjälpbehoven ökat under perioden.

## Taxor och avgifter för vård och omsorg

Kommunernas rätt att ta ut avgifter för äldreomsorg regleras sedan 1993 i 35§ socialtjänstlagen. Lagen ger kommunerna stor frihet att utforma taxor efter lokala behov och önskemål. Men kommunen ska bevaka att den enskilde har kvar tillräckliga medel för sina personliga behov (förbehållsbelopp). Genom ett tillägg till lagen som trädde i kraft den 1 januari 1999 ska kommunen då avgiften fastställs också försäkra sig om att omsorgstagarens make eller sambo inte får en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa utvecklingen under 1990-talet och har lämnat fem rapporter till regeringen (13). De visar sammanfattningsvis följande.

### *Växande skillnader – samma vård kostar mycket olika*

Skillnaderna i avgiftsnivå mellan kommunerna har successivt ökat sedan 1993. Det fanns i maj 1999 inte två kommuner med samma avgiftssystem. I maj 1999 skilde det mer än 66 000 kronor per år i hemtjänstavgift mellan en kommun med hög respektive låg avgift. Avgiften för kost och omvårdnad i särskilt boende skilde mer än 13 200 kr per år. Skillnaderna skulle vara än större om man räknade med de mest extrema kommunerna, dvs. de kommuner som hade de 5 procent lägsta och högsta värdena.

Det finns flera förklaringar till att skillnaderna i avgift ökat. En är att andelen kommuner där inkomstens storlek påverkar avgiften ökat. Nio av tio kommuner hade 1999 inkomstrelaterade taxor i ordinarie boende och åtta av tio i särskilt boende. En annan förklaring är att progressiviteten i avgiftssystemet ökat och att taken för den högsta avgift som kommunen tar ut successivt höjts.

### *Skyddet mot för höga avgifter efterlevs inte*

Socialtjänstlagen ålägger kommunerna att bevaka att den äldre har tillräckliga medel för "sina personliga behov, boendekostnad och andra normala levnadskostnader", när äldreomsorgsavgiften är betald. Det görs genom att kommunen lägger fast ett s.k. förbehållsbelopp. I hälften av landets kommuner ligger förbehållsbeloppet mellan 3 275 och 3 640 kronor per månad. Denna nivå motsvarar knappt försörjningsstödsnivån enligt socialtjänstlagen.

Få kommuner har rättat sig efter socialtjänstlagens nya bestämmelse som innebär att kommunerna ska bevaka att "en make/maka/sammanboende inte får oskäligt försämrad situation då den andra parten flyttar till särskilt boende eller på annat sätt har omfattande omsorg". Enligt en rikstäckande enkät i maj 1999 uppger var sjätte kommun att de vidtagit åtgärder med anledning av lagändringen. Ungefär lika många uppger att de planerar åtgärder. Två tredjedelar svarar att de inte vidtagit några åtgärder eller att åtgärder inte behövdes. Vid en granskning av dessa kommuners avgiftssystem visade det sig att många kommuner tillämpar ett avgiftssystem som klart missgynnar den kvarboende maken då den med hög inkomst bor i äldreboendet.

### *Samlade effekter av avgifter för vård och omsorg*

Det finns en grupp äldre som uppger att de avstår från den hemhjälp de anser sig behöva på grund av att de anser hemhjälpavgiften för hög. Det visar SCB:s studie av hushållens inkomster från 1997. Av hushållen 75 år och äldre, som säger sig ha behov av hjälp i hemmet, är det ungefär vart sjätte hushåll som endera avstått eller dragit ned på hjälpen. Andelen har varit relativt konstant under åren 1995–1997.

### *Avgiftsfinansieringsgrad*

Boende- och avgiftsutredningen beräknade avgiftsfinansieringsgraden inom äldreomsorgen till ca 8 procent om hyresintäkter och avgifter för mat medräknas och på 2–4 procent om dessa utesluts. Utredningen bedömde att det endast fanns marginella möjligheter att öka finansieringsgraden under de kommande tio åren. Till grund låg en framskrivning av äldreomsorgstagarnas ålder, civilstånd, kön och inkomst. Socialstyrelsen gör motsvarande bedömning.

## Kostnader för vård och omsorg till äldre

Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre och funktionshindrade har ökat mycket kraftigt under 1990-talet. Från 35 mdkr år 1990 till 83 mdkr 1998. År 1999 beräknas kostnaderna uppgå till mellan 85 och 86 mdkr (1998 års priser). Av nedanstående tabell framgår att kostnadsökningen varit mycket kraftig i samband med huvudmannaskapsreformernas genomförande, i första hand Ädelreformen 1992.

**Tabell 8.** *Kostnader för kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade, 1990–1998. Mdkr. Bruttokostnader. Fastprisberäkning, 1998 års priser.*

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
35,1	36,2	61,6	64,2	66,4	72,5	79,5	78,7	83,3

Källa: Specialbearbetning av räkenskapssammandraget, SCB.

Äldre människors (65 år och äldre) andel av de samlade insatserna beräknas av Svenska Kommunförbundet år 1998 uppgå till 74 procent av de totala kostnaderna för vård och omsorg till äldre och funktionshindrade, dvs. till 61,6 miljarder kronor. En relevant beskrivning av kostnadsutvecklingen för kommunernas insatser till äldre kräver emellertid uppgifter om hur denna andel förändrats över tid, samt uppgifter om kostnadseffekterna av genomförda huvudmannaskapsförändringar. En jämförelse över tid försvåras dessutom av att vissa definitioner i räkenskapssammandraget förändrats under 1990-talet.

Svenska Kommunförbundet (14) har gjort en beräkning av kostnadsutvecklingen för äldreinsatserna mellan 1992 och 1997 omräknat till fasta priser med hänsyn till förändring av nettokonsumentprisindex och löneutvecklingen inom verksamheten. Beräkningen visar en ökning av kostnaderna med 2,6 procent för hela perioden 1992 till 1997. Underhandsuppgifter från Svenska Kommunförbundet visar att kostnadsökningen mellan 1997 och 1998 var ca 2,7 procent. Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre har alltså ökat mycket blygsamt efter Ädelreformen fram till 1997. Mellan 1997 och 1998 ökar emellertid kostnaderna mer påtagligt.

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård har minskat under 1990-talet. Mellan åren 1992 och 1996 minskade kostnaderna, uttryckt i fasta priser, med 7 procent. Fram till 1997 minskade landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, för att under 1998 öka något. En orsak till de minskade kostnaderna är att betydande delar av verksamheten överförts till kommunerna i samband med huvudmannaskapsreformerna, men även successivt under hela perioden till följd av förändringar i vårdstruktur, behandlingsmetoder etc. Under 1990-talet har kostnadsbegreppet<sup>1</sup> i Landstingsförbundets statistik förändrats, varför två överlappande tidsserier presenteras i nedanstående tabell.

**Tabell 9.** Kostnader för landstingens hälso- och sjukvård exkl. tandvård åren 1990–1998. Egen konsumtion resp. nettokostnad. Fastprisberäkning, 1998 års priser. Mdkr.

År	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Egen konsumtion a)	124,5	125,8	107,5	104,2	105,1	102,5	99,9		
Nettokostnad						93,7	92,4	90,0	93,4

a) Kostnad för egen konsumtion = bruttokostnad – externa intäkter – ersättning från andra producenter. Nettokostnad är den kostnad som finansieras av skattemedel och generella statsbidrag (bruttokostnad – bruttointäkter).

Källa: Landstingsförbundet (egen bearbetning).

Den offentliga statistiken möjliggör inte en uppdelning av kostnaderna för hälso- och sjukvård i landstingen efter ålder. Däremot finns sådana uppgifter inom f.d. Malmöhus läns landsting och nuvarande Region Skåne. I Malmöhus läns landsting gick knappt 38 procent av landstingets hälso- och sjukvård till personer 65 år och äldre år 1994 (15). Andelen har minskat till 36 procent år 1998 (12). Före Ädelreformen var andelen ca 50 procent i Malmöhus läns landsting. Äldres andel av hälso- och sjukvårdskonsumtionen i Malmöhus läns landsting har alltså inte ökat trots en kraftig ökning av de riktigt gamla under 1990-talet.

Uppgifter från Socialstyrelsens slutenvårdsstatistik visar att en något högre andel av slutenvården på riksnivå går till personer 65 år och äldre än i f.d. Malmöhus läns landsting. Malmöhusuppgifterna kan därför utgöra en viss underskattning av äldres kostnadsandel på riksnivå.

Sett från befolkningsperspektiv är utvecklingen av de samlade insatserna för landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och om-

1 För åren 1990–1996 redovisas kostnad för egen konsumtion, vilket innebär bruttokostnad minskat med externa intäkter samt ersättning från andra producenter. Från 1995 och framåt redovisas nettokostnader, vilket är den kostnad som finansieras av skattemedel och generella statsbidrag.

sorg till äldre och funktionshindrade mer relevanta än respektive huvudmans kostnader.

**Tabell 10.** Kostnader för landstingens hälso- och sjukvård samt för kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade 1990–1998. Fastprisberäkning, 1998 års priser <sup>a)</sup>. Mdkr.

År	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 <sup>b)</sup>	1998 <sup>b)</sup>
Kostnad	160,7	162,0	169,1	168,4	171,5	175,0	179,4	169,7	176,7

a) Kostnaderna för kommunerna resp. landstingen redovisas på samma sätt som i tabellerna 8 och 9. Observera att uppgifterna för 1997 och 1998 inte är jämförbara med uppgifterna för övriga år.

b) Uppgifterna för 1997 och 1998 är nettokostnader, medan övriga års uppgifter är kostnader för egen konsumtion inom landstingens hälso- och sjukvård.

Källa: Landstingsförbundet samt räkenskapsammandraget SCB, egen bearbetning.

Genom att lägga samman kommunernas och landstingens kostnader neutraliseras effekterna av huvudmannaskapsförändringar, liksom effekterna av successiva förskjutningar av uppgifter mellan huvudmännen. Av tabellen framgår att satsningarna i absoluta tal på landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade trendmässigt ökat under 1990-talet. Ökningen mellan 1990 och 1996 var 11,6 procent, och mellan åren 1997 och 1998 var ökningen drygt 4 procent.

Sammanfattningsvis framkommer att kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade ökat under 1990-talet. Kommunernas kostnader för vård och omsorg till äldre och funktionshindrade har ökat kraftigt, främst pga. att kommunernas ansvar vidgats genom huvudmannaskapsreformer. Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård har samtidigt minskat. En renodling av kommunernas kostnader för insatser till äldre, där effekterna av skatteväxlingen i samband med Ädelreformen räknats bort, visar en blygsam kostnadsökning under perioden 1992 till 1997. Mellan 1997 och 1998 ökade dock kommunernas kostnader för äldre mer påtagligt. För närvarande kan knappt 40 procent av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård hänföras till personer 65 år och äldre. Det är oklart hur denna andel utvecklats under 1990-talet.

### *Sammanfattning*

Andelen äldre med äldreomsorg har minskat något under 90-talet. Det mest centrala draget i utvecklingen är att en kraftfull omfördelning av resurserna till personer med mer omfattande omsorgsbehov har skett. Under 90-talet har entreprenader och köp av platser fortsatt att öka.

Äldreomsorgen i Sverige har genomgått måttliga förändringar jämfört med övriga nordiska länder under perioden 1993–97. Finland utmärker sig med den kraftigaste minskningen av andelen äldre med äldreomsorg, medan andelarna istället ökat framför allt i Danmark och Norge. Under hela perioden har äldreomsorgen störst omfattning i Danmark, Island och Norge.

Beträffande personalutvecklingen inom vård och omsorg under 1990-talet kan konstateras att landstingens personalvolym minskat samtidigt som kommunernas ökat, även med hänsyn tagen till effekterna av genomförda huvudmannaskapsförändringar.

Kostnaderna för kommunernas vård och omsorg till äldre och funktionshindrade samt landstingens hälso- och sjukvård har ökat under 1990-talet. Förändringen av kostnaderna för kommunerna efter Ädelreformen var tämligen måttlig fram till 1997. Därefter tycks dock kostnaderna återigen ha ökat mer påtagligt. För år 1999 förväntas kommunernas totala kostnader för vård och omsorg till äldre och funktionshindrade uppgå till ca 86 mdkr.

Uppföljningen av avgiftssystemen inom äldreomsorgen visar att skillnaderna i avgiftsuttag ökat mellan kommunerna, att avgiftssystemen ger höga margineffekter, att vissa äldre betalar oskäligt höga avgifter och att kommunernas skydd mot att äldre får betala höga avgifter (förbehållsbelopp) är dåligt utvecklat. Den nya lagstiftningen, som ska garantera att den kvarboende parten inte får en oskäligt försämrad ekonomisk situation då den andra parten flyttar till särskilt boende, har fått dåligt genomslag.

# Brukarinflytande och brukarnas syn på äldreomsorgen

Frågan om de äldres inflytande inom äldreomsorgen har under senare år kommit att i stigande grad stå i förgrunden. Det finns en bred politisk enighet om att detta är en angelägen målsättning. Likaså ökar kraven på äldreomsorgen direkt och indirekt från de anhöriga. Till detta kan läggas hur dessa frågor kommit att bli ett återkommande tema i samhällsdebatten i stort. Mot bland annat den bakgrunden har Äldreuppdraget initierat flera studier på temat ”brukarinflytande och konsumentmakt inom äldreomsorgen”.

## Brukarinflytande och konsumentmakt

1997 initierades en litteraturstudie med undertiteln ”en diskuterande översikt”, i samarbete med statsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet (16). I studien diskuterades möjligheten till inflytande på olika nivåer i kontakten mellan den enskilde brukaren och samhället och den offentliga vården. De påverkansnivåer som identifierades var den nationella (riksdag och regering), den kommunala (fullmäktige), den institutionella (styrelser eller samrådsgrupper) och vardagsnivån (i mötet med personalen).

Av studien framgick att brukarinflytande definierats av statsmakterna i kollektiva termer. Det är de som *tillsammans* nyttjar en viss offentlig verksamhet som har att utöva inflytande, i normalfallet genom att utse representanter. Den typ av frågor som brukarna ska befatta sig med i detta sammanhang rör *gemensamma* angelägenheter. När enskilda brukare på olika sätt försöker påverka sin situation handlar det enligt denna definition således inte om brukarinflytande. I studien utpekades dock den senare, då de enskilda brukarna i vardagen möter vårdpersonalen, som den allra vanligaste formen för inflytande. Det kan gälla frågor av större eller mindre vikt, och det kan även gälla frågor som berör fler brukare än den som försöker påverka.

På två punkter menade studiens upphovsman att ett nytänkande bör bli aktuellt, om statsmakterna verkligen eftersträvar ett ökat brukarinflytande inom den offentliga äldreomsorgen. För det första framstår någon form av företräderskap som en framkomlig väg för att åstadkomma s.k. *empower-*

*ment* (engelska: ungefär ”ge makt”) hos dessa brukare, som i många fall inte själva har förmåga att tillvarata sina intressen och rättigheter. De undersökningar som gjorts visar entydigt att äldreomsorgen i motsats till andra offentliga serviceområden innehåller särskilda problem och tröskel-effekter som underminerar brukarinflytandets potentiella tillämpning. För det andra behöver besvärsinstitutet utvecklas. Det bättrar föga att ge de äldre rättigheter om man inte samtidigt – på ett tillfredsställande sätt – informerar dem om de beslut som fattas, och om dessa går dem emot, informerar om möjligheter att överklaga (samt även är behjälplig i denna process). Överklagandestatistiken ger en tydlig indikation om att informationsarbetet behöver förbättras. Därmed ger den också ytterligare belysning åt frågan om företrädskap.

## Brukarinflytande sett ur ett kommunalt ledningsperspektiv

För att belysa aktuella idéer, former och diskussioner som rör brukarinflytande inom äldreomsorgen – ur ett kommunalt ledningsperspektiv – initierade Äldreuppdraget en studie med hjälp av Dalarnas Forskningsråd under 1998 (17). Några övergripande frågor var: Ges brukare möjlighet att utöva inflytande och i så fall på vilket sätt? Är brukarinflytande en aktuell fråga och hur diskuterar man i så fall kring detta?

Utifrån intervjuer med kommunal ledningspersonal konstruerades en modell för olika typer av brukarinflytande. I den skildes mellan representativt respektive direkt brukarinflytande – varav det senare delades in i formellt och informellt inflytande – samt om frågan som inflytandet gäller var av individuell eller kollektiv art. Dessutom diskuterades olika grader av brukarinflytande, där det mest omfattande brukarinflytandet var beslutande och det mest avgränsade var rådgivande. En diskussion fördes också kring beslutsutrymmet eller brukarinflytandets omfattning, dvs. i vilka frågor brukarna har möjlighet att påverka.

Graden av brukarinflytande var begränsad i de kommuner som studerades. Oftast var det rådgivande, även om det ibland kunde vara medbestämmande. Endast undantagsvis var det fråga om en beslutanderätt. Även omfattningen av brukarinflytandet var begränsad, vanligtvis handlade det om mat, aktiviteter och/eller fysisk miljö, medan utförandet av omsorgen inte omfattades.

Studien visade att i samtliga kommuner förekom det olika typer av brukarinflytande, men förutsättningarna för brukarinflytande var totalt sett begränsade. Trots att respekt för människors självbestämmande och integritet sedan länge finns inskrivet i socialtjänstlagen pekade studien sammantaget mot att kommunerna inte kommit särskilt långt med att realisera det på ett formaliserat sätt, särskilt inte för de hemmaboende brukarna. I några av kommunerna beskrevs frågan som mycket aktuell, men i de flesta



pågick varken någon diskussion eller något utvecklingsarbete kring detta. Brukarinflytande hade samtidigt beröring med andra frågor som var aktuella i kommunerna, t.ex. kvalitetssäkring, etik, bemötande och information, men diskuterades sällan i termer av brukarinflytande.

## Från beslut till praktik

Mot bakgrund av de ovan presenterade studierna kom Äldreuppdraget att orientera uppmärksamheten mot den enskildes möjligheter till inflytande i mötet med äldreomsorgen, eller det som ovan omtalas som de formella och informella direkta påverkansmöjligheterna. I ett första steg bedömdes det motiverat med en studie av processen, från biståndsbeslut till praktik sett ur den enskildes perspektiv. Studien genomfördes i samarbete med Socialtjänstens Forskningsenhet Sundsvall-Timrå (SoFo-Mitt).

Centrala frågeställningar var

1. om det av det biståndsbeslut som meddelas den enskilde tydligt framgår vilken hjälp hon/han ska få
2. om den hjälp som meddelats i biståndsbeslutet verkställs i praktiken.

Att det beviljade biståndet tydligt framgår av beslutet är av grundläggande betydelse för den enskildes möjligheter att använda sig av rätten till förvaltningsbesvär, dvs. rätten att låta en förvaltningsdomstol granska och eventuellt ompröva beslutet. Med ett otydligt besked äventyras naturligtvis möjligheten för den enskilde att bilda sig en uppfattning om hon/han får den hjälp hon/han efterfrågat eller om vissa efterfrågade hjälpinsatser kommer att utebli. Eftersom den enskildes rätt att överklaga är knuten till beslutet – inte till verkställigheten – är förhållandet av stor vikt. Några formella besvärmöjligheter finns nämligen inte för den enskilde när det gäller verkställigheten – det faktiska handlandet. Att så är fallet hänger delvis samman med att beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen omedelbart ska verkställas (73 § SoL). Att verkställigheten inträder först då beslutet ”vinner laga kraft” ska därför göra undantag snarare än regel. Som regelverket är utformat förutsätts en omedelbar överensstämmelse mellan beslut och verkställighet. Om denna överensstämmelse mellan beslut och verkställighet (praktik) verkligen föreligger, sett ur den enskildes perspektiv, utgör den andra frågeställningen. Praktiken torde för de allra flesta äldre utgöra den centrala bekräftelsen på att de får, eller inte får, den hjälp de efterfrågat. Ifråga om verkställigheten finns dock inte samma formella påverkansmöjligheter.

Den studie som genomfördes av SoFo-Mitt (18) inleddes med en pilotstudie i tre större kommuner där samtliga handläggares fem senaste biståndsbeslut granskades. Urvalet begränsades till beslut rörande hemtjänst. Fokus var på detaljeringsgraden i besluten. Framgick vilka insatser den enskilde skulle få, hur ofta dessa skulle ges samt med vilken omfatt-

ning (i tid) som den enskilde skulle erhålla dessa insatser? Pilotstudien indikerade brister, i varierande grad, med avseende på samtliga av ovan nämnda aspekter. Studien utvidgades därför till ett större antal kommuner för att få ett bredare underlag för bedömning av tydligheten i biståndsbesluten. Sammanlagt kom 29 kommuner geografiskt spridda över landet och med olika storlek att ingå i studien. Hälften av dessa kommuner hade separerat handläggarfunktionen från utförarsidan, dvs. hade s.k. specialiserade handläggare. Hälften av kommunerna arbetade istället med en sammanhållen traditionell handläggarfunktion med ansvar för såväl biståndsbedömning som utförande.

Granskningen av tydlighet i biståndsbesluten grundade sig på *all den skriftliga dokumentation som den enskilde erhöll tillsammans med beslutet* – i studien samlat under benämningen ”beslutsdokument”. Granskningen begränsade sig därför inte enbart till det dokument som innehöll själva beslutsformuleringen. Forskarna tillämpade ett ”generöst förhållningssätt” vid bedömning av tydligheten i biståndsbesluten, i bemärkelsen att ett otydligt beslut kan kompenseras av formuleringar som exempelvis återfinns i utredningsdelen av dokumentationen.

Granskningen av totalt 1 190 beslut gav följande resultat:

- I drygt tre fjärdedelar (76 procent) av alla beslutsdokument hade samtliga *hjälpinsatser* preciserats i besluten. De specialiserade handläggarna och handläggare i större kommuner, hade i något högre grad specificerat hjälpinsatserna i jämförelse med integrerade handläggare och handläggare i mindre kommuner.
- Knappt hälften av alla beslutsdokument innehöll information om *hur ofta* hjälpen skulle ges. De specialiserade handläggarna hade i något högre grad angivit hjälpens omfattning i besluten.
- Hur mycket *hjälp* som beviljats framgick ytterst sällan av beslutsdokumenten. Uppgifter om hjälptid förekom i det närmaste endast i en av kommunerna där tid angavs i form av totaltid och antal timmar per månad.
- Cirka 70 procent av dokumenten bedömdes vara acceptabla med avseende på *läsbarhet* och lättbegriplighet, 30 procent av beslutsdokumenten bedömdes därmed som svårlästa och svårbegripliga.
- Hur stor *avgift* som hjälptagaren ska betala framgick nästan aldrig av beslutsdokumenten. Endast i 3 procent av dokumenten informerades om avgiftens storlek.
- *Den enskildes ansökan* var endast dokumenterad i 70 procent av beslutsdokumenten. I 30 procent framgick därmed inte vilken hjälp den enskilde ansökt om. Endast 3 procent av beslutsdokumenten innehöll ett avslag i någon form.

Utöver granskningen av biståndsbeslutet gjordes ett försök att jämföra beskedet om hjälp enligt biståndsbeslutet med den enskildes bild av den hjälp som hon/han erhöll. Denna studie begränsade sig till beslut av vilka det åtminstone framgick vilka insatser den enskilde beviljats. Det bedömdes samtidigt inte möjligt att följa upp beslutet ur andra aspekter, t.ex. hur ofta hjälpen gavs, på grund av bristen på information. Undersökningen genomfördes bland ett slumpmässigt urval hjälptagare i de tre större kommuner som ingick i den tidigare nämnda pilotstudien och omfattade 111 hjälptagare. Resultatet kan sammanfattas i följande punkter:

- 56 procent av hjälptagarna upplever att de får exakt den utlovade hjälpen. 22 procent har dessutom fått hjälp med ytterligare insatser utan att det finns något beslut. Sammanlagt får därför 78 procent av hjälptagarna den utlovade hjälpen inklusive de som dessutom får ytterligare insatser. 10 procent har däremot inte fått alla insatser som utlovats, utan att det förklaras av att de själva av sagt sig dessa insatser.
- Städning är den klart vanligaste beslutade insatsen och också den insats som bäst överensstämmer med beslutet. Dessutom får ytterligare personer hjälp med städning trots att det saknas beslut om detta. Det förefaller som insatser av praktisk karaktär har en högre grad av överensstämmelse när beslut jämförs med upplevd hjälp, än insatser som rör olika former av personlig omvårdnad och då främst assistans vid måltider, s.k. tillsyn och hjälp med dusch.

Sammantaget tillför ovannämnda studie främst ett underlag för att bedöma tydligheten i de biståndsbeslut som meddelas inom äldreomsorgen. Resultatet är anmärkningsvärt ställt mot grundläggande bestämmelser i förvaltningslagen. Av dessa framgår bland annat att det bör framgå av biståndsbeslutet vad den enskilde beviljats. I fråga om den sistnämnda delstudien, som fokuserar överensstämmelsen mellan beslut och verkställighet, är underlaget mer begränsat, bland annat som en följd av brister i dokumentationen av biståndsbeslut. Resultatet tyder inte heller på att enskilda, i större skala, inte får den hjälp som de beviljats.

Här kan tilläggas att länsstyrelserna i en följd av år påtalat allvarliga brister i socialtjänstens sätt att utreda och fatta beslut om enskilda människors behov och insatser (19).

## Det representativa brukarinflytandet

Under våren 2000 tog Äldreuppdraget initiativ till en studie med syfte att belysa pensionärsrådets möjligheter och svårigheter till inflytande över frågor som berör äldres situation inom såväl kommuner som landsting. Därtill ingick att ge en bild av hur det representativa brukarinflytandet gestaltar sig i de nordiska grannländerna (20).

I studien inhämtades uppgifter från olika källor: historiska och aktuella beskrivningar av pensionärsrådets roll och funktion, två tidigare enkäter (1988 och 1997) ställda till de lokala pensionärsråden (KPR och LPR), genom intervjuer med lokala företrädare för KPR och LPR och genom kontakter med de nordiska grannländerna.

Av resultaten från enkäten 1988 framgår att knappt hälften av pensionärsråden ansåg att dessa fungerade tillfredsställande och tre fjärdedelar hävdade att de kommunala pensionärsråden inte hade tillräckligt inflytande. Även i 1997 års enkät ansåg mindre än hälften att KPR fungerade bra och hade tillräckligt inflytande. Genomgående tycks dock landstingens pensionärsråd fungera bättre än de kommunala, detta framkom också i de intervjuer som genomfördes våren 2000.

I Danmark och Norge finns sedan början på 90-talet en tvingande lagstiftning om pensionärsråd, där samråd ska ske med pensionärsföreträdare i alla frågor av större vikt som berör äldre. I Danmark är alla personer 60 år och äldre som är bosatta inom kommunen/landstinget valbara och utgör också valmanskåren. I Norge nomineras pensionärsledamöterna av pensionärsorganisationerna. Enligt det material som ställts till förfogande tycks pensionärsråden i Danmark fungera något bättre än i Norge. Av den rapport som Statens Eldreråd ställt samman framgår att klagomålen i stort sett är de samma som de som framförts av svenska pensionärer: ärenden kommer för sent, dålig kontakt med tjänstemännen i förvaltningarna och Eldreråden blir inte tagna på allvar. I Finland pågår f.n. en uppbyggnad av pensionärsråd, framför allt i större städer och i svenskbygder.

Även i Sverige förs en diskussion om lagstiftning och företrädare för de fem fria pensionärsförbunden förordar en liknande lagstiftning som den i Danmark och Norge.

## Vad anser brukarna om äldreomsorgen?

Undersökningar kring brukarnas upplevelser av kvaliteten i äldreomsorgen har blivit vanligare under senare år. Rikstäckande undersökningar av brukarnas omdömen finns inte att tillgå, med undantag för vissa uppgifter från den ULF-undersökning bland äldre som redovisades i föregående kapitel (4). Däremot finns flera regionala och lokala studier. Få ansatser finns dock till sammanställningar och sammanvägning av resultatet från flera brukarundersökningar. En sådan är dock den som gjordes i en litteraturstudie från Svenska Kommunförbundet 1998 (21). I det arbetet redovisas en genomgång av ett tiotal brukarundersökningar genomförda under 90-talet. Med vissa reservationer skriver författarna att sammantaget tyder undersökningarna på att brukarna, allmänt sett, till stor del är nöjda med äldreomsorgen. Här konstateras också att det nästan uteslutande är personalen som får det högsta betyget samt att det ofta gäller personalens

bemötande. I flera studier framkommer dock missnöje riktat mot specifika förhållanden, främst utrymmet för samvaro och promenader/ledsagning samt stressad personal och ökade avgifter. I de fall brukarundersökningarna försökt fånga förändringar över tid är det, enligt författarna, i flera fall svårt att avläsa entydiga förändringar. Författarna menar dock att försämringar verkar överväga i de aktuella studierna. De försämringar som brukarna främst nämner gäller att personalen har blivit mer stressad, det har blivit dyrare att få hemtjänst och bo i äldreboende, bristande personkontinuitet, personalen kommer inte på önskad tid och omfattningen av hjälpen har minskat.

Under 1999 genomfördes en totalundersökning av brukarnas omdömen om kvalitet i vård och omsorg i fyra större sydsvenska kommuner: Halmstad, Kristianstad, Växjö och Kalmar (22). Studien ger i vissa avseenden stöd för det som kommit fram i den sammanställning som nämnts ovan. Även här ges personalens bemötande höga betyg, likaså värderas de "personorienterade kvaliteterna" högt då de äldre rangordnar olika kvalitetsaspekter på omsorgen. I denna studie kan också brukarnas allmänna omdöme om hemtjänsten sammanfattas som "bra", ifråga om det särskilda boendet blir det allmänna omdömet dock snarare "acceptabelt". I studien framkommer missnöje inom hemtjänsten angående: möjligheterna till flexibilitet i hjälpinsatserna (att tillfälligt få hjälp med något annat eller vid andra tider), att kunna påverka hur hjälpen utförs, personkontinuiteten och möjligheterna att lätt kunna nå personalen per telefon. När det gäller det särskilda boendet framkommer också missnöje ifråga om flexibilitet och möjligheterna att kunna påverka hur hjälpen utförs. Därutöver framkom missnöje ifråga om utbudet på aktiviteter och personalens tid för social samvaro. När det gäller brister i äldreomsorgen, sett ur ett brukarperspektiv, kan undersökningsresultatet sammantaget sägas indikera bristande individanpassning av hjälpen och en överlag något för regelstyrd verksamhet, i mycket präglad av rutin.

Under senare år har också Pensionärernas Riksorganisation (PRO) genomfört riksomfattande granskningar av äldreomsorgen, s.k. syneförättningar, där medlemmar intervjuat äldre med äldreomsorg (23, 24). Under 1998 besöktes 3745 boendeenheter i form av servicehus, ålderdomshem, gruppboenden och sjukhem. I anslutning till undersökningen uttalade PRO bland annat att det skett en förbättring av boendestandarden, men att ytterligare förbättringar krävs t.ex. vad det gäller sjukhemmen. Som en stor brist nämndes att "kontrollen av syn, hörsel, tänder och vikt inte är ordnad på ett godtagbart sätt i många enheter". Likaså uttalades att det brister vad det gäller de äldres möjligheter till inflytande över sitt boende, bland annat via s.k. förtroenderåd, vilket saknades vid 60 procent av de besökta enheterna. Som en slutsats från studien uttalades också att "personalen inom äldreomsorgen trots en pressad arbetssituation gör mycket

stora insatser för de äldres välbefinnande”. Det kan noteras att av undersökningen framgick att fyra av fem intervjuare skulle kunna tänka sig att flytta till den enhet de besökte. Under 1999 genomfördes en liknande undersökning riktad mot äldre med hemtjänst. Preliminära uppgifter från denna undersökning tyder på brister som gäller möjligheterna för äldre att få hjälp med utevistelser och promenader. Ensamhet bland äldre är också ett område som uppmärksammas i undersökningen.

### *Sammanfattning*

Brukarinflytande inom äldreomsorgen definieras i kollektiva termer av statsmakterna. När enskilda brukare försöker påverka sin situation handlar det enligt denna definition inte om brukarinflytande.

De äldres inflytande är begränsat i många kommuner. Ofta handlar det mer om rådgivning än om att kollektivt eller individuellt få vara med och påverka.

När det gäller enskildas möjligheter att tillvarata sina rättigheter inom äldreomsorgen, är biståndsbeslutens innehåll och utformning av central betydelse. En granskning av biståndsbeslut visar att det i omkring en fjärdedel av besluten inte går att utläsa vilka insatser den enskilde beviljats. I mer än hälften framgår inte hur ofta hjälpen ska ges och endast undantagsvis finns uppgifter om hjälpens omfattning i tid. Ungefär en tredjedel av beslutsinformationen var svårbegriplig.

Huvuddelen av hjälptagarna får den hjälp de har beviljats. För omkring en tiondel av hjälptagarna konstaterades att vissa hjälpsatser aldrig utfördes.

Undersökningar kring de äldres upplevelser av kvaliteten i äldreomsorgen har blivit vanligare under senare år. Genomgående är att personalens bemötande ges ett högt betyg. Missnöje framkommer riktat mot specifika förhållanden, främst utrymmet för samvaro och promenader/ledsagning samt mot stressad personal och ökade avgifter.

Pensionärernas riksorganisation har under 1998 och 1999 låtit sina medlemmar intervjua äldre i särskilt boende och med hemtjänst. Mot bakgrund av undersökningen inom boendet efterlyses bland annat förbättringar av boendestandard i sjukhemmen, bättre kontroller av syn, hörsel, tänder och vikt samt förbättrade inflytandemöjligheter. När det gäller hemtjänsten står bristande möjligheter till utevistelser och äldres ensamhet i fokus för uppmärksamheten.

# Hemmet som vårdplats

Under 1990-talet har det blivit allt vanligare att personer med omfattande behov av vård och omsorg vårdas i det egna hemmet. Hemvården, dvs. social service och omsorg samt hälso- och sjukvård i det egna hemmet (ordinärt boende), spänner över ett brett verksamhetsområde. Det kan vara allt från hjälp med städning någon gång per månad till högspecialiserad sjukvård flera gånger under dygnet samt vård i livets slut.

Den moderna sjukvårdens behandlingsmetoder och korta vårdtider har medfört fler vårdkrävande äldre för hemtjänst och primärvård eftersom allt fler mycket gamla och sköra – ofta också multisjuka – får fortsatt vård i hemmet. Konsekvensen har blivit ett ökat behov av medicinsk bedömningskompetens och handlingsberedskap i hemvården, vilket under 1990-talet varit svårt att uppfylla. Verksamheten kan karaktäriseras som en ”färskvare med begränsad hållbarhet” eftersom vårdbehov och förutsättningar kan förändras snabbt. För att såväl den nationella som lokalt eftersträfvade individuella kvaliteten på vården i hemmet ska kunna uppnås och kontinuerligt upprätthållas, måste det finnas en väl anpassad handlingsberedskap i form av ändamålsenlig organisation, planering, administrativa rutiner och personalkompetens samt välgrundad kunskap om hemvårdens vårdtagare, dess innehåll och resultat.

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för hemvården. Sedan Ädelreformen har det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret ökat. Omkring hälften av kommunerna har i varierande grad genom avtal övertagit detta upp t.o.m. sjuksköterskenivån. Vad beträffar läkarinsatser är dessa fortfarande knutna till landstingsorganisationen. I den kommunala hemvården utförs dock arbetet i stor utsträckning av vårdbiträden. Ungefär hälften saknar vårdutbildning – trots att de har en självständigare roll gentemot hjälptagarna än inom landstingens hälso- och sjukvård.

## Förändrade förutsättningar

De demografiska förändringarna med fler äldre-äldre (80 år och äldre), kvarboendepincipen och det kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom slutenvård, har präglat hemvården sedan Ädelreformen genomfördes 1992. Under 1990-talet har medelvårdtiderna inom slutenvården kontinuerligt minskat, främst inom psykiatri och geriatrik, se tabell 11. Lokala variationer finns givetvis mellan olika sjukhus. I början av 1900-talet förekom inom psykiatrin vårdtider fram till dödsfall,

vilket bör beaktas i tolkningen av statistikuppgifterna. Även inom geriatriken var vårdtiderna mycket långvariga. Detta är förklaringen till den dramatiska förändringen inom dessa vårdgrenar. I dag sker vården i mer öppna vårdformer.

**Tabell 11.** Medelvårdtid uttryckt i dagar för äldre kvinnor och män samt för alla patienter inom olika vårdgrenar vid sjukhus åren 1990, 1993 och 1998.

Åldersgrupp	1990		1993		1998	
	Kv	Män	Kv	Män	Kv	Män
<i>Medicin</i>						
65–79 år	9,4	8,5	7,5	6,8	6,2	6,0
80 år –	12,4	10,5	8,5	7,9	6,9	6,7
Samtliga åldrar	7,5		6,2		5,4	
<i>Kirurgi</i>						
65–79 år	8,9	7,7	7,3	6,5	6,3	6,0
80 år –	11,6	9,4	8,3	7,2	6,9	6,3
Samtliga åldrar	5,9		5,0		4,6	
<i>Psykiatri</i>						
65–79 år	121,2	120,5	43,0	48,0	34,5	46,5
80 år –	279,2	272,5	73,9	99,5	63,6	56,6
Samtliga åldrar	56,3		29,9		27,6	
<i>Geriatrik</i>						
65–79 år	98,1	77,8	40,7	40,2	18,4	18,2
80 år –	226,3	130,8	35,6	44,0	18,3	17,4
Samtliga åldrar	133,4		42,9		18,06	

Källa: Uppgifterna bygger på bearbetning av Socialstyrelsens patientstatistik för resp. år.

Antalet platser för vård vid sjukhus har minskat dramatiskt under 1990-talet. I samband med Ädelreformen överfördes de s.k. långvårdsplatserna från landstingen till kommunernas vårdformer, varför det inte går att jämföra tiden före och efter reformen vad gäller geriatrik. Psykiatrireformen ett år senare har haft motsvarande effekt på statistiken. I tabell 12 redovisas ändå en översikt från och med 1990. Den visar att samtliga vårdgrenar kraftigt minskat. Minskningen av slutenvårdsplatser tycks ha avstannat inom medicin/kirurgi efter 1997, medan slutenvårdsplatser inom psykiatri och geriatrik visar på fortsatt minskning, liksom platserna inom gruppen Övrigt (s.k. tekniska platser i form av intagning, olika udda specialiteter). Det visar en alltmer ”slimmad” och koncentrerad slutenvård.



**Tabell 12.** Antalet sjukhusplatser inom olika vårdgrenar 1990–1993, 1997 och 1998 och minskningen angivet i procent.

Vårdgren vid sjukhus	1990	1991	1992	1993	1997	1998	Procentuell förändring 1990–1998	Procentuell förändring 1997–1998
Medicin/kirurgi	33 503	31 912	29 794	27 874	22 352	21 018	-37	+1
Psykiatri	14 533	12 960	11 846	10 865	6 267	5 872	-59	-6
Geriatrisk	11 694	10 011	7 983	6 529	3 707	3 627	-69	-2
Övrigt	3 214	3 010	2 961	2 654	2 292	1 160	-64	-25
<b>Totalt</b>	<b>62 854</b>	<b>57 893</b>	<b>52 584</b>	<b>47 922</b>	<b>34 618</b>	<b>31 677</b>	<b>-50</b>	<b>-8</b>

Källa: Uppgifterna bygger på bearbetning av Landstingsförbundets statistik och Socialstyrelsens basårsstatistik för resp. år.

Landstingsförbundet har följt utvecklingen av medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk vård som väntar på annan vårdform (25). Alltsedan det kommunala betalningsansvaret infördes har andelen sjunkit. År 1992 utgjorde den 9,8 procent av de inskrivna patienterna. I maj 1999 utgjorde den 6,6 procent av samtliga inlagda patienter. Nära 80 procent var anmälda till kommunens vård- och omsorg, 15 procent väntade på annan landstingsvård. Andelen patienter som varit färdigbehandlade mer än en vecka har också minskat – från 56 procent 1992 till 30 procent 1999. Även om enstaka i yngre åldrar förekommer, är den helt övervägande delen färdigbehandlade patienter äldre-äldre personer med fortsatta behov av ADL-insatser.

Som framgått i föregående kapitel har såväl det totala antalet personer som andelen personer 65 år och äldre med kommunal hemtjänst i eget hem minskat sedan 1993. Kommunal hemtjänst och/eller hemsjukvård kvälls- och natttid finns i den nationella statistiken rapporterad för 1997, däremot inte senare. Närmare 59 000 personer fick då hjälp kvälls- och/eller natttid. Nästan tre av tio personer (28 procent) som fick hemvård fick hjälp varje kväll och/eller natt. Den andelen har ökat sedan 1993. Då fick något mer än två av tio varje kväll och/eller natt (22 procent). Ett betydligt mindre antal personer – ca 7 700 – fick hjälp endast några kvällar och/eller nätter (26).

### *De flesta vill vårdas i det egna hemmet – men tillräckligt kunskapsunderlag saknas*

Flera studier visar att de allra flesta människor vill ha tillgång till hemsjukvård även vid svåra och vårdkrävande tillstånd, under förutsättning att vården är likvärdig den som ges på sjukhus (27). Samtidigt visar andra studier att systemet för att vårda gamla, i vissa fall svårt sjuka människor, i det egna hemmet inte är tillfredsställande. I en utvärdering 1999 av nattpatrullernas arbete i Jönköping framkom bristfällig och otydligt ledning i form av dubbelt ledarskap (28). Vårdbiträdena fick information om vårdtagarna av distriktssköterska eller kommunsjuksköterska samtidigt som det var enhetschefen som tog besluten om omvårdande och omsorgsinsatser. Liknande förhållande framkom i en riksrepresentativ studie av vård och omsorg kvällar och nätter som Socialstyrelsen genomfört inom ramen för Äldreuppdraget (26).

Vård i hemmet är en kunskapsmässig gråzon som hittills huvudsakligen definierats och redovisats efter organisationsform, konsumtion och personalens bakgrund snarare än vårdtagarnas behov. Hemvårdens teorigrund är närmast obefintligt. Det kan förklara bristen på allmänt accepterade bärande begrepp och termer inom praktikfältet och för dokumentation och statistik. Det kan också vara en av orsakerna till bristen på jämförbara svenska valida och tillförlitliga forskningsresultat, vilket konstaterats i olika rapporter (26, 29). I en litteraturstudie över avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering som genomfördes av Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999, drogs slutsatsen att det inte finns kunskapsunderlag för att vård i hemmet skulle medföra vare sig lägre eller högre kostnad eller högre kvalitet i vårdens innehåll än andra alternativ (30).

Det är i dagsläget inte möjligt att närmare beskriva – eller följa utvecklingen över tid – på grundval av nationellt jämförbar statistik från hemvård i form av variabler med inriktning mot organisation, individuella behov, åtgärder, klientunderlag, kostnader, personalkompetens. Tvärsnittundersökningar fångar visserligen upp vissa förändringar över tid, men nationell översikt blir inte belyst. Därför är möjligheten att använda avidentifierad vardagsdokumentation och vidhängande etiska problem en viktig fråga för den framtida nationella statistiken, liksom forskning och utveckling inom tillämpad hemvård samt utveckling av hemvårdens teoretiska grund och begreppsapparat.

### *Distriktssköterskans roll i hemvården*

Vård i hemmet är nära förknippad med distriktssköterskans historia (31). Bland dagens distriktssköterskor hävdas att den basala och avancerade hemsjukvården inte skiljer sig mycket från den som bedrivits sedan lång tid tillbaka. Det som bedöms som nytt är organisationsstrukturen och aktörerna (32).

Distriktssköterskornas insatser tycks ha ökat betydligt under senare år – speciellt i åldersgruppen 75 år och över – vilket framgår av tabell 13. Där visas en stor förändring av andelen äldre som under en tremånadsperiod haft hjälp av distriktssköterska, respektive besökt eller haft telefonkontakt med läkare i primärvården. Även kontakten med läkare visar en tendens till ökning. I Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets projekt om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg för äldre påpekas att det är svårt att få fram uppgifter om läkares hembesök (33). Arbets-terapeuter gör hembesök i samband med bostadsanpassning, men dessa besök finns ingen nationell uppgift om, inte heller för sjukgymnaster.

**Tabell 13.** Andel (%) personer som under en tremånadsperiod haft kontakt med den öppna vården 1988 och 1997 genom hjälp av distriktssköterska respektive besökt eller haft telefonkontakt med läkare.

	Distriktssköterska		Läkare	
	1988	1997	1988	1997
<i>65–74 år</i>				
Kvinnor	4,6	14,3	49,0	50,4
Män	3,4	14,1	46,4	54,4
<i>75–84 år</i>				
Kvinnor	5,1	24,4	56,6	63,1
Män	3,6	18,9	54,4	63,5

Källa: Uppgifterna bygger på bearbetning av Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1998:1, Socialstyrelsen.

## En studie av äldres vård i hemmet

Hösten 1999 lät Socialstyrelsen genomföra en studie av hemvården i tre kommuner: Mjölby, Åtvidaberg och Ödeshög (34). Syftet var att närmare beskriva vårdtagarna och insatserna från både den kommunala hemvården och landstingets primärvård i form av en totalundersökning. Sammanlagt engagerades elva enheter inom hemtjänst, fem vårdcentraler och två enheter för lasarets-/primärvårdsanknuten hemsjukvård för datainsamlingen. Förutom bakgrundsdata, kartlades samtliga 737 personer som var 65 år och äldre och hade insatser i hemmet från kommun och landsting under en viss mätvecka.

Ur vårdgivarperspektivet förekom följande insatsgrupper:

1. omsorgsinsatser utförda av kommunens hemtjänst
2. hälso- och sjukvårdinsatser av primärvårdens distriktssköterska

3. insatser av både hemtjänst och distriktssköterska till samma vårdtagare
4. lasarettansluten/primärvårdsansluten läkarledd avancerad hemsjukvård (LAH/PAH).

Ur vårdtagarperspektivet kunde vissa behovsgrupper urskiljas:

1. äldre med ADL-hjälpbbehov, men inte i behov av hälso- och sjukvård
2. äldre med kronisk sjukdom, men utan ADL-hjälpbbehov
3. äldre med kronisk sjukdom och med omfattande ADL-hjälpbbehov
4. svårt sjuka och/eller döende äldre med omfattande ADL-hjälpbbehov.

### *Nästan fyra av tio hade hjälp*

Den mest typiska personen med insats i hemmet var en ensamstående kvinna på drygt 80 år boende i lägenhet. Under mätveckan hade nästan fyra av tio av samtliga kommuninnevånare som var 80 år och äldre någon form av kommunal insats. En av tio hade hjälpinsats från landstinget utöver läkarbesök på vårdcentral eller sjukhus. Insatserna under dagtid dominerade.

Hemtjänsten och distriktssköterskorna gjorde drygt 90 procent av samtliga sina besök på dagtid, 10 procent under nattetid. LAH/PAH hade en mer varierande täckningsgrad med 70 procent av besöken på dagtid och 30 procent nattetid. Samtliga beräkningar i tabell 14 av besöksfrekvens i hemmet är gjorda på de individer som haft besök under mätveckan.

**Tabell 14.** *Genomsnittligt antal besök per vårdtagare av Hemtjänst, Primärvård av distriktssköterska och LAH/PAH under en viss mätvecka samt högsta antalet besök under ett dygn hos samma vårdtagare.*

	Genomsnittligt antal besök per vårdtagare under en viss mätvecka		Max. antal besök under ett dygn
	Dag	Natt	
Hemtjänst	8,9	0,8	18
Distr.vård	2,6	0,3	3
LAH/PAH – sjuksköt.	3,6	1,6	4
LAH/PAH – läkare	0,4	0,2	4

Den största gruppen äldre med insatser i hemmet utgjordes av dem som framför allt hade hemtjänst. Cirka 27 procent hade dessutom insatser av distriktssköterska. Hälften av åtgärderna inom hemtjänsten utgjordes av tillsynsbesök, bäddning, läkemedelshantering och städning. Inom distrikts-

vården bestod tre fjärdedelar av åtgärderna av läkemedelsdelning, insulin-givning, omläggning och rådgivning. Inom LAH/PAH var 40 procent tillsyn och stödsamtal till patient och anhörig.

Två grupper med stora behov framkom: Personer som hade insatser av både distriktssköterska och hemtjänst och personer som behövde hjälp med sin personliga hygien. Personerna i dessa grupper utgjorde sammanlagt en tredjedel av samtliga äldre vårdade i hemmet. De hade mycket sämre funktionsförmåga jämfört med totalgruppen vårdtagare och var därmed beroende av assistans. I den mest vårdtyngda gruppen – personer som behövde hjälp med personlig hygien – var två tredjedelar inkontinenta alltid eller ibland, och lika många använde blöjor eller hade kateter.

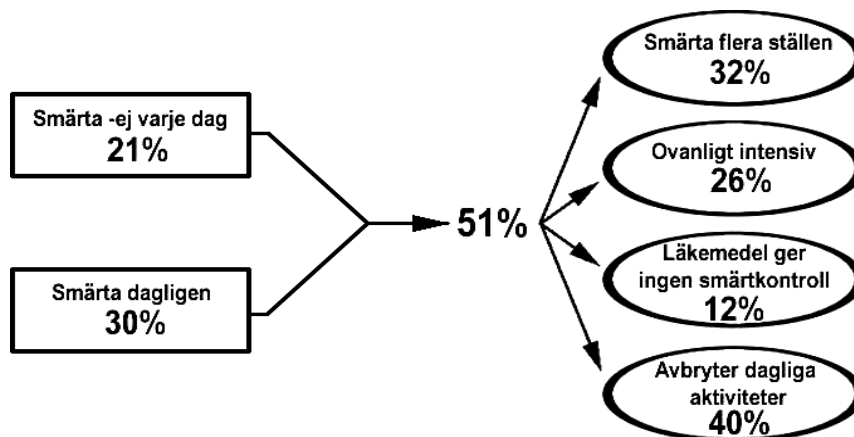
Kognitiva och mentala problem förekom, liksom somatiska vilket redovisas i tabell 15.

**Tabell 15.** Vissa problem angivet i procent bland vårdtagarna under en mätvecka enl. personalens bedömning (totalt 737 personer).

Problem	Endast hemtjänst n=484	Endast distr.vård n=90	Hemtjänst+ distr.vård n=133	LAH/PAH N=30
<b>Visat tecken på:</b>				
Minnessvårighet	11	11	15	11
Svårighet att förstå andra	19	21	32	21
Nedstämdhet	25	24	44	25
Ångest, oro	18	17	33	11
Verbal aggressivitet	3	3	8	0
Fysisk aggressivitet	1	0	1	0
Ovilja att samverka	5	5	6	0
<b>Förekomst av:</b>				
Trycksår	0	3	4	7
Bensår	0	17	12	3
Urininkontinens	29	40	36	34
Tarminkontinens	10	4	15	18
Kateter/blöjor	31	39	44	37

### *Vanliga symptom är smärta och yrsel*

Hälften av de äldre med sjukvård i hemmet hade tecken på smärta. En av fyra vårdtagare med insats av distriktssköterska och LAH/PAH led av yrsel eller svindel. Yrsel och bröstsmärta förekom mer än dubbelt så mycket hos gruppen 80 år och äldre jämfört med gruppen 65–79 år. Hos



**Figur 4.** Andel hemvårdspatienter med tecken på smärta.

kvinnor och ensamboende var detta vanligare och de hade också i högre utsträckning smärta på flera ställen. Figur 4 visar andelen med tecken på smärta. För 40 procent innebar det att dagliga aktiviteter avbröts.

En rad andra symtom förekom hos hemsjukvårdspatienterna och en översikt av dessa ges i tabell 16. Här ser man att andnöd, ödem och sömnsvårigheter också var relativt vanliga symptom.

**Tabell 16.** Vårdtagarnas symtom – undantaget smärta – under mätveckan enl. personalens bedömning i grupperna Endast Distriktsvård, Hemtjänst + Distriktsvård och LAH/PAH (n=253).

Förekommande symtom under mätveckan	Endast Distriktsvård n=90	Hemtjänst+ Distriktsvård n=133	LAH/PAH n=30
Diarré	2	6	13
Kräkning	3	2	3
Feber	0	0	3
Uttorkning	0	1	3
Svårighet att kasta vatten	8	10	7
Slem/upphostningar	5	3	20
Förstopning	6	6	3
Ödem (vätskeansamling)	17	19	17
Andnöd	10	14	33
Bröstsmärta	8	9	0
Yrsel	22	34	3
Vanföreställningar	2	3	3
Sömnsvårigheter	15	20	13

### *Många besöker vårdcentralen – nästan inga får hembesök av läkare*

Jämfört med befolkningen i samma åldersgrupp hade de äldre hemvårdspatienterna en högre vårdkonsumtion vid sin vårdcentral. Denna skillnad mot befolkningen gäller både för kontakt med läkare, distriktssköterska och arbetsterapeut. Endast patienter med LAH/PAH fick hembesök av läkare. Av samtliga distriktssköterskepatienter var det bara 1 procent som under nio månader fått läkarbesök i hemmet.

Sammanfattningsvis visade undersökningen att kommunen hade betydligt fler äldre hjälptagare i hemmet än landstinget. Utöver den tydligt definierade lilla grupp med avancerad hemsjukvård som förekom, var det två mycket behovskrävande grupper som framträdde, nämligen de som erhöll både hemtjänst och distriktssköterskeinsatser och de vårdtagare som fick hjälp med personlig ADL.

## Äldre hemmaboende i Jönköping

Socialstyrelsen lät våren 1996 göra en inventering i två kommundelar i Jönköping bland samtliga hemmaboende personer i åldern 80 år och däröver. År 1996 hade 18 procent av alla 80 år och däröver hemhjälp och 25 procent bodde i särskilt boende. Det motsvarar ungefär riksgenomsnittet. De 94 hemmaboende kom att utgöra undersökningsgrupp vid en uppföljningsstudie två år senare (35). Studien bygger på registeruppgifter och strukturerade intervjuer samt bedömning av psykiskt status med hjälp av den s.k. Berger-skalan.

### *Många är friska och rörliga*

De hemmaboende var båda uppföljningsåren ”anmärkningsvärt friska och rörliga”. Cirka en tredjedel hade inte haft kontakt varken med hemtjänst eller distriktssköterska/hemsjukvård. Denna tredjedel utmärktes av att de hade högst ADL-förmåga. Totalt sett hade närmare hälften av hela undersökningsgruppen fått hemhjälp någon gång under tvåårsperioden och sju av tio någon form av hemtjänst över huvud taget. Det var färre i den ursprungliga gruppen som fick hemhjälp år 1998 jämfört med år 1996 (30 respektive 25 procent). Anledningen var att de äldre som haft funktionsnedsättningar, särskilt demens, hade avlidit eller flyttat till särskilt boende. Dessförinnan hade dessa nästan alltid fått hemtjänst och/eller hjälp av närstående. Före flytten hade de i genomsnitt haft 29 hemhjälpstimmar per månad.

### *Livssituationen förändras*

Resultaten visade att i hög ålder var situationen för hemmaboende föränderlig och sårbar. Två år efter den första inventeringen bodde två av tre i

den ursprungliga undersökningsgruppen kvar i sitt eget hem. Flera av de gifta eller sammanboende hade blivit ensamstående pga. dödsfall eller make/makas flyttning till särskilt boende. Efter drygt två år bodde bara hälften kvar i det gamla hemmet med oförändrad hushållssammansättning. Av de 30 som 1996 var gifta och sammanboende var nu 18 ensamboende. Det kan förklara att totalt en tredjedel av den ursprungliga hemmaboende gruppen äldre hade flyttat under tvåårsperioden. Förutom de 22 som flyttat till särskilt boende hade sju flyttat inom det vanliga bostadsbeståndet och en åttonde förberedde en sådan flyttning. Avgörande för flyttningen till särskilt boende var kognitiv svikt – sju av tio – samt ensamboende.

Sexton av de 80-åringar som var hemmaboende år 1996 (n= 94) hade avlidit vid uppföljningen 1998. Medelåldern var då drygt 89 år. Sex av dem hade hunnit flytta till ett särskilt boende och där avlidit, fem hade avlidit på sjukhus och fem hade avlidit hemma. Två dog i närvaro av hemtjänstens vårdbiträde och två avled helt ensamma. De anhöriga till dem som avlidit eller flyttat till särskilt boende var i allmänhet nöjda med den offentliga vården och omsorgens kvalitet och omfattning. Man trodde inte att mer hjälp skulle ha förhindrat flyttningen, men många påtalade att hemhjälp blivit för dyr och att kommunens serviceinsatser tunnats ut eller upphört. Några fall av kringflyttning mellan olika ”särskilda boenden” var man som anhörig kritisk till.

### *Hälften har inte någon offentlig äldreomsorg*

Det mest slående i uppföljningen är att hälften av de hemmaboende vid båda undersökningstillfällena inte hade någon offentlig äldreomsorg alls. 16 procent använde mer än hälften av alla hemhjälpstimmar per månad, 47 procent hade högst 9 timmar hemhjälpstimmar. Variationsvidden på hemhjälp i den studerade gruppen var 4–90 timmar 1996 och två år senare 4–70 timmar. De som hade hjälp hade det i form av olika kombinationer. Få hade endast hemhjälp (3,6 procent) eller endast trygghetslarm (1,6 procent). Färdtjänst var vanligaste enskilda insats (14,2 procent) – oftast i kombination med någon annan insats. När flera former av kommunens service såsom färdtjänst, matservice, trygghetslarm läggs ihop nådde man 51 procent av de hemmaboende eftersom detta vidgat kontaktytan mellan kommun och äldre. År 1996 hade en femtedel av de hemmaboende någon annan form av social service än hemhjälp, år 1998 hade detta ökat till en fjärdedel.

### *Många hade kontakt med primärvården*

Många hade kontakt med primärvården och med den inräknad stod ytterst få helt utanför någon form av kontakt med det offentliga vård- och omsorgsutbudet. Drygt hälften av de kvarlevande från den ursprungliga undersökningsgruppen hade under tvåårsperioden varit inlagda på sjukhus.



En tredjedel hade haft hembesök av distriktssköterska efter sjukhusvistelsen. I ett par fall hade kommunal korttidsplats anvisats, vilket av intervjuade anhöriga rapporterades ha varit en dålig lösning och medfört ökad förvirring hos de gamla.

Sammanfattningsvis speglar materialet att kommunen – liksom Sverige i sin helhet – blivit alltmer restriktiv med att ge hemhjälp också till äldre äldre (>80 år). De som fortfarande bodde i sitt hem var de mest vitala i den ursprungliga hemmaboende undersökningsgruppen. Utöver den minskade traditionella hjälpen i hemmet har andra kompletterande insatser som färdtjänst, trygghetslarm, matservice, vidgat de äldres kontakt med kommunen och tillsammans med primärvården har nästan alla haft kontakt med offentlig vård och omsorg. Det övergripande mönstret i uppföljningen visade att en tredjedel hade stora anhöriginsatser, resten en liten eller ingen hjälp av närstående.

## Läkemedelsanvändning hos äldre

Moderna läkemedel bidrar i hög grad till välbefinnande och livskvalitet. Numera kan ett stort antal sjukdomstillstånd, som tidigare var invalidiserande behandlas framgångsrikt. Många äldre lever idag tack vare läkemedelsbehandling ett aktivt liv med hög grad av självupplevd hälsa. Men läkemedlen som å ena sidan bidrar till förbättrad funktionsförmåga kan å andra sidan leda till biverkningar och i felaktiga kombinationer till negativa interaktionseffekter. Det finns därför anledning att noggrant studera läkemedelsanvändningen bland äldre.

Föreskrivning av läkemedel är den vanligaste behandlingsåtgärden vid sjukdom eller symtom på sjukdom. Eftersom många äldre med hemvård ofta samtidigt har flera olika sjukdomar är också läkemedel vanligt förekommande. Under 1990-talet har antalet äldre ökat och därmed också läkemedelsförbrukningen. Enligt befintlig försäljningsstatistik år 1998 svarade de 9 procent av landets befolkning som var 75 år och däröver för drygt en fjärdedel av den totala läkemedelsförbrukningen (36). I en studie bland hemsjukvårdspatienter i södra Stockholm visades att de aktuella hemsjukvårdspatienterna i genomsnitt använde nära sex olika läkemedel per person och många hade läkemedel som i kombination kan ge upphov till en säkerhetsrisk. Endast 3 procent använde inte något läkemedel alls (37).

Effekten av läkemedel skiljer sig mellan olika individer bl.a. beroende på ålder, kön, cirkulationsförmåga och förmåga att bryta ner och utsöndra läkemedel. Det biologiska åldrandet innebär ökad känslighet för kroppens sätt att omsätta och reagera på läkemedel. Om många läkemedel används samtidigt ökar risken för biverkningar och för en samverkan mellan olika läkemedel så att de väntade effekterna förstärks eller försvagas (interaktion).

Det psykologiska åldrandet, försämrad syn eller samordning av musk-

ler kan leda till att läkemedelsordinationerna inte kan följas som planerat (compliance). Därför är det en viktig fråga hur ordinationer följs och följs upp.

### *Många hade mer än ett läkemedel*

Socialstyrelsen har åren 1997–1999 genomfört ett nationellt projekt om läkemedelsanvändning i åldersgruppen 75 år och däröver. Projektet omfattar flera delstudier (38, 39, 40), varav de två första bygger på samma material. Uppgifter inhämtades från vårdcentraler i 84 av landets kommuner. Undersökningspopulationen i de två första studierna bestod av totalt 6 299 patienter. Uppgifter om deras diagnoser och förskrivna läkemedel samlades in. De insamlade läkemedelslistorna omfattade totalt 29 146 ordinerade läkemedel, fördelade på 547 olika preparat. En av tio hade inte något aktuellt läkemedel ordinerat enligt befintlig dokumentation. Drygt hälften hade fem eller fler läkemedel. Nästan var tionde person hade mer än tio olika ordinerade läkemedel. Det högsta antalet läkemedel förskrivet till en och samma person var 29 olika preparat. För de personer som bodde i ordinärt boende var medelvärdet 4,5 läkemedel och i det särskilda boendet något högre: 5,9 läkemedel.

### *Många fick läkemedel mot oro och sömnsvårigheter utan dokumenterad diagnos*

Depression, vissa sömnstörningar och oro/ångesttillstånd är tre diagnosgrupper där behandlingen består av antidepressiva läkemedel, lugnande medel och/eller sömnmedel. Vid jämförelse av frekvensen av psykofarmaka och dessa diagnosgrupper förelåg en obalans. Många som fått något sådant läkemedel förskrivet, saknade diagnos/symtom enligt den insamlade dokumentationen. Det fanns t.ex. fem gånger fler som fått minst ett sömnmedel förskrivet, än vad det fanns individer som hade sömnsvårigheter av något slag angivet som diagnos. Även om det inte går att göra någon direkt koppling mellan diagnos och läkemedel i det insamlade materialet förefaller det ändå som om samstämmigheten inte alltid var tillfredställande.

Många läkemedel uppvisade en ökad användning med stigande ålder. Exempel på en sådan läkemedelsgrupp är vätskedrivande läkemedel, där nästan hälften av alla 90 år och äldre hade minst ett preparat ur denna grupp. Andra exempel på ökning av läkemedelsanvändning i samband med stigande ålder var sömnmedel, lugnande medel, laxermedel, medel vid B-12 brist samt lätta analgetika (smärtstillande). Även när det gäller användningen av läkemedel som har stärkande effekt på hjärtmuskeln var användningen störst bland de äldsta.

### *Läkemedel som motverkar varandra*

Risken för interaktion är särskilt stor bland äldre eftersom de ofta använder många läkemedel samtidigt. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen i det insamlade materialet analyserades därför i en särskild studie (38). Kvalitetsindikatorer baserade på internationella och svenska rekommendationer användes. Bland annat studerades förekomsten av läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klinisk betydelse. Totalt noterades 1 393 möjliga läkemedelsinteraktioner i materialet. Dessa var dels av typ C, vilket innebär en samverkan mellan läkemedel, vilken kan leda till ändrad effekt eller biverkningar och som kan bemästras med individuell dosering och/eller blodkoncentrationsbestämning och dels av typ D, vilket innebär att allvarliga konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt så stora svårigheter att bemästra att kombinationen helt bör undvikas. Den dominerande klassen var C-interaktioner, som i de flesta fall kan undvikas eller rättas till genom dosjustering. Sammantaget var förekomsten av läkemedelskombinationer med risk för C- och D-interaktioner något vanligare i åldersgruppen över 85 år och bland dem som bodde i särskilda boendeformer. I studien framkom också att läkemedel som är mindre lämpliga för äldre personer fortfarande förskrivits till äldre.

### *Hemmaboende äldre med hemsjukvård*

Den tredje delstudien genomfördes under 1999 med syftet att beskriva konsumtion och intag av läkemedel bland äldre som bor i eget hem med regelbunden insats av hälso- och sjukvårdspersonal (40). Cirka hälften av de kommuner som ingick i de två första delstudierna studerades närmare. Nytt material insamlades i form av läkemedelslistor från både det egna hemmet och från den förskrivning som gjorts av läkare på vårdcentral/motsvarande. Dessutom fick patienterna ett frågeformulär angående svårigheter i samband med intag av läkemedel. Totalt analyserades 1 294 patienter.

Enligt tillgänglig dokumentation i patientjournalen hade i genomsnitt drygt fyra läkemedel förskrivits per person men enligt den läkemedelslista som fanns i hemmet var den genomsnittliga konsumtionen drygt sex läkemedel. Det förekom att patienter/klienter ordinerats 28 olika läkemedel.

För att uppnå önskat resultat av behandling med läkemedel måste ordinationer följas. I det material som studerades uppgav 13 procent att de brukar ändra dosering eller byta ut något eller några av de ordinerade läkemedlen. Den vanligaste förändringen var att ta en mindre dos än den ordinerade. Exempel på läkemedelsgrupper som patienterna själv ändrade var vätskedrivande, smärtstillande, sömnmedel och lugnande medel.

### *Många har svårt att hantera sina läkemedel*

Äldre kan ha svårigheter att hantera sina läkemedelsförpackningar. För att underlätta hanteringen får många sina läkemedel fördelade på apoteket. Läkemedlen ligger då ibland i små påsar eller i plastbubblor som kallas Apodos. Studien visade att av de personer som använde Apodospåsar hade många problem att öppna påsen. Ett annat hjälpmedel vid administrering av läkemedel är Dosett – en särskild doseringslåda för en eller flera veckor. Oftast får de som använder Dosett hjälp med att fördela medicinerna. Dosetten ansågs av de äldre själva som något enklare att hantera än både Apodospåsar och vanliga läkemedelsförpackningar. I tabell 17 redovisas några exempel på problem i samband med förberedelsen för läkemedelsintaget.

**Tabell 17.** Exempel på upplevda problem i samband med förberedelse för läkemedelsintag bland hemmaboende äldre ( $\geq 75$  år) angivet i procent av samtliga ( $n=1\ 294$ ).

Problem i samband med förberedelse för intag av läkemedel	Andel som har upplevt problem, %
Öppna Apodospåsar	37 <sup>a)</sup>
Öppna/stänga Dosett	13 <sup>a)</sup>
Öppna/stänga förpackning	14
Läsa information på/i förpackningen	16
Förstå information på/i förpackningen	14
Komma ihåg att ta medicin	13

a) Andel av dem som uppgivit att de använder Apodos respektive Dosett som hjälpmedel.

Som framgår i tabellen var det ca 13 procent som angivit att de hade svårigheter att komma ihåg att ta sina läkemedel. Denna andel är förmodligen ännu högre eftersom en del med demensproblem inte besvarat enkäten eller endast besvarat vissa delar. Det finns också många som får hjälp och då upplevdes inte problemet som aktuellt längre.

I nästa tabell, tabell 18, ges exempel på problem vid intaget av läkemedel.

Andelen som angav att de upplever sväljningssvårigheter uppgick till drygt 17 procent. Liknande resultat har även framkommit i tidigare studier av äldre (37). Drygt 14 procent uppgav att de hade svårigheter att ta många läkemedel på en gång och en del av dessa har dessutom uppgivit att de har problem med att svälja tabletter och kapslar. Läkemedel förekommer även i andra beredningsformer än intag via munnen, som t.ex. droppar, suppositorier, vagitorier och injektioner. Som framgår av tabellen upplever

många problem med sådana läkemedel. Bland de tillfrågade var det även här många som hade hjälp då dessa läkemedel var aktuella och uppgav därför att de inte hade några problem.

**Tabell 18.** *Fördelning av upplevda respektive inte upplevda problem i samband med läkemedelsintag bland hemmaboende äldre (≥75 år) angivet i procent bland aktuella användare.*

Problem i samband med intag av läkemedel	Antal användare	Andel som upplevt problem, %	Andel som inte upplevt problem, %
Svälja tabletter/kapslar	1 004	17	83
Dela en tablett	539	35	65
Hålla upp flytande medicin	406	23	77
Ladda/förbereda inhalator	101	17	83
Inhalera mediciner	121	8	92
Droppa, ex. ögondroppar	185	44	56
Injicera mediciner	113	35	65
Använda suppositorier	61	31	69
Använda vagitorier	35	20	80
Ta medicin många gånger per dag	770	12	88
Ta många mediciner på en gång	858	14	86

Sammanfattningsvis visade projektet att både förskrivning och konsumtion av läkemedel var mycket omfattande. De äldre hade oftast många samtidiga sjukdomar diagnoser och därmed också många läkemedel som medförde en rad olika svårigheter vid hantering och intag. Även risker för interaktion förekom. Studien visade också på svagheter när det gäller överensstämmelsen av läkemedelslistorna på vårdcentralen och det egentliga intaget.

Slutsatsen var att många av de problem som framkom kan avhjälpas med olika typer av insatser. Dessa måste anpassas till individens behov och förutsättningar. Såväl läkare som sjuksköterska och vårdbiträde har medicinskt ansvar för att bevaka och dokumentera läkemedelsanvändningen och patientens förmåga till optimal läkemedelsanvändning. En optimal läkemedelsanvändning kräver rätt handläggning hela vägen från ordination till intag. Att förskrivningen blir korrekt ligger i förskrivarens ansvar. Därefter vidtar patientens ansvar, alternativt den som är vårdansvarig.

I detta avsnitt om äldres läkemedelsanvändning har problemen betonats. Det kan därför vara på sin plats att avslutningsvis erinra om det betydelsefulla bidrag som läkemedlen utgör för många äldres möjlighet att trots sjukdom leva ett aktivt och självständigt liv.

## Policy och riktlinjer

Om äldre människor ska kunna välja att fortsatt bo hemma även vid omfattande omsorgs-, omvårdnads- och medicinska behov kräver det en fungerande service med upprätthållen kvalitet dygnet runt. Personalen behöver då kunna möta situationer av olika svårighetsgrad i enlighet med den lokala policy och de riktlinjer som finns för verksamheten. Eftersom det finns både uttalade och outtalade krav på att nationella övergripande föreskrifter omsätts till den mer näraliggande lokala nivån är det viktigt att belysa detta.

### *Lagar och föreskrifter styr verksamheten*

Utvecklingen inom äldreomsorgen har medfört att alla lagar och föreskrifter som tillämpas inom landstingens hälso- och sjukvård numera också gäller för kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser och den personal som arbetar med äldre i deras hem. Det finns föreskrifter för bl.a. delegering, läkemedelshantering, dokumentation, dödsfall och kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

I en kommun ska det enligt hälso- och sjukvårdslagen finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som svarar för att det finns rutiner för säker och ändamålsenlig vård och behandling. Hit hör bl.a. underrättande av anhöriga när tillståndet försämras eller när en person avlidit samt för kontakter med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har även ansvar för att utarbeta och säkra rutinerna för journalföring samt hur dokumenten förvaras och för att anvisningarna följs i verksamheten. Ett direkt ansvar är också att se till att rutinerna för läkemedelshanteringen är ändamålsenliga och väl fungerande under hela dygnet. Dessa rutiner ska vara noggrant och detaljerat utformade. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i en kommun ska också svara för att anmälan görs om en patient i samband med vård drabbats av – eller utsatts för risk att drabbas av – allvarlig skada.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen måste bedriva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete i vilket också ingår uppföljning. I ett allmänt råd för kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade framhålls att ”det är viktigt att en gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet kommer till stånd inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden”. Vidare står att ”Kommunerna bör fastställa en övergripande inriktning och policy för verksamhetens kvalitet”.

### *Lokala riktlinjer ska komplettera lagar och föreskrifter*

I flera studier har behovet av lokal policy och riktlinjer för vård och omsorg framhållits. I en delstudie inom ramen för uppföljningen av Stock-

holms läns landstings utvecklingsplan konstaterades bl.a. att ”skriftliga gemensamma rutiner verkar vara ovanliga” och att de samverkansavtal eller motsvarande som finns, oftast var dåligt kända bland personalen inom hemtjänst och hemsjukvård (41). I en av Socialstyrelsen initierad studie av kost- och måltidsfrågor, var en av slutsatserna att kommuner bör ha övergripande policy avseende kvalitet i kost och måltidsverksamheten samt riktlinjer för att systematiskt följa upp de boendes näringsstatus (42).

I samband med en enkät genomförd av Socialstyrelsen till ett riksrepresentativt urval kommuner besvarades bl.a. frågan om befintlig lokal skriftlig policy och/eller riktlinjer av betydelse för äldres omsorg och vård i hemmet (26, 43) Alla kommuner besvarade frågan om förekomst av policy och riktlinjer inom vissa efterfrågade temaområden. Knappt hälften svarade att sådant material inte fanns utarbetat. Drygt hälften svarade ja och bifogade sitt material. Utöver detta efterfrågades skriftliga policydokument och riktlinjer inom eventuella andra områden.

#### *Få riktlinjer för omsorg och vård under kvällar och nätter*

Förekommande policy och/eller riktlinjer avsåg framför allt arbetet under dagtid. Omsorg och vård under kvällar och nätter nämndes sällan. Flertalet dokument vände sig explicit eller implicit till de särskilda boendeformerna. Tydliggjord anknytning till insatser i ordinärt boende, dvs. det egna hemmet, saknades oftast. I dokumenten återgavs som regel de nationella föreskrifterna, lokal bearbetning av dessa förekom i liten utsträckning.

De mest behandlade temaområdena var hanteringen av läkemedel, delegation och dokumentation samt vård i livets slutskede. Riktlinjer i form av särskilt vårdprogram framkom inom de två områden som särskilt efterfrågades, nämligen vård i livets slutskede och demenstillstånd, se tabell 19.

**Tabell 19.** Förekomst av aktuell lokal skriftlig policy och/eller riktlinjer inom temaområden av betydelse för hemvård.

47 kommuners dokument	Huvudman för hemsjukvården		
	Kommun n	Landsting n	Totalt n
<i>Efterfrågade riktlinjer:</i>			
Akuta situationer	10	3	13
Delegation	8	8	16
Läkemedelshantering	9	9	18
Dokumentation	6	6	12
Demenssjukdom	4	2	6
Vård i livets slut	11	1	12
Avvikelse <sup>a)</sup>	3	2	5

a) Verksamhetsstatistik över incidenter (avvikelse) skedde enligt uppgift i ca hälften av kommunerna.

Rehabilitering och sårvård var temaområden som utöver de efterfrågade förekom, likaså smittskydd, nutrition och smärta. Vidare trygghetslarm, medicinsk-tekniska produkter, kvalitetsuppföljning samt utbildning av personal.

I det material som analyserades har dokumenten i huvudsak sin utgångspunkt i de särskilda boendeformerna, men kan i delar användas även i hemvård. När omsorg och sjukvård i hemmet nämndes, omtalas detta oftast i form av en bisats. Materialet tyder på att det egna hemmet som insatsmiljö inte uppmärksammas speciellt, än mindre kvälls- och nattetid.

Sammanfattningsvis visade resultatet av granskningen att drygt hälften av de 87 tillfrågade kommunerna hade lokala riktlinjer inom något område, men många kommuner saknade sådana helt. Begreppsapparaten varierade. När lokal policy och/eller lokala riktlinjer förekom, vände sig flertalet av dessa till de särskilda boendeformerna, anknytning till omsorg och vård i hemmet med dess speciella förutsättningar, saknades i de flesta dokumenten. Innehållet anknöt framför allt till arbetet under dagtid, men kunde gälla även andra tider på dygnet. Kvällar och nätter nämndes mycket sällan. De centrala föreskrifterna på nationell nivå återgavs som regel, medan en lokal anpassning och praktisk anknytning varierade eller saknades helt.



### *Sammanfattning*

Andelen äldre som får insatser i det egna hemmet är idag färre än tidigare, men de som får hjälp har större medicinska och omvårdnads-mässiga behov. Under 1990-talet har antalet vårdplatser på de svenska sjukhusen minskat och medelvårdtiderna reducerats kraftigt inom såväl somatisk akutsjukvård som psykiatrisk och geriatrisk vård. Det innebär att ansvar överförs till kommunerna för äldre sjuka eller svaga personer, något som de har haft svårt att möta pga. otillräckliga resurser, kompetens och organisation.

Flera vårdgivare finns inblandade i hemvården. Läkarnas insatser är mycket blygsamma. Distriktssköterskornas insatser har ökat men kommunens personal utför merparten av arbetet. Avsaknaden av en övergripande teoretisk referensram för hemvård – oavsett vårdgivare – utgör problem vad gäller samordning och planering av insatserna på den individuella handlingsnivån.

Det brister i samverkan mellan kommun och landsting. Skriftlig lokal policy och/eller riktlinjer är i mycket liten grad inriktad på hemvård. För att kunna erbjuda vård och omsorg dygnet runt i hemmet med samma kvalitet som den slutna vården krävs nya kunskaper, en annan organisation och en ny typ av kompetens än den traditionella.

Läkemedel är den vanligaste behandlingsinsatsen för äldre. Det är därför angeläget att uppföljning av de äldres läkemedelsanvändning ges högsta prioritet.

# Vården mot livets slut

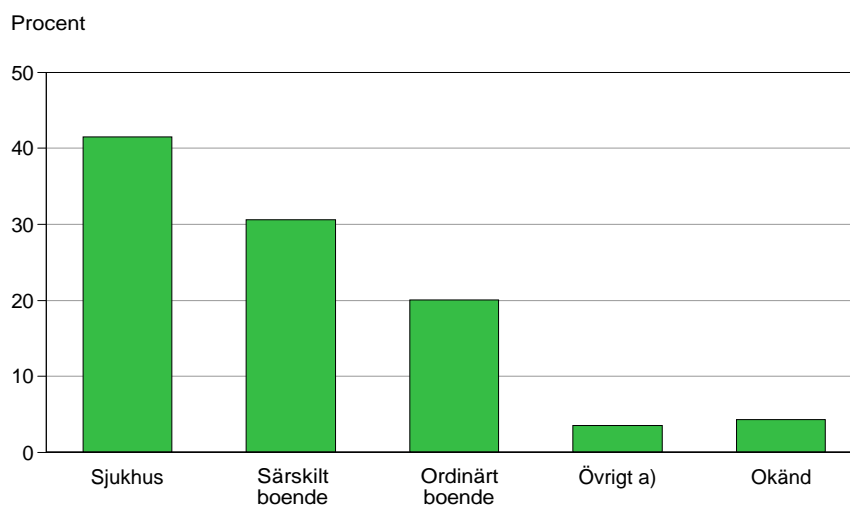
Även om vi lever allt längre, undgår vi självklart ändå inte risken att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättningar vid livets slut. Vad som utgör den tidsmässiga gränsen för denna period kan variera avsevärt från individ till individ: från kanske några dagar och veckor till månader och år. Det som kännetecknar denna livsfas är att man i allmänhet blir mycket beroende av hjälp från andra och av medicinska och omvårdnadsmissiga insatser. Ofta kan en akut åkomma innebära att situationen förändras så att man inte längre kan bo kvar hemma, trots utökade hjälpinsatser.

År 1997 avled i Sverige 93 815 personer, 46 954 män och 46 861 kvinnor och av samtliga var 80 procent 70 år och äldre. Socialstyrelsen har i tidigare årsrapporter redovisat bearbetningar av registerdata från dödsorsaksregistret samt registret över slutenvården, beträffande personer 65 år och äldre som avled under åren 1992 till 1995. Resultaten gav vid handen att andelen personer som över huvud taget inte vårdats på sjukhus året innan de avled hade ökat och andelen som avled på sjukhus hade minskat. Omvänt hade andelen av dem som avled respektive år i det egna hemmet och/eller någon form av särskilt boende ökat successivt. Dessa trender var påtagliga bland de äldsta.

Vården i livets slutskede är på väg att flyttats ut från sjukhuset till det särskilda boendet eller det egna hemmet. Detta är en förväntad utveckling och var ett av syftena med t.ex. Ädelreformen. Människor flyttas också i allt mindre utsträckning till sjukhus det sista levnadsåret. I ökande grad ges omvårdnad av gamla vid sjukhem eller i andra typer av särskilda boenden för äldre, men också allt oftare av anhöriga och personal inom hemtjänst och hemsjukvård i den egna bostaden.

Det är en rimlig tanke att platsen för omvårdnad i livets slut starkt påverkar utformningen av densamma. Förhållandet mellan personal och döende kan också antas utvecklas olika beroende på om vården äger rum i den sjukes egna hem eller på institution. Allt fler ur den kommunala hemtjänstens personal kommer att möta och ge olika slags omsorger till döende, och relationen mellan personal och anhöriga kommer att fortsätta vara betydelsefull vid vård inför livets slut.

Inom ramen för en undersökning av hemsjukvården genomförde Landstingsförbundet under 1997–1998 en inventering av dödsplatser år 1996, där 3 000 dödsfall kartlades (27). Materialet indelades i fem typer av dödsplatser: sjukhus, ordinärt boende, särskilt boende, övrigt (gäller framför allt



**Figur 5.** *Fördelning av avlidna efter dödsplats (%).*

a) Allmän plats, utlandet, i ambulans, på viss angiven adress osv.

plötsliga dödsfall föranledda av olyckor) samt okänd plats.

Som framgår av figur 5 avled 42 procent på sjukhus, 31 procent inom särskilt boende, 20 procent i ordinärt boende, ca 3 procent avled på annan plats och för ca 4 procent av de avlidna var dödsplatsen okänd. Populationen i studien var inte indelad efter ålder, men Landstingsförbundet fann vid en analys av dödsplatser för de allra äldsta (85 år och äldre) att de flesta, ca 50 procent, avled i särskilt boende, andelen som dog i hemmet var ca 28 procent och ca 25 procent dog på sjukhus.

Enligt slutsatserna var skillnaderna stora mellan olika landsting vad gäller fördelningen av dödsfall över olika platser. Materialet ger inga säkra slutsatser beträffande orsakerna till denna variation. Utformningen av samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivande parter spelar dock sannolikt stor roll. Antalet vårdplatser i slutenvård respektive särskilt boende förefaller inte ha större betydelse för fördelningen (27).

Inom ramen för den studie som tidigare redovisats beträffande hemvården i några kommuner i Östergötland, kartlades också dödsplatsen för samtliga som avled 1997 i fem kommuner. Ånyo framkom att majoriteten avled utanför sjukhus – 25 procent i ordinärt boende, 32 procent i särskilt boende, 3 procent på annan plats – och återstående 40 procent avled på sjukhus. Sammanfattningsvis bekräftar dessa uppgifter att vården i livets slut allt oftare sker utanför sjukhus, i den kommunala vården och omsorgen.

I Landstingsförbundets rapport presenterades också resultaten från en befolkningsenkät, som syftade till att fånga allmänhetens syn på och in-

ställning till vård i hemmet. Frågor ställdes om vilken vård de skulle välja om de själva eller en nära anhörig drabbades av en svår, obotlig och vårdkrävande sjukdom. Resultaten bygger på uppgifter från 1 200 slumpvis utvalda personer i åldrarna 25–74 år.

Undersökningen visade att de allra flesta människor ville ha tillgång till hemsjukvård även vid svåra och vårdkrävande tillstånd under förutsättning att vården är likvärdig den som ges på sjukhus. 79 procent ville vårdas hemma vid vårdkrävande och obotlig sjukdom. Omkring 85 procent var positiva till hemsjukvård för sina barn, sin make/maka eller sambo. 65 procent tyckte att hemsjukvård vore bästa alternativet för deras föräldrar. Varannan av dem som besvarade enkäten kunde tänka sig ställa upp och hjälpa till med medicinering för en närstående. Drygt tre av fyra var övertygade om att de skulle välja vård i hemmet om de faktiskt ställdes inför denna situation. Vid valet av hemsjukvård var tillgång till erfaren läkare och möjlighet till akut avlastningsplats viktigast.

I rapporten framhålls att det varken är huvudmannaskap eller organisation som avgör vad som är medicinskt omfattande hemsjukvård, utan innehållet i vården avgör detta. Undersökningen visade alltså att de allra flesta vill ha tillgång till medicinskt omfattande hemsjukvård och att många är beredda att ställa upp med enklare medicinska insatser för anhöriga om de skulle drabbas av svår sjukdom. Man framhåller vidare att hemmet som vårdplats kommer att få en allt större betydelse och att allt fler patientgrupper i framtiden kommer att vårdas hemma. Utvecklingen av modern teknik medför också ökade möjligheter till kommunikation och användning av medicinsk utrustning i hemmen. Avslutningsvis framhålls i rapporten att samverkan mellan patient, anhörig och vårdpersonal är den avgörande faktorn för framgång i hemsjukvården.

### *Äldre människors tankar om vården i livets slut*

Som konstaterats tidigare pågår en utveckling mot att allt fler avlider i det egna hemmet eller i äldreboendet, i stället för som tidigare på sjukhus. Denna utveckling uppfattas också av många som riktig, förutsatt att man kan upprätthålla en god och säker vård. Men att som medelålders allmänt anse att det vore bäst att kunna sluta sina dagar i det egna hemmet må vara en sak; hur ser däremot mycket gamla människor på vård och omsorg i livets slut? Här får frågan en helt annan skärpa, då sannolikheten att man inom en snar framtid kan hamna i en sådan situation är mer påtaglig och aktuellt.

Med denna utgångspunkt genomfördes inom Äldreuppdragets ram en serie djupintervjuer med mycket gamla människor hösten 1999 i Jönköpingstrakten. Syftet med arbetet var alltså att studera hur mycket gamla (men relativt friska) hemmaboende människor ser på döden och hur man vill vårdas under sista delen av sitt liv – människor som av allt att döma

bara har några få år kvar att leva. De äldre som medverkade, rekryterades från en annan intervjustudie och av de cirka 60 tillfrågade personerna var hälften villiga att ställa upp på en intervju. Således kom 23 kvinnor och 7 män i åldern 86 till 94 år att intervjuas.

Analysen av intervjuerna visade att man kunde särskilja fem olika mönster eller grupper bland de svarande:

- ”Bo hemma så länge det går och sedan sjukhus” (5 personer).
- ”Till äldreboende”(10 personer).
- ”Bo kvar hemma”(8 personer).
- ”Inte jag som bestämmer” (4 personer).
- ”Dödshjälp” (3 personer).

Även om underlaget är ringa kan resultatet från intervjuerna ge vissa inblickar i hur äldre människor funderar kring vården i livets slut. Uppenbarligen finns en stor spridning i vad man uppfattar vara bästa vårdalternativet, samtidigt som vissa inte vill eller har någon åsikt om detta utan ser helst att ”andra bestämmer”. Många framhöll att man inte var rädd för döendet eller döden, men däremot det lidande som kunde vara förknippat med denna livsfas. Detta förklarar också varför nästan samtliga tog avstånd till livsförlängande behandlingar och att man förlitade sig på att läkarna gjorde vad som var bäst. Som en röd tråd genom intervjuerna går en förtröstan på den existerande vården – vare sig man nu önskade sluta sina dagar på sjukhus eller på äldreboende, alternativt det egna hemmet. Hur man ser på vården i livets slutskede är naturligtvis beroende av hur väl man känner vilka alternativa möjligheter som står till buds. Här återkommer ett mönster som återfinns i tidigare arbeten, nämligen att människor måste ges möjligheter att få diskutera igenom med personal – kanske tillsammans med anhöriga – hur man skulle vilja ha vården. Med andra ord krävs även här, men kanske än mer uttalat än i andra vårdssammanhang, att vården och omsorgen byggs upp i en dialog med den som är föremål för vården (44).

## Kan äldre välja var de vill dö?

I många policydokument har framhållits betydelsen av att vården i livets slut ska utgå från den enskildes önskemål.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Informationsöverföring och samordnad vårdplanering” (SOSFS 1996:32) anges följande:

”Även om patienten bedömts som medicinskt färdigbehandlad bör han eller hon kunna få kvarstanna på sjukhuset, om detta är patientens önskemål och det kan ge en ökad livskvalitet för den enskilde. Om patienten önskar att få vårdas i det egna hemmet eller i det särskilda boendet, bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten

kunna bistå denna önskan. Flyttningar från det egna hemmet eller det särskilda boendet till sjukhus bör endast erbjudas om sjukhusvården bedöms medföra en ökad livskvalitet för patienten.”

I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken framhålls bl.a. att

”Äldre ska få avsluta livet med värdighet och frid. Vården i livets slutskede ska vara av hög kvalitet. Lindring av smärta och andra obehag, kärleksfull omvårdnad och fridfull miljö är viktiga inslag. Hjälp ska finnas där man är, ingen ska behöva flytta mellan olika boenden och sjukhus i onödan. Ingen ska behöva dö ensam.”

Socialdepartementet (45) framhåller också i sitt delbetänkande att människors önskemål ska vara avgörande vid val av vårdplats i livets slutskede. Man betonar också vikten av att vården organiseras på ett sådant sätt att patientens trygghet och säkerhet garanteras oavsett vårdform. I studien ”Inför döden” så visade resultaten att många döende flyttades mellan olika miljöer de sista dagarna i livet. Man kunde konstatera att val av plats och vårdform i livets slutskede inte i första hand styrs av den sjukes egna önskemål, utan snarare av en mängd andra omständigheter som t.ex. befintlig äldreomsorgsorganisation, de anhörigas åsikter, den gamles hälsa och sjukdomsförlopp och det sociala nätverket kring den döende.

Grimby (46) har visat att äldre som vårdas i livets slutskede har ett brett register av både fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Studien som genomfördes under 1998 omfattade 30 konsekutivt utvalda patienter (77 procent  $\geq 70$  år) inskrivna på en geriatrisk avdelning med inriktning mot palliativ vård. De flesta led av cancersjukdom och de vanligaste besvären vid inskrivning på avdelningen var dålig matlust/avmagring, illamående, smärta, trötthet och nervositet. Med hjälp av en individuell behovsanamnes fick patienterna själva beskriva vad som var mest angeläget. Det framkom att fysisk smärta och rädsla för smärta överskuggar allt annat och kan minska aktualiteten av andra behov. Att få tala om sin rädsla för att få ont och få bekräftelse att smärtbehandling var garanterad var minst lika framträdande som själva behovet av smärtlindring. När inte smärta och andra fysiska symtom dominerade kunde andra essentiella behov och önskningar identifieras och tillfredsställas.

I Socialstyrelsens rapport ”Behandling av långvarig smärta” (1994:4) anger man att 54 procent av samtliga som vårdas i livets slutskede beräknas ha svår smärta under sista levnadsveckan. Vid avancerad cancersjukdom beräknas förekomsten till ca 70 procent och under sista levnadsveckan upplever cirka 90 procent av cancerpatienterna perioder av svår smärta. I rapporten anges att ”*I den palliativa vården är utebliven eller otillräcklig smärtbehandling helt onödig och oacceptabel*” (47). I Socialdepartementets delbetänkande lyfter man fram äldre som en speciellt utsatt grupp och betonar vikten av att smärta uppmärksammas och behandlas på ett adekvat

sätt. Socialstyrelsen har särskilt uppmärksammat smärtbehandling i livets slutskede genom allmänna råd, vilka är under revidering.

Mycket talar för att familjen återigen kommer att få en allt större roll i vården av döende familjemedlemmar. En anledning är att många svårt sjuka vill dö i sitt eget hem och en annan anledning är de neddragningar som gjorts i den offentliga vården. Det har bl.a. lett till att patienter skickas hem efter kortare vårdtider. Förväntningarna på anhörigas delaktighet har ökat och torde öka ytterligare i framtiden med tanke på att de äldre blir fler och fler. I Socialstyrelsens studie om de anhörigas roll framhålls att en viktig utgångspunkt för den palliativa vården, oavsett var den bedrivs, är att stödja den anhörige och den sjuke så att de blir delaktiga på sitt sätt och på en nivå som passar dem båda (48).

Studien bygger utifrån resultaten från flera delstudier upp antagandet att kunskapen om den sjukas situation kan hjälpa den anhörige att välja på vilket sätt han/hon vill vara delaktig i vården. I Socialdepartementets delbetänkande tar man upp problemet med att många dör utan att en diagnos har satts och utan att man kunnat identifiera brytpunkten mellan botande och lindrande vård. Även om diagnos är fastställd förekommer att patienten och närstående inte är införstådda med situationen. Grimby fann t.ex. i sin studie att mer än hälften av patienterna vid inskrivningen var något osäkra vad gällde sin diagnos och att han/hon skulle dö, en tredjedel var helt säkra, medan några få var osäkra. Bland de anhöriga var något färre säkra på diagnos och utgång jämfört med patienten själv. I Socialstyrelsens studie "Inför döden" kunde man konstatera att samtal inför döden var ovanligt och att många anhöriga inte förstod förrän efter dödsfallet hur nära döden verkligen var. Personalen visste eller anade nästan alltid när någon var döende, men anhöriga informerades inte alltid om att vård i livets slutskede inletts. Det förekom även en slags "dubbelvård" av de döende, där palliativt inriktad omvårdnad gavs parallellt med läkarordinationer om rehabiliterande åtgärder. Detta bidrog till att försvåra anhörigas möjlighet att tolka skeendet och ökade deras oro. Efter dödsfallet angav många anhöriga döden som oväntad och att de saknat kommunikation med personalen, liksom information om sjukdomsförloppet (49).

### *Personalens syn på vården av döende personer*

I den studie av personalens arbetssituation som refererades i årsrapporten från Äldreuppdraget 1997 (5) framkom några väsentliga problemområden. Personalen efterfrågade först och främst en klart uttalad och vägledande gemensam målsättning med arbetet inom äldreomsorgen. Detta behov blir särskilt tydligt när äldreomsorg och -omsorg bedrivs inom samma kommun under olika huvudmän, liksom när delar av arbetet är utlagd på privata entreprenörer. Personalen efterlyste också mer kunskaper, bättre samverkan med andra personalkategorier liksom från arbetsledningen.

Man såg tids-, personal- och läkarbrist som akuta problem och saknade en fungerande planering av förhållandena kring gamla människors döende och död.

Personalen berättade att de inte talar om sina upplevelser av eller tankar om döden utan att först ha övervunnit ett visst inre motstånd. Detta präglar inte bara samtal mellan arbetskamrater utan också kontakterna med anhöriga till döende. De flesta känner sig ensamma och vanmäktiga inför de svåra arbetsuppgifterna. De allra flesta funderade kring etiska och existentiella frågor som väcks av de konkreta arbetsförhållandena. Personalen betonade vikten av en god livskvalitet inför döden, och frågan vad detta egentligen är var ständigt aktuell för dem. Man saknar forum för samtal. I brist på sådana hänvisas man till att bearbeta sina erfarenheter på egen hand. Vid några få särskilda boenden för äldre fick personalen både fortlöpande handledning och utbildning i frågor kring vården i livets slut liksom kring egna och anhörigas reaktioner. Många saknade adekvat utbildning för arbetsuppgifterna. Detta gällde särskilt personal inom hemtjänsten. Denna personalgrupp var den som kände minst stöd från sin arbetsledning.

På de arbetsplatser där dessa och liknande frågor fortlöpande ventilerades uttalades den gemensamma uppfattningen att en människa i livets slut behöver närhet och värme. "Livskvalitet" uttrycktes ofta som en motsats till den somatiska vård som man uppfattade som sin arbetsuppgift framför andra. Man oroades över att svårt sjuka och omsorgskrävande gamla människor övervårdades medicinskt på grund av personalens strävan att kompensera sin tidsbrist. De döende befarades helt enkelt få för litet av den omsorg som lindrar ångest. När tiden inte räckte till för att sitta ner och hålla en döendes hand, sökte man mildra hennes ångest med en lugnande spruta. Personalen plågades av samvetsförebåelser till följd av omständigheter som de menade sig inte kunna påverka.

Anhörigas närvaro och deltagande i omsorgen om den döende utgjorde ofta en viktig kvalitet, men den kunde också ibland skapa svårigheter för personalen. Ett exempel på det första var när anhöriga och personal samarbetade efter en klar rollfördelning i det gemensamma syftet att ge den döende en så god omvårdnad som möjligt. Som exempel på det senare uppgav personalen situationer där anhöriga inte tycks inse att döendets process är oundviklig och där den döende av förtvivlade anhöriga forslades iväg till akutmottagningen och fick ett kaotiskt sista dygn istället för stillhet, smärtlindring och de anhörigas omsorger.

### *Att dö på sjukhus, i äldreboendet eller hemma*

Med tanke på att det i många avseenden saknas ingående kunskaper om innehållet i omvårdnaden om gamla i livets slut vid olika dödsplatser initierade Socialstyrelsen 1998 en studie på detta tema (49). Syftet med



denna studie var att öka kunskaperna om omständigheterna kring döende äldre genom att studera omvårdnad vid livets slut för att öka kunskaperna om de omständigheter som påverkar eller avgör innehållet i vården. Hur gestaltar sig döendet på sjukhus, i äldreboende, hemma? Har platsen någon betydelse för skeendet och i så fall hur? Vilken betydelse har de omsorgsgivande parterna och samverkan dem emellan?

Materialinsamlingen har främst gjorts med hjälp av intervjuer. Undersökningsgrupperna bestod dels av anhöriga/närstående till avlidna personer som var äldre än 75 år vid sitt frånfälle, dels den personal som var involverad i vården och omsorgen under den gamlas sista levnadstid. De tre olika platser som denna studie ägnats är ordinärt hem, äldreboende och sjukhus. Studien visar inte på någon given döendeplats för en person med vissa givna karaktäristika, trots att många anhöriga angav att platsen för vård och omsorg dikterats av den gamlas tillstånd och vård- och omsorgsbehov. Den enskilda människan väljer inte platsen för sin död eller vårdform den sista tiden. En mängd omständigheter samverkar när dessa avgörs, till exempel befintlig äldrevårdsorganisation, de anhörigas åsikter, den gamlas hälsa och sjukdomsförlopp, det sociala nätverket kring den döende, hennes önskemål och förmåga att föra fram och genomföra dem.

**Sjukhuset** är en plats där man har störst chans att slippa ha ont; här finns såväl kunskap som resurser att relativt snabbt häva smärttillstånd. Insatsnivån är hög och tryggheten stor att man gör det som går att göra. Den gamlas autonomi krympte ofta i sjukhusmiljö. Detta beskrevs av såväl anhöriga som personal. Man väljer inte att vårdas på sjukhus, utan tvingas av två kraftfulla ”agenter”: hälsotillstånd och sjukdomsförlopp å ena sidan, kommunens organisering av äldrevården å den andra.

**Äldreboendet** är en plats där de gamla ofta har bott en längre tid, en trygg och invand miljö för den som inte klarar sig helt själv. Här är insatsnivån i regel låg. Tillspetsat kan man säga att priset för att få vara kvar i en känd och lugn miljö kan vara att tvingas välja bort medicinsk tillsyn. När dödsfallen var väntade, anhöriga fanns där och det fysiska döendets förlopp var lugnt och stillsamt upplevdes döendet i äldreboendena som en nästan förvånande odramatisk händelse. Men problem uppstod när döendeprocessen inte förlöpte så lugnt och stillsamt som man önskade och förväntade. Hastiga och oväntade försämringar som medförde nya, ökade behov av medicinska insatser kunde framtvunga en färd till närmaste sjukhus. Personalen i äldreboendet saknade såväl faktiska resurser (antal medarbetare, mediciner och apparatur) som kunskap nog för att kunna ingripa. Färden från äldreboendet till sjukhuset medförde i dessa fall ofta ett abrupt insteg i en främmande miljö för både döende och de anhöriga.

**Det ordinära hemmet**, slutligen, är en plats där den gamlas autonomi kan bevaras och bevakas in i det längsta. Samtidigt utmanades den döendes autonomi i det ordinära hemmet av att hon var beroende av både

kommunen (att där fanns en organisation borgade för en trygg vård) och av de människor som kom dit. De vård- och omsorgsgivare som kliver över tröskeln är på besök, i deras profession ingår (mer eller mindre uttalat) ett underordnande av den gamlas vilja. Men de olika vårdgivarna behövde ha någonstans att vända sig med frågor eller begäran om hjälp när den döendes behov förändras.

Jämförelser mellan olika parter uppfattning om vårdens och omsorgens innehåll är svåra att göra eftersom oändligt många olika faktorer tycks styra deras upplevelser och värderingar av vad som skett. En vårdform utmärkte sig i viss mån, det gäller de (visserligen få) fall där den gamla vårdats i det ordinära hemmet av anhöriga och personal från lasarettensanknutna hemsjukvård (LAH) och hemtjänsten. De anhöriga uttryckte stor tillfredsställelse med att vården och omsorgen under den sista tiden utformades i samråd med henne och efter hennes önskemål. Anhöriga var också glada över att själva ha kunnat göra insatser för den gamlas väl. De olika personalgrupperna beskrev ett arbete präglad av samverkan.

Ofta, men inte alltid, finns anhöriga till hands för dem som anslutits till den lasarettensanknutna hemsjukvården (LAH). I materialet fanns ensamboende gamla utan anhöriga på nära håll som periodvis fick vård av LAH. ”Men det måste finnas hemtjänst!” sa en LAH-sjuksköterska. I kommunerna utan LAH fanns anhöriga involverade när någon vårdades hemma. Utan anhöriga som vård- och omsorgsgivande part hade dessa gamla troligen inte avlidit hemma.

Det är svårt att i efterhand skildra döendets rum, inte bara för att huvudpersonerna inte finns kvar att fråga. Mycket av det som där sker, tycks ske i tysthet. *Bristen på samtal* utgör ett mönster som löper genom hela materialet. Det gäller såväl den gamlas sista livstid som förloppet efteråt. Personal och anhöriga yppar sällan tankar till varandra kring existentiella aspekter av liv, lidande och död. Sådana samtal med döende tycks vara ännu ovanligare.

Begreppet ”vård i livets slutskede” antyder ett avgränsat skeende som sällan motsvaras av verkligheten. Att det pågående döendet sällan artikuleras påverkar förloppet på flera sätt. Den döende lämnades ensam med sina eventuella tankar kring det öde som väntar. De anhöriga lämnades åt sina egna tolkningar, förhoppningar eller rädslor. Personalen, som både ville skona anhöriga och döende från smärtsamma insikter och samtidigt förbereda dem inför möjliga kommande hastiga förändringar, hade en mycket svår balansakt att utföra. Praxis kring den sista tidens vård och omsorg fungerade ofta utmärkt, särskilt när personalgruppen arbetat tillsammans sedan länge. ”Alla” hade samma mål: att följa den döendes önskemål så långt det gick och att lindra lidande. Men det fanns delar av vårdens och omsorgens praktik som inte omfattades av de gemensamma förhållningssätten. Här lämnades personalen, var och en, ensam att bedö-

ma hur olika situationer skulle hanteras. Hur kan man svara den som initierar samtal om döendet och döden på ett sätt som hjälper och inte förvärrar? Hur ska man förklara och motivera olika beslut i enskilda fall, som frågan om vätsketillförsel i dropp, eller slemsugning av den döendes luftvägar? Hur kan/får man tala om den döendes tillstånd med henne och anhöriga?

De anhöriga yppade få klagomål kring händelserna efter dödsfallet, man såg inga alternativ till den ordning som bjöds. Personalen visste att rutinerna fanns beskrivna i en handbok eller pärm på arbetsplatsen, men man behövde sällan läsa dem. Personalen berörde ytterst sällan i ord till de anhöriga vad som görs med den döda kroppen. Det var mycket ovanligt att anhöriga visste det och ytterst få av de anhöriga tog avsked genom att ge den döda de allra sista omsorgerna: tvätta, kamma, klä. Dödens påtaglighet besparades de anhöriga av välmenande personal som bad dem att lämna rummet när den döda skulle göras fin.

Tydliggörande av döendets olika faser är viktiga för människorna runt omkring, det framgår här och i andra material. Enligt åtskilliga av de anhöriga kom döden som en chock, trots att de följt förloppet på nära håll. Många skrämdes av sina föreställningar om döden, men personalen uttryckte ofta att det var fint och inte skrämmande alls att få vara med om gamla människors död.

Överlag saknades forum för att utbyta erfarenheter och utveckla olika aspekter av arbetet med vård och omsorg om gamla i livets slutskede. På ett par arbetsplatser fanns frivilliga samtal att tillgå, och blott i något fall gavs sådant utrymme i handledning. Det var som om aspekter av arbetet med döende som saknade medicinska förtecken inte riktigt räknades till personalens arbetsuppgifter, trots att de i många fall upptog en betydande del av deras tankar och tid. En slutsats från denna studie är att kommunerna behöver utforma lokala riktlinjer och rutiner för arbetet med döende och avlidna i allmänhet, och riktlinjer och rutiner för kommunikation med anhöriga i synnerhet. Det är viktigt att erbjuda kontinuerlig handledning i arbetet med att ge vård och omsorg om döende och att möta och samarbeta med anhöriga.

## Kommunal handlingsberedskap

Inom ramen för Äldreuppdraget genomfördes under 1998 en studie vars syfte var att beskriva kommunal handlingsberedskap för omsorg och vård i livets slutskede med ett speciellt fokus på kvällar och nätter (26, 50). En enkät skickades ut till äldreomsorgsansvariga i ett representativt urval av landets kommuner. 87 av 94 kommuner inkom med svar, vilket innebar en svarsfrekvens på ca 93 procent. I studien gjordes en närmare granskning i tio av dessa kommuner, beträffande omsorg och vård i eget hem under kvällar och nätter. Ett urval av hemvårdspersonal med tjänstgöring kvällar

och nätter (n=152) bevarade en enkät samt intervjuades i grupp. Av resultaten framgår att majoriteten av de äldreomsorgsansvariga ansåg att de kunde erbjuda en god vård i livets slutskede. Närmare 80 procent av de kommuner som övertagit hemsjukvården kunde erbjuda tillfällig avlastningsplats vid akut socialt behov en kväll eller natt, i mindre utsträckning – 60 procent – om ett medicinskt omvårdnadsbehov förelåg. När landstinget var huvudman för hemsjukvården hade 56 procent möjlighet till tillfällig avlastningsplats vid akut socialt behov en kväll eller natt och i samband med medicinska omvårdnadsbehov och vid sociala behov 47 procent. I en akut situation hade 51 procent av kommunerna som själva ansvarar för hemsjukvården och 60 procent av kommunerna med bibehållet landstingsansvar inte möjlighet att få läkare på hembesök kvällar. I den förstnämnda kategorin av kommuner kan dock alla få besök av en sjuksköterska och i den sistnämnda 77 procent. Hemvårdspersonalen ansåg generellt att de hade tillräckligt med utrymme kvällar och nätter för att kunna ge en god vård och omsorg inför livets slut. Av de kommentarer som lämnats framgår dock att tiden inte riktigt räcker till sena kvällar och tidiga morgnar. Majoriteten av kommunernas äldreomsorgsansvariga ansåg att det fanns tillräckliga resurser, under kvällar och nätter, för vård av de äldre som önskade dö i sitt eget hem. En mer nyanserad bild framträder i de kommentarer som givits. Förutom ordinarie bemanning framhålls från många kommuner att det inte finns ekonomiskt och personellt utrymme för extra resurser i samband med vård- och omsorg i livets slutskede.

Studien visade också att de flesta kommuner saknade skriftlig policy och/eller riktlinjer för vård i livets slutskede. När sådana förekom innehöll de i huvudsak ett återgivande av nationella föreskrifter. Av hemvårdspersonalen var det många som inte kände till att skriftlig policy och/eller riktlinjer existerade.

### *Sammanfattning*

Allt fler avlider i det egna hemmet eller i särskilt boende i stället för, som tidigare på sjukhus. Denna utveckling uppfattas av många som riktig, förutsatt att man kan upprätthålla en god och säker vård.

I ökande grad ges omvårdnad av gamla i särskilda boenden för äldre, men också allt oftare i den egna bostaden av anhöriga tillsammans med personal inom hemtjänst och hemsjukvård. Den kommunala handlingsberedskapen är bristfällig och det saknas ofta policy och riktlinjer för vård i livets slutskede.

Val av plats och vårdform i livets slutskede styrs inte i första hand av den sjukes egna önskemål, utan snarare av en mängd andra omständigheter som t.ex. befintlig äldreomsorgsorganisation, de anhörigas åsikter, den gamles hälsa och sjukdomsförlopp och det sociala nätverket kring den döende.

Efter dödsfallet anger många anhöriga döden som oväntad och att de saknat dialog med personalen, liksom information om sjukdomsförloppet.

# Äldreomsorg under omprövning

## Omfattande behov prioriteras

Som tidigare konstaterats i Äldreuppdragets årsrapporter pågår *en omstrukturering av hjälpinsatserna* inom hemtjänsten. Äldre personer med mer omfattande behov prioriteras framför de med mer begränsade behov (5, 6). Denna utveckling, som accentuerats under senare år, gör det bland annat motiverat att tala om en alltmer selektiv fördelning av äldreomsorgens tjänster. Att kommunen formellt sett drar in hemhjälp för den enskilde förefaller ytterst ovanligt (51).

Drivkrafter bakom omstruktureringen torde, på ett övergripande plan, bland annat hänga samman med krympande ekonomiska resurser parat med tillväxten i den äldre befolkningen. På ett lokalt plan bestäms dock hemtjänstens utformning och innehåll i en komplex process där flera faktorer samspelar: strukturella påverkansfaktorer, statligt initierat reformarbete, lokala traditioner, graden av politik- eller förvaltningsinflytande samt olika professioners relativa styrka m.m. I en lokal studie (52) presenterad i årsrapporten 1998, omfattande åtta strategiskt valda kommuner, framstod inte utvecklingen som en explicit och genomtänkt strategi för att hantera en situation med fler hjälpbehövande äldre parallellt med minskade ekonomiska resurser. Omstruktureringen följde snarare av en rad samverkande faktorer, där ett mer restriktivt förhållningssätt vid biståndsprövningen identifierades som inledande och vanligast förekommande faktor, för att initiera processen där äldre personer med mer begränsade behov ställdes utanför det kommunala åtagandet. Som sekundär faktor, med mer begränsad förändringspotential, identifierades höjda avgifter och avgiftsförändringar. Först i ett tredje led identifierades utbudsminskningar då vissa tjänster exkluderades från det kommunala åtagandet, som verksam faktor. När det gäller omstruktureringens effekter gjordes bland annat iakttagelsen att i kommuner där utvecklingen drivits långt, upplevde man sig ha en otydlig bild av behoven i stort bland de äldre. Till följd av detta togs olika slags initiativ till en formaliserad uppsökande verksamhet. Ifråga om omstruktureringens kostnadseffekter konstaterades att omstruktureringen inte kunde motiveras utifrån den finansiella nettobesparingen, vilken var mycket ringa.

## Sociala kvaliteter ges liten uppmärksamhet

Ett annat centralt drag i utvecklingen är att *en kvalitativ förändring skett ifråga om synen på de sociala inslagen* i hemtjänsten, liksom i synen på den enskildes valfrihet, i mer restriktiv riktning. I en studie (53) som presenterades i årsrapporten 1997 framgick bland annat att äldre som behövde hjälp med måltider nästan uteslutande erbjöds denna hjälp i form av matlåda. Äldreomsorgsförvaltningarnas policy var mycket restriktiv vad det gäller möjligheterna att få hjälp med följeslagare vid promenader, att få följa med till livsmedelsaffären i samband med inköp av dagligvaror och att få välja affär för dessa inköp. En än mer restriktiv hållning deklarerades ifråga om bistånd i form av social samvaro – oavsett om samvaron avsåg tid för spontana samtal och umgänge eller mer planerade insatser i syfte att bryta isolering och ensamhet.

### *Insatsen matlåda är mer än bara leverans av mat*

Under senare år har matlådan blivit en allt vanligare insats som erbjuds äldre som behöver hjälp med maten. För att ta reda på vilka konsekvenser matlådan bär med sig ifråga om det dagliga sociala innehållet för de äldre har en kvalitativ studie genomförts (54).

39 äldre med insatsen matlåda intervjuades. De intervjuade bodde i sex olika kommuner vilka representerade var sin typ av matlåda. Studien förmedlar en bred och nyanserad bild av insatsen matlåda och dess konsekvenser utifrån ett brukarperspektiv, men ger inte något mått på hur vanliga matlådans olika möjligheter och tillkortakommanden är.

### **Matlådan innebär olika saker för olika individer**

En tydlig bild som växte fram i denna studie var att mötet med insatsen matlåda kan te sig mycket olika beroende av vem det är som får matlåda. Mötet utmärktes dock inte alltid av att det var en statisk produkt som möter många olika individer, utan ibland visade sig matlådan vara en – inom vissa gränser – flexibel insats.

För flera av de intervjuade fungerade insatsen matlåda bra. Det handlade om brukare som var otvivelaktigt nöjda, om äldre som med matlådans hjälp lyckades hålla hemtjänsten på distans och därmed också slog vakt om sin integritet eller individer som valde att ta matlåda endast när den upplevdes vara prisvärd. Andra hade svårare att acceptera matlådan. Den ansågs vara dyr, av dålig kvalitet eller så irriterades man av att leveransen skedde vid olika tidpunkter från dag till dag. Insatsen matlåda kunde försätta individerna i situationer de själva inte hade någon möjlighet att påverka.

En risk med matlådan är att den används alltför standardiserat. Matlådan fungerar bra för några, för andra fungerar den bra först i kombination med andra insatser och för en tredje kategori är den en omöjlig insats. För

äldre judar som äter koshermat – vilka i studien utgjorde ett exempel på en minoritetsgrupp – var den ordinarie matlåda äldreomsorgen erbjöd en oacceptabel insats.

Studien understryker att det inte finns bra eller dåliga matlådor, utan istället snarare många olika individer, vilket ställer höga krav på både biståndsbedömningen och möjligheterna till rimliga alternativ.

### **Matlådans möjligheter och tillkortakommanden**

Den traditionella husmanskost som många av de intervjuade föredrog, tar ofta lång tid att laga. Flera av de intervjuade trodde inte att hemtjänstens unga – och ständigt tidspressade – personal kunde laga denna typ av mat. Dessa maträtter visade sig dock vara möjliga att få via matlåda.

Den organisation som skulle garantera att matlådan kom fungerade. Beställd mat kom. Flera av de äldre framhöll att matlådan var bekväm. Den innehöll en genomtänkt och varierad mat som man kände igen och därför ofta kände tillit till.

Matlådan svarade inte upp mot de äldres hela dagsbehov av mat. Det innebar att insatsen matlåda därför inte helt trängde undan insatsen att handla hem mat. Från brukarens perspektiv betydde det en möjlighet att i viss mån få mer individuella önskemål ifråga om övrig mat tillgodosedda.

Matlådor vars mat går att lagra medförde vissa möjligheter. Flera uppgav att de valde ut de bästa matlådorna och delade upp maten så att den räckte i flera dagar. Därmed kunde individen återta en viss kontroll över sina matkostnader, samt maximera sina val. Denna frihet var dock bara möjlig om portionerna var tillräckligt stora och tålde att lagras.

Det var få som var rejält missnöjda med maten i matlådorna, men därmed var inte missnöjet ett mindre problem för dem som drabbades. Maten som kommer med matlådan kan alltså aldrig förväntas passa alla.

Matlådan för med sig negativa konsekvenser genom att de äldre fråntas möjligheten att ha insyn och ta ansvar i matproduktionen. De mest drabbade var några av de äldre kvinnorna vars erfarenheter och kunskaper om mat inte alls efterfrågades nu. De blev berövade en roll som varit mycket viktig och central för dem under livet.

Ett irritationsmoment för flera var att matlådan inte levererades vid samma tid dag efter dag. Några tvingades oro sig över om det skulle komma någon mat, medan andra upplevde sig vara låsta i den situation som uppstod. En annan irritationskälla var matsedlar med namn de äldre inte kände igen. Det skapade distans och därmed minskat förtroende för dem som producerade maten.

En annan avigsida med insatsen matlåda visade sig vara att den vände de äldre vid snabba hemtjänstinsatser. Överlämnandet av maten gick ofta fort. Möjligheten för brukarna att träffa och utveckla en närmare relation till personalen var liten, samtidigt som de äldres förväntningar på samhällets äldreomsorg riskerade att bli allt lägre.



### **Insatsen matlåda riskerar att urholka det sociala innehållet**

En fara med matlådan är att den tenderar att utvecklas till en renodlad serviceinsats. Ambitionen sträcker sig därmed inte längre än att tillgodose äldre personers behov av mat. För några framstår denna service som bra, men för andra fungerar den sämre. I och med att matlagningen förflyttas bort från hemmet mister de äldre möjligheten till insyn över maten, att ta ansvar, att använda sina kunskaper och erfarenheter, att röra på kroppen samt att under acceptabla former få möjlighet att prata med en annan människa. Den enskildes delaktighet och aktivitet som är en viktig komponent för vardagens sociala innehåll riskerar att gå om intet.

## **Entreprenader och ändrad förvaltningsorganisation**

Ytterligare ett centralt drag under 90-talet är att det blivit allt vanligare att *kommunerna överlåter driftsansvar för äldreomsorg till privata företag*. Därtill att kommunernas förvaltningsorganisation på sina håll tudelats så att *biståndshandläggning organisatoriskt skiljts från verkställighet*. Under 1999 tog Äldreuppdraget därför initiativ till en aktuell kartläggning av förekomsten av delad organisation, entreprenadernas nuvarande omfattning m.m. (10).

### ***Delad organisation vanligast idag***

Av kartläggningen framgick att förvaltningsorganisationen inom äldreomsorgen genomgått en dramatisk förändring vad det gäller företeelsen att särskilja handläggarfunktionen från ansvaret för det faktiska utförandet av hjälpinsatserna. Under perioden 1995–99 mer än fyrfaldigades antalet kommuner med sådan organisation, från omkring 40 kommuner 1995 till 170 kommuner 1999. Det innebär också att delad organisation idag är *den vanligaste organisationsformen för handläggarfunktionen inom äldreomsorgen* i Sveriges kommuner. Även om organisationsformen är mer frekvent förekommande i städer och förortskommuner har skillnaderna i spridning minskat mellan olika kommuntyper. Specialiserade handläggare förefaller nu vara ovanligt endast i glesbygdskommuner. Organisationsförändringen är endast i begränsad omfattning belyst i olika studier.

### ***Entreprenader och köp av platser fortsätter att öka***

År 1993 var andelen personer som erhöll vård och omsorg från en privat vårdgivare 3,5 procent, i den här aktuella kartläggningen uppskattades andelen till omkring 9 procent för år 1999, dvs. andelen hade nära trefaldigats över en sexårsperiod. I 1993 års inventering uppskattades den privat

drivna verksamhetens kostnadsandel av kommunernas totala bruttokostnader för äldre- och handikappomsorg till ca 2 miljarder, eller 4 procent av de totala bruttokostnaderna. I denna kartläggning uppskattades kostnaderna för entreprenader och köp av platser inom äldreomsorgen till sammantaget 4,6 miljarder för 1999. Uppgifterna är inte riktigt jämförbara då även handikappomsorgen inkluderades i 1993 års inventering, men indikerar mer än en fördubbling av kostnaderna i löpande priser över en sexårsperiod. Relaterat till kommunernas bruttokostnader för vård och omsorg till äldre (inklusive färdtjänst) utgjorde entreprenader och köp av platser sammantaget ca 7,3 procent år 1999.

### *Bredare verksamhet, fler företag, kontinuitet*

Tydligt är att entreprenadernas verksamhetsinnehåll förändrats. Nu avser entreprenader vanligen drift av särskilt boende och drift av hela hemtjänstdistrikt. Delentreprenader avseende specifika tjänster är jämförelsevis ovanliga, även om de ändå har större omfattning idag än 1993. Utvecklingen kan beskrivas som att entreprenörerna gått djupare in i äldreomsorgens kärnverksamhet, i omsorgen och vården om de äldre. Tidigare var entreprenörerna mer synliga som leverantörer av mer praktiskt inriktade service- och hushållstjänster (städning, matdistribution m.m.).

Jämfört med förhållanden 1993 finns idag fler och större privata företag verksamma som entreprenörer. Sett ur ett kommunalt perspektiv finns ett större utbud och en större mångfald entreprenörer att välja på. När det gäller avtalstider framgår av kartläggningen att de idag mest frekventa avtalstiderna är tre respektive fem år. I uppföljningar som gjorts av entreprenader har uppmärksammats att upprepade byten av entreprenörer kan äventyra kontinuiteten, samtidigt som kontinuitet är en högt värderad kvalitetsegenskap i äldreomsorgen. Av kartläggningen framgår dock att det nästan är dubbelt så vanligt att entreprenaden fortsätter med samma entreprenör. Kontinuitet dominerar således framför byte av entreprenör inom den entreprenaddrivna verksamheten. Om också mängden nyetabletrade entreprenader vägs in i bedömningen, har istället de berörda brukarna i flertalet av de aktuella entreprenaderna upplevt, vad som kan kallas *regibyte*, antingen i form av ny entreprenör eller att verksamheten övergått från kommunal regi till privat regi. Entreprenörsbyten är alltså ännu inte någon dominerande företeelse, även om den har viss omfattning. Beträffande omfattningen av entreprenaddriven verksamhet som återgått i kommunal regi visar kartläggningen att i sammanlagt 16 procent av samtliga förvaltningar där entreprenaddrift varit aktuell under de tre senaste åren, fanns erfarenhet av att verksamhet återgått i kommunal regi. Skälen var huvudsakligen att egenregiverksamheten bedömts vara överlägsen den entreprenaddrivna.

### *Köp av platser och kundvalssystem*

När det gäller entreprenader i förhållande till företeelsen med köp av enstaka vårdplatser för äldre visar kartläggningen att proportionerna är 80/20 med antalet berörda äldre personer som mått, respektive 65/35 med kostnader som mått år 1999. I nästan hälften av landets äldreomsorgsförvaltningar förekommer köp av enstaka platser. Jämfört med entreprenader är köp av enstaka vårdplatser en geografiskt och sett till antalet verksamma kommuner avsevärt mer utbredd företeelse. Även ifråga om mängden verksamma aktörer finns betydande skillnader gentemot entreprenader, likaså med avseende på förekomsten av mängden mindre företag. Likheter är dock att både ifråga om entreprenader och köp av platser dominerar ett antal större aktörer, ifråga om köp av platser är många av dessa stiftelser. Mängden aktörer förefaller vara större mot slutet av 90-talet än vid dess början.

S.k. kundvalssystem med den administrativa innebörden att den enskilde via s.k. servicecheck (ett konstruerat betalmedel) ges möjlighet att välja utförare, har fått en något större omfattning mot 90-talets slut. Fortfarande är det dock en mycket marginell företeelse, begränsad till omkring 2 procent av landets kommuner. I samtliga omfattades endast tjänster inom hemtjänsten i april 1999.

### *Utvecklingen under 90-talet*

Om den kartläggning som ovan presenterats ska sammanfattas är ett huvudresultat att anlita privata företag för verksamhet i äldreomsorgen kontinuerligt expanderat under 90-talet. Entreprenaderna har i praktiken blivit en etablerad företeelse som också är i stabil tillväxt. 1993 fick tre av 100 äldre med vård och omsorg från kommunen dessa samhällsin-satser från ett privat företag som arbetade på uppdrag av kommunen. Idag får närmare var tionde äldre vård och omsorg från ett privat företag som arbetar på uppdrag av kommunen. Sett över hela 90-talet är utvecklingen än kraftigare. Detta tillsammans med att en större mångfald av tjänsteföretag etablerats, att politiska meningsskiljaktigheter i praktiken avtagit m.m., gör det motiverat att tala om en alltmer etablerad mix av offentlig egenregi och entreprenaddrift inom svensk äldreomsorg av idag. Ett annat huvudresultat är att äldreomsorgens förvaltningsorganisation genomgått en radikal förändring. Vid 90-talets mitt var det fortfarande vanligast att en och samma tjänsteman ansvarade för beslut och verkställighet av beslut om hjälp till äldre. Idag är det istället vanligast att kommunerna skiljt ansvaret för beslut om hjälp från ansvaret för utförandet av insatserna. För det senare ansvarar idag en annan person. Sett ur den enskildes perspektiv innebär det bl.a. kontakter med fler personer när ett hjälpbehov uppstår eller förändras. Utbredningen av denna förändring med delad organisation har inte tidigare varit känd. Det finns också få studier som belyser dess

effekter. Vissa studier tyder på att förändringen kan medföra flera negativa effekter sett ur den enskildes perspektiv: mer byråkrati och en mer restriktiv hjälptilldelning. Andra studier tyder istället på att de formella handlägningsrutinerna förbättrats och att de biståndsbedömningar som nu görs är mer enhetliga. Frågan är om inte den delade organisationen tillsammans med det utökade anlitandet av entreprenörer utgör två av de största organisatoriska förändringarna inom svensk äldreomsorg under 90-talet, vid sidan av Ädelreformen. Den förstnämnda förändringen har dock i mycket skett i det tysta och är nästan inte alls studerad och utvärderad.

## Komplement för äldre i landsbygd

Den pågående utvecklingen med neddragningar och begränsningar i den offentliga äldreomsorgen, tillsammans med utflyttningen från landsbygden, ger anledning att uppmärksamma situationen för äldre som är i behov av omsorg och som bor utanför de urbana regionerna. I perspektiv av denna utveckling finns bland annat anledning att fråga sig om insatser från ideella organisationer och frivilliga riktade mot äldre vuxit i omfattning på landsbygden, om sådana initiativ i huvudsak utgör komplement till den offentliga omsorgen eller om de t.o.m. kan utgöra alternativ och om nya former av omsorg om äldre uppkommit ur dessa initiativ.

### *Studie i Västra Götaland*

Med en explorativ ansats har en kartläggning genomförts på landsbygden i Västra Götalands län i syfte att fånga omfattning och slaget av verksamhet hos lokala grupper och föreningar, utanför den offentliga omsorgen, med verksamhet riktade mot äldre (55). Grupper och föreningar har sammanförts till fem övergripande kategorier: pensionärsföreningar, kyrkliga och humanitära organisationer, lokala utvecklingsgrupper, grupper i samverkan och övriga grupper. Studien tyder på att de dominerande aktörerna huvudsakligen utgörs av eller har anknytning till etablerade större organisationer. Närmare hälften av aktörerna utgörs av pensionärsföreningar, vilka numerärt följs av kyrkliga och humanitära organisationer tillsammans med s.k. lokala utvecklingsgrupper. De sistnämnda, med en anknytning till den s.k. landsbygdsrörelsen, utgör dock en i sammanhanget särskild kategori. Den verksamhet som de olika aktörerna sammantaget utvecklar för äldre gäller huvudsakligen träffpunktsverksamhet, underhållning, social besöksverksamhet och trygghetsringningar samt viss opinionsskapande och intressebevakande verksamhet. Mellan aktörerna finns variationer vad det gäller tyngdpunkt för verksamheten och i motivbilden för engagemanget. Studien gör tydligt att verksamheten hos de grupper och föreningar som påträffats huvudsakligen bör betraktas som komple-

ment till den offentliga äldreomsorgen på landsbygden. I mycket begränsad omfattning utgör den alternativ. Det är också den uppfattning som tydligast framträder i de intervjuer som gjorts med frivilligarbetare. Av materialet framkommer att flertalet grupperingar tillkommit under de sista två decennierna, med en tyngdpunkt på 90-talet. Denna uppgift, tillsammans med intervjuer med frivilligarbetare i studien, ger visst stöd för uppfattningen att frivilligarbete riktat mot äldre ökat under senare år.

### *Sammanfattning*

Under 90-talet har äldre personer med mer omfattande behov prioriterats framför dem med mer begränsade behov.

Ett annat centralt drag i utvecklingen är att synen på de sociala inslagen i hemtjänsten förändrats i mer restriktiv riktning. Tillfälle till promenader, att följa med till affären eller social samvaro ges alltmer sällan.

Äldre som behöver hjälp med måltider erbjuds vanligtvis matlåda. Även om många är tillfreds med den mat de får, riskerar samtidigt andra behov som möjligheter till mänsklig kontakt, att få vara aktiv samt äga inflytande att underbetonas genom insatsen matlåda.

Det har blivit allt vanligare att kommunerna överlåter driftsansvar för äldreomsorg till privata företag. 1993 fick tre äldre personer av 100 vård och omsorg från ett privat företag som arbetade på uppdrag av kommunen. Idag gäller det närmare var tionde äldre.

Äldreomsorgens förvaltningsorganisation har genomgått en förändring. Vid 90-talets mitt var det fortfarande vanligast att en och samma tjänsteman ansvarade för beslut och verkställighet. Idag är det istället vanligast att kommunerna skiljt ansvaret för beslut om hjälp från ansvaret för utförandet av insatserna. Sett ur den enskildes perspektiv innebär det bl.a. kontakter med flera personer när ett hjälpbehov uppstår eller förändras.

# Äldreboendets utveckling

Benämningen särskilt boende infördes med Ädelreformen som samlingsbeteckning för de boendeformer, avsedda för äldre och funktionshindrade, som kommunerna ansvarar för. Benämningen inkluderar t.ex. boenden som benämns servicehus, servicelägenheter, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem (56). Som framgår av den tidigare redovisade verksamhetsstatistiken (Äldreomsorgen i siffror) är andelen 65 år och äldre som erhåller omsorg i särskilt boende idag större än andelen äldre som erhåller omsorg i ordinärt boende. Inte sedan 50-talet har den ”institutionsförlagda” omsorgen haft lika stor omfattning i landet (57). Vår tids särskilda boende skiljer sig dock i väsentliga delar från dåtidens institutioner.

## Sjukhemmen – från boende till vård?

Med Ädelreformen överfördes ett stort antal sjukhem och sjukhemsplatser från landstinget till kommunerna och övergick därmed, i juridiskt och administrativ bemärkelse, från att ha varit vårdanläggningar till att primärt vara en särskild boendeform. Samtidigt övertog kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser i dessa anläggningar till och med sjuksköterskenivå. Under 1998 genomförde Äldreuppdraget en rikstäckande uppföljning av utvecklingen vid sjukhemmen efter Ädelreformen (58).

Uppföljningen visade att verksamhet benämnd sjukhem eller sjukhemsplatser minskat i omfattning under senare år. I det befintliga beståndet kunde samtidigt en utveckling mot mindre enheter skönjas. I flera anläggningar hade boendestandarden förbättrats efter det kommunala övertagandet, huvudsakligen vad det gäller hygienutrymmen samt genom fler enkelrum. De fysiska miljöförbättringarna som åstadkommits var dock inte av sådan omfattning att anläggningarna, med avseende på nuvarande boendestandard, överlag kan sägas ha omvandlats till att primärt vara bostäder. Uppföljningen visade också att en ökad specialisering skett inom verksamheten med särskilda platser för t.ex. avlösning, växelvård, rehabilitering och vård i livets slutskede. En markant ökning hade skett av antalet korttidsboende och boende- resp. vårdtiderna hade avsevärt förkortats. En allt större andel vistades kortare tid än ett år vid boendet. Av uppföljningen framgick att de boende vid sjukhemmen hade avsevärt större omvårdnadsbehov och medicinska behov än de personer som vistades vid dessa anläggningar före Ädel. Samtidigt kunde konstateras att tillgången på medi-

cinskt kvalificerad personal i form av sjuksköterskor minskat, likaså att läkarnas direktkontakt med de boende minskat. I det sistnämnda avseendet konstaterades dessutom en drastisk minskning, en halvering under de senaste fyra åren. Ifråga om tillgången på övrig vårdpersonal framgick att denna varit oförändrad eller marginellt ökat. En väsentlig skillnad mot tiden före Ädel var dock att huvuddelen av övrig vårdpersonal utgjordes av undersköterskor.

Under 1998 genomfördes även en studie av kost och måltidsrutiner vid ett urval sjukhem (42). Studien indikerade bland annat att systematiska rutiner för att följa enskildas näringsintag inte fanns vid flertalet sjukhem. Dock framgick att arbete pågick kring kost- och måltidsfrågor på många håll. Jämfört med förhållanden före Ädelreformen föreföll samtidigt ingen förändring ha ägt rum ifråga om enskildas möjligheter att välja tidpunkt för måltider och det långa måltidsuppehållet mellan kvällsmål och frukost. Likaså var möjligheterna att välja maträtter mycket begränsade. I dessa avseenden kan en ”institutionskultur” sägas ha fortlevt vid sjukhemmen.

## Flyttningsstudierna i Sundsvall

I en serie av studier sedan slutet av 1970-talet har äldreomsorgen i Sundsvall studerats (59). Bland annat har man studerat orsakerna bakom äldres flyttningar till särskilt boende för att få en bild av vårdkedjan och hur olika delar av denna fungerat. De första flyttningsstudierna i början på 1980-talet hade som främsta syfte att ge underlag för olika förändringar och förbättringar. Ett annat syfte har dock med åren blivit att ge en bild av hur den svenska äldreomsorgen utvecklats över tid t.ex. förändringar och utvecklingstendenser i en kommun när det gäller utvecklingen inom särskilda boendeformer. Men också att över tid få en bild av vad det är som gör att äldre människor inte kan bo kvar i sin ursprungliga bostad. Var går gränsen mellan ett ”ordinärt” boende och särskilda boendeformer?

Sammanfattande slutsatser från flyttningsstudierna är följande:

- Mycket få flyttningar till särskilt boende i Sundsvall 1999 skulle ha kunnat förhindrats eller skjutits upp. Huvudmännen har i allt större utsträckning försökt sätta in ytterligare insatser för att möjliggöra ett kvarboende. Men nu har det inte längre gått. Resultaten talar för att det nuvarande antalet platser i särskilt boende inte kommer att räcka till om antalet mycket gamla i befolkningen fortsätter att öka.
- För vissa av flyttarna har samboende anhöriga svarat för merparten eller till och med hela omsorgsansvaret. Dessa flyttare har i många avseenden varit mer vårdtunga än de som bodde ensamma innan flyttningen. Flera av de anhöriga har av olika skäl vare sig velat eller orkat fortsätta och därför tackat nej till att få ytterligare hjälp och avlastning

från huvudmännen. För att anhöriga i större utsträckning ska acceptera hjälp och avlastning krävs sannolikt att nya former av samarbete utformas och sätts in tidigare.

- Vårdtyngden har ökat drastiskt över tid för samtliga former av särskilt boende. Under senare år verkar detta framför allt ha påverkat servicehusen och gruppboenden för dementa.
- Innebörden i begreppet ”särskilt boende” är oklart för många av flyttarna och deras anhöriga. Åtminstone hälften vet till exempel inte vad de flyttar till i den meningen att de inte besökt boendet innan. Flera av de blivande flyttarna och/eller anhöriga bör uppmuntras att göra ett besök innan flyttningen. Även i övrigt bör informationen om boendet och flyttningen förbättras.
- Brådskan från beslut om flyttning till själva flyttningen, bör diskuteras. Förutom i de fall där ett akut behov av omhändertagande ligger bakom den snabba flyttningen, finns skäl att diskutera hur hårt ett strikt ekonomiskt tänkande ska få styra. De äldre flyttarnas och de anhörigas behov av att förbereda sig för flyttningen borde i större utsträckning kunna ställas mot de kommunalekonomiska argumenten.

### *Vårdtyngsmätningar i Sundsvall*

Äldre personers behov av vård och omsorg, uttryckt i s.k. vårdtyngd, har mätts vid fem tillfällen 1978–1999 inom äldreomsorgen i Sundsvall (60). Äldreomsorgen och sjukvården i Sundsvall har under denna period genomgått stora strukturförändringar. Det har skett en kraftig satsning på vård och omsorg i ordinärt boende samtidigt som antalet platser inom slutna sjukhusvård minskat. Boendet i särskilda boendeformer har också förändrats påtagligt då antalet platser på ålderdomshem minskat kraftigt samtidigt som det skett en utbyggnad av gruppboende för dementa. Antalet personer äldre än 80 år har ökat med 69 procent och relativt sett har antalet platser i särskilda boendeformer per 1000 personer 80 år och äldre minskat från 445 till 311 platser.

År 1999 undersöktes totalt 1 223 personer: 248 i eget boende med hemsjukvård och hemtjänst, 94 på servicehus, 221 på ålderdomshem, 134 i gruppboende för dementa, 429 på vanliga sjukhemsavdelningar, 82 på demensavdelningar och 7 personer med enbart anhöriginsatser samt 8 ”övriga”.

Jämfört med 1978 hade vårdtyngden 1999 ökat påtagligt inom hela äldreomsorgsorganisationen. Vårdtyngden på servicehus år 1999 var högre än på sjukhem 1978. Den största vårdtyngden fanns år 1999 inom vårdformer där dementa utgör huvuddelen av de boende: gruppboende, speciella demensavdelningar och sjukhemsavdelningar. Enligt en metod som använts sedan 1993 gjordes också en bedömning huruvida pensionär-



erna bor inom ”rätt” eller ”fel” omvårdnadsform i äldreomsorgsorganisationen. Andelen ”felboende” var med denna metod 13 procent år 1999 jämfört med 23 respektive 24 procent 1993 och 1996, alltså en minskad andel ”felboende”. Samtidigt angav de äldre själva och deras anhöriga i mindre utsträckning att boendeformen var ”fel”.

I studien problematiseras även begreppsanvändningen ifråga om äldreboendet. Författarna påtalar att de gamla kategorierna servicehus, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem, är en i flera avseenden, bräcklig terminologi för att idag särskilja olika boendeformer och vårdnivåer. Studien presenterar ett försök att nivågruppera olika boendeformer utifrån ett antal parametrar: personaltäthet, kompetens, byggnad och medicinsk teknik.

## Läkarinsatser i äldreomsorgen

Socialstyrelsen har i arbetet med att följa och utvärdera äldreomsorgen (bland annat i Ädelutvärderingen och tidigare årsrapporter från Äldreuppdraget), liksom inom ramen för sitt tillsynsarbete, vid återkommande tillfällen pekat på brister i de medicinska insatserna i äldreomsorgen, framförallt beträffande läkarinsatserna. Kritiken har särskilt fokuserat på brister inom det särskilda boendet. Bristerna har t.ex. avsett den ringa direktkontakten läkare–patient och svårigheterna för de boende att få hembesök. Ur personalens perspektiv saknas möjligheterna till läkarkonsultation (främst under jourtid), läkarmedverkan vid individuell vårdplanering samt läkarledd handledning.

Hösten 1999 genomförde Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter i Malmö respektive Jönköping regionala enkäter kring läkarmedverkan i särskilt boende (61, 62). Undersökningen från Malmö, vilken baserar sig på en enkät bland medicinskt ansvariga i 49 kommuner i den södra sjukvårdsregionen, utmynnar i att ”verksamheten inte till alla delar är anpassad till det faktum att en mycket stor del av de boende är svårt sjuka” och efterlyser förbättringar främst ifråga om tillgången på medicinsk kompetens. Det gäller då omvårdnadspersonalens kunskaper, tillgången till sjuksköterskor, tillgång till läkarmedverkan och läkare med geriatrisk specialistkompetens samt förbättrad samverkan medan olika vårdgivare. I undersökningen från Jönköping, i vilken verksamhetschefer inom primärvården (33 st.) och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna (37 st.) tillfrågats, bedömer de läkarmedverkan som i huvudsak tillräcklig när det gäller direkt sjukvårdande insatser, men otillräcklig när det gäller konsultation för omvårdnad och rehabilitering liksom ifråga om medverkan vid individuell vårdplanering. I rapporten görs också bedömningen att den tid som är avsatt för läkarmedverkan sällan räcker till för besök hos enskilda, istället försiggår denna kontakt indirekt via sjuksköterskan.

När det gäller att bedöma läkarinsatsernas utveckling över tid inom primärkommunal vård och omsorg finns få arbeten som möjliggör jämförelser över tid – om än en uppsjö av kritiska studier och rapporter. En studie som möjliggör jämförelser över tid utgör den tidigare nämnda sjukhemsstudien från 1998 (58), av vilken framgår att tiden för läkarnas direktkontakt med de boende halverats under perioden 1994–98, samtidigt som de boende uppvisar ökade medicinska och omvårdnadsmässiga behov. Även om det aktuella måttet inte inrymmer indirekta läkarinsatser, ger resultatet en indikation på en försvagad läkarnärvaro vid särskilda boenden med dygnet-runt-omsorg.

Våren 1998 riktade Kommunförbundet en enkät om läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg till 85 av landets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (63). En liknande enkät riktades under våren år 2000 av Äldreuppdraget till ett riksurval om 185 av landets medicinskt ansvariga sjuksköterskor (64). Vissa jämförelsemöjligheter finns mellan de båda studierna.

I Kommunförbundets studie redovisades att vid drygt 80 procent av de särskilda boendena med dygnet-runt-omsorg (definierat som sjukhem, gruppboende, ålderdomshem och liknande äldreboendeformer) fanns en särskilt utsedd läkare med fast ansvar för samtliga boende. Den motsatta situationen rådde beträffande övrigt äldreboende: där var fler läkare involverade samtidigt. I Äldreuppdragets studie uppgav omkring 80 procent att principen för organisering av läkaransvaret vid särskilda boenden med dygnet-runt-omsorg (enligt tidigare definition) var att det fanns en särskilt utsedd läkare med ansvar för läkarinsatserna vid boendet. Ifråga om övrigt äldreboende dominerade istället husläkarprincipen. En jämförelse av resultaten tyder inte på någon nämnvärd förändring ifråga om hur läkaransvaret är organiserat gentemot det särskilda boendet under de senaste två åren.

I Kommunförbundets studie uppgav närmare 70 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att läkarna regelbundet varje vecka besökte särskilda boenden med dygnet-runt-omsorg. I Äldreuppdragets studie lämnade drygt 75 procent av sjuksköterskorna motsvarande uppgift. Även med hänsyn tagen till andra aspekter i svarsbilden, tyder resultatet på en något mer frekvent läkarnärvaro vid de aktuella boendena under de två senaste åren.

I Kommunförbundets studie fick sjuksköterskorna även göra bedömningar av läkarnas tillgänglighet för konsultation, dagtid respektive jourtid, vid vård i livets slut i särskilt boende. Närmare 80 procent gjorde bedömningen mycket bra/bra under dagtid, medan omkring 60 procent gjorde en sådan bedömning för jourtid. I Äldreuppdragets studie tillfrågades sjuksköterskorna om tillgängligheten för telefonkonsultation *över huvud taget* i det särskilda boendet. Drygt 80 procent gjorde bedömningen mycket bra/bra och det såväl ifråga om möjligheterna under dagtid som

under jourtid. Med reservation för frågeställningarnas och bedömningarnas något skiftande syftning, förefaller dock resultatet knappast indikera en försämring av möjligheterna till läkarkonsultation. Det förefaller mindre troligt att möjligheterna till läkarkonsultation vid vård i livets slut skulle vara sämre än de allmänna konsultationsmöjligheterna.

Sammantaget tycks en jämförelse mellan de båda studierna inte indikera en försämrade läkarmedverkan under de två senaste åren inom primärkommunal vård och omsorg – med referens i de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas bedömningar. Samtidigt kan inte bortses från att förändringar i bedömningar av detta slag mer kan förklaras av värde-/opinionsförskjutningar än verkliga förändringar.

När det gäller Äldreuppdragets studie kan tilläggas att studien visade på mer kritiska bedömningar av läkarnas tillgänglighet och medverkan av medicinskt ansvariga sjuksköterskor utanför storstadsområdena. Samtidigt var samverkansavtal mellan primärvård och kommun mer vanligt förekommande utanför storstadsområdena. I storstadsområdena var det å andra sidan vanligare att principen med en särskilt utsedd läkare som ansvarade för läkarinsatserna till samtliga boende, dominerade som organisationsprincip för läkarinsatserna i det särskilda boendet.

Sammanfattningsvis ger ovan nämnda arbeten inte någon entydig bild av utvecklingen under de två senaste åren vad gäller läkarmedverkan i äldreomsorgen. Tillsammans kan de dock tolkas som att direktkontakten läkare–patient knappast förbättras, men att en förbättring skett ifråga om läkarnas indirekta medverkan i primärkommunal vård och omsorg. Detta betyder givetvis inte att situationen ser så ut över hela landet och exempel finns på orter där man kommit långt beträffande samverkan och läkarmedverkan i den kommunala äldreomsorgen.

### *Sammanfattning*

En uppföljning under 1998 av verksamheten vid sjukhem visade att de boende hade avsevärt större omvårdnads- och medicinska behov än före Ädelreformen. Tillgången på medicinskt kvalificerad personal i form av sjuksköterskor hade samtidigt minskat, liksom läkarnas direktkontakt med de boende. Andelen korttidsboende hade ökat markant och vårdtiderna hade blivit allt kortare.

En serie studier i Sundsvall visar att vårdtyngden ökat drastiskt över tid för samtliga former av särskilt boende. Mycket få flyttningar till särskilt boende skulle ha kunnat förhindras eller skjutits upp. Innebörden i begreppet ”särskilt boende” var oklar för många av flyttarna och deras anhöriga. Hälften hade inte besökt boendet innan flytten.

Det är angeläget att utveckla terminologin för att kunna särskilja olika boendeformer och vårdnivåer inom det särskilda boendet.

De få studier som finns om läkarmedverkan kan tolkas som att direktkontakten läkare–patient inte förbättrats under de senaste två åren, men att en förbättring skett ifråga om läkarnas medverkan som konsulter. Den senaste studien tyder på att problemen med läkarmedverkan är större ute i landet än i storstadsregionerna.

# Ytterligare områden att uppmärksamma inom äldreomsorgen

Trots att Äldreuppdraget spänner över många frågeställningar, finns det många aspekter på vård och omsorg om äldre som inte finns angivet inom uppdragets ramar. Socialstyrelsen har därför anammat en vidare tolkning av uppdraget och tagit upp ytterligare områden och frågor som av skilda skäl inte fått den uppmärksamhet de förtjänar. I detta ligger också en kunskap om hur väl man inom äldreomsorgen förmår att uppmärksamma den äldre befolkningens behov av vård omsorg i olika former.

## Äldre med psykiska besvär

Under Äldreuppdragets gång har Socialstyrelsen fått många signaler om att psykiska besvär eller sjukdomar bland äldre ofta inte har uppmärksamats tillräckligt. Socialstyrelsen initierade därför en kunskapsöversikt, ”Psykisk sjukdom bland äldre”, där det bl.a. framgår att bland de drygt 1,5 miljoner äldre i Sverige finns det uppskattningsvis 150 000 med depression, ca 100 000 med ångesttillstånd och 100 000 med psykotiska tillstånd. Räknar man med dem som inte fyller strikta kriterier på psykisk sjukdom men som ändå är i stort behov av stöd och behandling blir det ännu fler (65).

Ett stort problem är att funktionshindret ofta felaktigt ses som en del av det naturliga åldrandet. Orsakerna till detta är flera, dels saknas grundläggande kunskaper om psykiska sjukdomar hos äldre bland stora delar av vård- och omsorgssystemet, dels saknas resurser. Ofta innebär psykiska besvär och sjukdomar hos äldre problem inom den kommunala vården och omsorgen eftersom det är en grupp som kan förorsaka svåra vårdssituationer. Det kan också finnas brister i samarbetet mellan olika vårdgivare. Diagnostiken kompliceras av att de äldre ofta har kroppsliga sjukdomar, funktionshinder och demenssjukdomar. Behandlingen fordrar speciella hänsyn till de äldres större känslighet för olika påverkan, bl.a. större känslighet för biverkningar av mediciner. Psykiska sjukdomar hos äldre är behandlingsbara. Många kan få symtomlindring och tillfriskna bl.a. genom stödsamtal, psykoterapi och mediciner.

För att få en fördjupad kunskap om vårdpersonalens uppfattning om

äldre med psykiska besvär har en serie intervjuer gjorts med ett 60-tal personal i sex kommuner under 1998. Syftet med studien var att fånga upp vad personal från socialtjänst och primärvård som arbetar eller har kontakt med äldre personer, har för kunskaper om äldres psykiska hälsa/ohälsa, hur vanligt förekommande det är med psykiska besvär, vilka åtgärder som vidtas om man observerar tecken på psykisk ohälsa m.m. (6).

Nästan samtliga intervjuade *vårdbiträden och undersköterskor* ansåg att äldre med psykiska besvär inte får tillräckligt med hjälp. Som orsak angavs brist på tid och resurser, bristande kunskaper hos dem själva och andra, och att även om man rapporterar till arbetsledaren så tar det för lång tid innan de får någon hjälp. Någon nämnde att äldre med psykiska besvär antagligen inte blir tillräckligt utredda – något som kan bero på brister i kommunikationen mellan kommun och landsting. Vårdpersonalen angav ofta att det var ”jobbigt” att arbeta hos personer med depression, ångest och oro. Majoriteten av vårdbiträdena/undersköterskorna önskade mer utbildning/information om äldres psykiska hälsa och ohälsa.

De kommunalt anställda *sjuksköterskorna* angav att den vanligaste typen av psykiska besvär bland äldre var depressioner, paranoidea psykoser, förvirring, oro, ångslan, ångest och nedstämdhet. Mer än hälften angav att man alltid vid vårdplanering tar upp hur pensionärerna mår psykiskt. På frågan om det händer att läkare kontaktas när det gäller pensionärernas psykiska hälsa svarade två tredjedelar att det sker ganska ofta. Beträffande information och utbildning angående psykiska besvär hos äldre var studiecirklar vanliga. I övrigt nämndes tillfällen i samband med rapportgivning och andra samtal i gruppen/teamet.Handledning angavs som ett annat exempel. Samtidigt angav nästan alla att de har behov av att lära sig mera om äldres psykiska besvär.

Tre fjärdedelar av de intervjuade *biståndshandläggarna* ansåg att de hade tillräcklig kunskap för att observera om någon äldre har psykiska besvär. Likaså uppgav tre fjärdedelar att det är ganska vanligt att psykiska besvär eller sjukdomar är huvudorsak till att vederbörande får bistånd. Nästan samtliga biståndshandläggare ansåg att det finns äldre som far psykiskt illa på grund av att de själva inte söker hjälp eller att personer i omgivningen inte är tillräckligt observanta på den sjukes behov.

Vid tecken på psykiska besvär hos en äldre som inte tidigare haft kontakt med sjukvården kontaktas vanligtvis psykiatrin, psykteamet, vårdcentralen, kommunsköterska eller distriktssköterska. Hälften av handläggarna ansåg emellertid att de ganska sällan eller mycket sällan hade behov av att rådfråga annan sjukvårdspersonal när det gäller pensionärernas psykiska hälsa. Nästan alla angav att de hade återkommande sammankomster med personal för att diskutera hur vårdtagarna mår och hur deras tillstånd utvecklas, t.ex. i form av vårdplanering, vårdlagsträffar och gruppmöten. Biståndshandläggarna var inte nöjda med insatserna från psykiatrin, bl.a.

uppgav man att rapporteringen till socialtjänsten från sjukvården fungerade dåligt och här framhölls att psykiatrik hänvisar till sekretessen. Psykiatrik kräver remisser och systemet uppfattas som krångligt. Man möts av liten förståelse, kanske på grund av skilda referensramar.

Två av de fem *distriktsläkarna* ansåg att det är ganska vanligt, medan tre det är mindre vanligt att äldre patienter söker för psykiska besvär. Det är dock överlag vanligt att äldre patienter uppger psykiska besvär ”vid sidan om” det som är huvudorsaken till besöket. Distriktsläkarna uppgav att de vanligaste psykiska besvären/sjukdomarna som äldre patienter söker för var sömnsvårigheter, oro, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter/glömska. Flera angav att det är mindre vanligt att de noterar en psykiatrisk diagnos i journalen. En anledning till att man inte noterar i journalen är att det finns tveksamhet om diagnosen. Det framhölls också att ”om flera andra sjukdomar föranleder besöket och psykbesvär tas upp vid sidan om så glömmar jag det vid journalföringen”. Samtliga uppgav att de hade möjlighet till kontakt med specialist i psykiatri för rådfrågning och konsultation, vilket dock sällan utnyttjades.

Samtliga tillfrågade distriktsläkare ansåg att det finns många äldre som lider av psykiska besvär på grund av att de inte diagnostiseras och får erforderlig behandling. Bland orsakerna nämndes:

- äldre patienter uppger inte psykiska besvär spontant
- de har ofta många kroppsliga besvär och talar främst om dem
- det kommer inte till vårdens kännedom eller felbedöms som åldrandet i sig
- tidsbrist vid läkarbesök och
- bristande resurser för uppsökande verksamhet.

Sammantaget bekräftar intervjuer att vårdpersonalen uppfattar äldre med psykiska besvär som en eftersatt grupp. Samtidigt går som en röd tråd genom praktiskt taget alla intervjuer att vårdpersonalen anser sig ha för lite tid för denna grupp. Det framskymtar också att det finns brister i kunskapen om psykiska besvär hos äldre och vad som är möjligt att behandla eller hjälpa den äldre med. Genomgående anser personalen att en flyttning till särskilt boende är en dålig lösning på denna typ av hjälpbehov. Den bild som tonar fram är att ”man gör så gott man kan” för att hjälpa denna patientgrupp, men att man också är varse att detta är långt ifrån tillräckligt. Samtidigt framgår det att man tror sig om att kunna göra mycket mer med enkla medel, om man bara hade tid.

## Äldre personer med reumatiska sjukdomar

Uppskattningsvis finns i Sverige ca 1 miljon personer med någon form av reumatisk sjukdom. Ett stort antal av dessa (ca 35–40 procent) är över 65 år. Sjukdomen debuterar ofta i 45–65 årsåldern. För att få en bild av äldre med uttalade funktionshinder tog Socialstyrelsen i samarbete med Reumatikerförbundet initiativet till en undersökning av äldre reumatiker våren 1998 (66). Frågor ställdes inom områdena funktionsnedsättning, hemtjänst, hjälp av anhöriga, färdtjänst, bostadsanpassning, hjälpmedel, hälso- och sjukvård, rehabilitering och fritid. Resultatet baseras på enkätsvar från 2 591 personer över 65 år med någon form av reumatisk sjukdom (valda från Reumatikerförbundets medlemsregister). Majoriteten av de svarande var i åldern 65–74 år.

Närmare 60 procent av de svarande ansåg sig ha ett ganska gott eller mycket gott hälsotillstånd. Drygt hälften anser sig ha ganska eller mycket stora funktionsnedsättningar på grund av sin reumatiska sjukdom. Mer än hälften uppgav ytterligare funktionsnedsättningar, vanligast syn- eller hörselnedsättningar. En grupp på ca 300 personer (12 procent) anger att de har det mycket svårt, eller inte alls klarar av, att utföra vardagsysslor som att klä på sig, tvätta kläder, bada och duscha, gå i trappor, komma ur sängen etc.

Äldre reumatiker söker ofta kontakt med sjukvården på grund av sin reumatiska sjukdom. När det gäller kontakt med läkare sker det oftast vid vårdcentralen. Var femte person säger att de efter pensioneringen har blivit hänvisade från reumatologisk klinik till att i fortsättningen besöka vårdcentralen (eller i vissa fall till någon annan klinik). Det förefaller vanligare att patienter som går kvar på reumatologkliniken ofta möter ett helt team av personer, med olika kompetenser, medan de som besöker vårdcentralen oftare träffar en ensam läkare.

Överflyttningen av patienter från reumatologiska kliniker till vårdcentralen ställer ökade krav på kompetens hos personalen när det gäller att behandla och bemöta patienter med reumatiska sjukdomar. Nästan var femte svarande anser att vårdpersonalen inte har tillräckliga kunskaper om reumatiska sjukdomar och lika många anser sig inte få tillräcklig information om hur de ska sköta sin sjukdom.

Trots de täta läkarbesöken är det 67 procent som vid undersökningstillfället inte har någon pågående rehabilitering/behandling. Ändå ”konsumerar” gruppen mycket sjukvård. De går relativt ofta till läkare och 85 procent av de svarande medicinerar med anledning av sin reumatiska sjukdom. Drygt 17 procent anser att de fått sämre rehabiliteringsinsatser sedan de blivit pensionärer medan drygt 3 procent anser att det blivit bättre. Mer än en tredjedel av de svarande har någon gång fått behandling vid rehabiliteringsanläggning eller så kallad kurort de senaste fem åren. Ytterst få personer söker klimatvård, vilket kan ha olika förklaringar. Man kanske



vet att det är nästan omöjligt att få ansökan beviljad, patienten eller läkaren kanske inte känner till möjligheten. Av dem som söker får cirka 80 procent avslag. Det är belagt att aktiva rehabiliterings- och behandlingsåtgärder i hög grad minskar smärta och leder till ett långsiktigt minskat vårdbehov. Aktiv behandling/rehabilitering är ofta också en förutsättning för att patienten ska kunna bibehålla de funktioner som finns kvar och sådan behandling förhindrar eller fördröjer ofta en försämring av sjukdomsbilden. Att enbart medicinera kan visserligen ta bort eller minska smärtor, men enbart medicinering leder sällan till förbättringar.

Var tionde tillfrågad person anger att de har avstått nödvändig behandling på grund av för höga kostnader. Ungefär var femte person ansåg att de inte får den medicinska behandling de behöver och 17 procent har tidigare fått en behandling som upphört efter att de fyllt 65 år. När det gäller färdtjänst, bostadsanpassning och närmiljö uppger en majoritet att det mesta fungera bra. Två tredjedelar av de svarande har fått hjälpmedel och svaren visar att de också används regelbundet och att användaren både får information om hjälpmedlet och kan påverka valet av hjälpmedel. Nästan var tionde person uppger dock att de har avstått från hjälpmedel av kostnadsskäl.

I det längsta försöker de flesta klara sig själva. Det återspeglas av att endast 16 procent har hemtjänst. En tredjedel angav att de avstått helt eller delvis från hemtjänst på grund av kostnaderna. Ytterligare en tredjedel uppgav att de klarar sig själva och varken behöver hjälp av hemtjänst eller anhöriga. För de övriga täcks hjälpbehoven av anhöriga, grannar eller nära vänner. Av dessa anser sig 17 procent vara mycket eller helt beroende av anhörigas hjälp. Som reumatiker och äldre är man dubbelt beroende av att hemtjänsten fungerar eller att anhöriga kan rycka in. Det kan också vara svårt för den enskilde att efterfråga något man inte vet så mycket om (och där ingen känner ansvar för att informera om vilka möjligheter som finns). Det kan vara en förklaring till varför så få efterfrågar t.ex. klimatvård, vård på dagavdelning och rehabilitering och behandling. För individen kan detta sammantaget leda till ett försämrat sjukdomsförlopp, ökad smärta och ett stort behov av medicinering.

Att vara reumatiker och bli äldre skapar en ny situation, där den reumatiskt sjuke riskerar att inlemmas i ett äldrekollektiv där den aktiva rehabiliteringen och behandlingen gradvis upphör. De speciella behov som är relaterade till den reumatiska sjukdomen riskerar att inte bli tillgodosedda. En anledning till det kan vara att den personal inom vård och omsorg man möter som äldre, saknar kompetens eller inte riktigt uppmärksammar äldre reumatikers behov. Det tycks finnas en tendens att äldre reumatiker tappar kontakten med specialistvården och istället hänvisas till en vård som ofta går ut på att hitta lämplig medicinering, men mer sällan innehåller aktiva åtgärder för att minska smärta och påverka sjukdomsförloppet.

## Näringsproblem hos äldre

En fullvärdig kost är förutsättning för att upprätthålla hälsan. Näringsintaget bör vara så sammansatt att det tillgodoser det individuella och aktuella energi- och näringsbehovet, något som i sin tur påverkas av både sjukdomar och förändrad aktivitetsnivå. Kosten skall också rusta den äldre för att bättre klara de sjukdomar som ofta följer med åldrandet. Att äta och dricka och samvara vid matbordet utgör också en rik källa till glädje och trevnad av stor betydelse för äldre. Eftersom kommunerna under 1990-talet har fått ansvaret för allt sjukare och omvårdnadskrävande äldre har nutritionsaspekterna kommit att bli ett växande kommunalt ansvar. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen inom ramen för Äldreuppdraget sett det som angeläget att studera hur de äldres nutritionsituation ter sig i olika former av boende, service och vård.

I tre studier har äldres nutritionsstatus bedömts med hjälp av en särskild skattningsskala – Mini Nutritional Assessment (MNA) – som utvecklats speciellt för bedömning av äldres nutritionsstatus. Skattningarna kompletterades med uppgifter om diagnos, aktuell medicinering, vissa funktionsmått samt data om hjälpinsatser.

Den första studien fokuserade äldre som bodde i olika typer av **särskilda boendeformer** (67). I tre slumpvis valda kommuner undersöktes samtliga äldre (872 personer) i särskilt boende. Av samtliga personer bedömdes 71 procent på sjukhemmen, 39 procent på gruppboenden för dementa, 33 procent på ålderdomshem och 21 procent på servicehus som "undernärda".

Den andra studien genomfördes i form av en kartläggning av hemma-boende äldre med **hemsjukvård** (68). Åttio patienter i två hemsjukvårdsdistrikt i Stockholm (medelålder 84 år) undersöktes. Flertalet hade förutom sjukvård i hemmet även hemtjänst, närmare hälften hade mattjänst, dvs. att maten levererades hem till den äldre vanligtvis i "matlådor". Här bedömdes 3 procent som undernärda, samt 62 procent befinna sig i riskzonen. Över hälften drack mindre än en liter vätska per dag. Nästan hälften av de välnärda hade mattjänst, medan drygt hälften av de som befann sig i riskzonen eller var undernärd inte hade mattjänst från kommunen.

I den tredje studien studerades näringstillståndet hos hemmaboende äldre med **hemtjänst** (69). Den genomfördes i nio hemtjänstdistrikt i fem slumpvis valda kommuner. Totalt kom 356 personer med hemtjänst (65 år och äldre) att intervjuas och bedömas med hjälp av skattningsskalan. Resultaten visade att 6 procent bedömdes vara undernärda, medan 43 procent hamnade i riskzonen för att betraktas som undernärda. Kännetecknande för dessa grupper var bl a att de hade tugg- och sväljproblem eller dålig matlust. Likaså skattade de sitt hälsotillstånd som sämre och de kände sig oftare nedstämda än de andra. Det fanns inget samband mellan diagnos och förekomst av näringsproblem bland de undersökta, vilket talar för en lägre grad av sjuklighet i denna grupp jämfört med de andra studierna.

När man värderar resultaten av dessa studier är viktigt att poängtera att begreppet ”undernäring”, inte skall tolkas som ett mått på vårdens kvalitet eller vanvård. Tecken på undernäring betyder heller inte att de äldre i t.ex. särskilt boende inte får den mat de behöver eller att man ”svälter”. Där- emot kan det ofta förklaras av att vissa äldre på grund av sjukdom har stora svårigheter att tillgodogöra sig födan.

Sammantaget ger de tre studierna en fördjupad bild av det mångfaceterade problemet med malnutrition inom äldreomsorgen. Det faktum att de andelen malnutrierade var störst inom det särskilda boendet, pekar mot att näringssituationen delvis är kopplad till vårdtyngd och sjuklighet. Samti- digt ger studierna uppslag på vad som kan förbättras inom äldreomsorgen. Ett exempel är att en stor andel av de äldre – drygt hälften av de som bodde i särskilt boende – intar två eller färre ”hela” måltider per dag, vilket inte självklart ger en tillfredsställande näringstillförsel. Ofta förekommer mel- lanmål som substitut, något som kan fungera hyggligt, men som kanske alltför ofta blir ”kaffe och en bulle”. Äldre människor dricker alldeles för lite. Drygt hälften av alla hemsjukvårdspatienter och äldre med hemtjänst drack mindre än en liter vätska per dag, medan detta gällde för ca en tredjedel av alla som bodde i särskilt boende. En allmän förklaring kan vara att äldres törstkänsla är nedsatt vilket ofta leder till ett minskat väts- keintag. Detta problem kan ibland förstärkas vid vissa sjukdomstillstånd, vilket leder till ökade svårigheter att upprätthålla vätskebalansen, vilket i sin tur kan medföra intorkning med bl.a. förvirringstillstånd som följd.

Sammantaget pekar dessa tre studier på att det förekommer nutritions- problem inom äldreomsorgen. Även om det är en minoritet som kan sägas vara undernärda eller ”felnärda”, talar resultaten för att dessa problem måste ges större uppmärksamhet. Lokala riktlinjer för nutritionsfrågor, utbildning av personal, rutiner för identifiering av personer i riskzonen för undernäring, uppföljning och dokumentation av näringsproblem är några förslag till åtgärder som vore väsentliga att pröva i äldreomsorgen.

## Tandvård för äldre

Inom ramen för Äldreuppdraget har behovet att uppmärksamma frågor rörande de äldres tandhälsa lyftas fram. I detta syfte initierades en kun- skapssammanställning angående tandvård för äldre, vars huvudsakliga innehåll kan sammanfattas på följande sätt (70).

Till det normala åldrandet hör en försämrad motorik som leder till att det blir svårare att ta vissa grepp med händerna likaväl som att göra de små rörelser som t.ex. krävs för en effektiv tandborstning. Risken är alltså stor att många äldre får allt svårare att på egen hand klara av sin munhygien. Eftersom munhålans komplicerade muskulatur förslappas, slemhinnorna blir skörare och saliven tunnare blir också självrengöringen av tänderna allt sämre med åren. Beläggningar fastnar därför allt lättare. Problemet

med beläggningar förvärras också av att många äldre har hunnit få många lagningar och ingrepp i tänderna, där beläggningarna fastnar. Förutsättningarna för äldre att hålla munsjukdomar som karies, tandköttsinflammationer och tandlossning borta kan alltså sägas vara sämre än för den yngre befolkningen. Vid sidan av att ha ont i tänderna och munnen, samt riskera att tänderna förstörs, kan även andra delar av kroppen påverkas negativt, såväl fysiskt, psykiskt som socialt av en eftersatt munhygien.

I SCB:s undersökning om svenskarnas levnadsförhållanden (ULF) 1995 framkom att bland 55–64-åringar hade närmare 90 procent kontakt med tandvården. För dem mellan 65 och 74 år, där behoven av tandvård inte är lägre, hade siffran sjunkit till ca 77 procent. Orsakerna till en minskad tandvårdskontakt högre upp i åldrarna är flera. Ett problem kan vara att tandläkaren har gått i pension och en yngre kollega har tagit över verksamheten. De äldre kan känna sig rädda för att möta en ung tandläkare ur en annan generation som dessutom kanske har andra värderingar. Istället vill de höra sig för med någon annan tandläkare och tidsbeställningen skjuts upp tills akuta besvär inträffar. Ett annat problem kan vara rörelsehinder, vilket innebär att den gamle måste ha ledsagare med sig, vilket kan kännas genant åt båda håll för den äldre. Ett försämrat allmäntillstånd kan också ligga till grund för att inställa tandläkarbesök. Diverse krämpor upptar tid och uppmärksamhet medan tandvården får stå åt sidan. En kategori som också försvinner från tandläkaren är de som drabbats av demenssjukdom och i ett första stadium inte vet om – eller när – de varit hos tandvården. När sedan demensen fortskridit och den äldre kommit in på någon form av äldreboende finns ibland ingen anhörig att fråga om vem tandläkaren är, och om anhöriga finns vet de inte alltid något om den gamles tandvårdskontakter. Det är heller inte självklart att de anhöriga känner till den äldres tand- och munhälsa. Till detta kan läggas att tandvårdskostnaderna kan vara en utgift som många i det längsta vill undvika.

I en studie utförd i Västerås – bland 364 personer som arbetade inom äldreomsorgen – svarade 42 procent att det var äckligt att borsta de äldres munnar. Vid en rangordning av olika omvårdnadsaktiviteter bedömde de tandborstningen som den besvärligaste. En psykologisk spärr finns också, området känns väldigt privat. Äldreomsorgens personal drar sig för sysslan. Attityderna skiftar givetvis, men munhygien blir sällan tillgodosedd. Undersökningar visar att även om tiden finns, finns inte lusten hos personalen. Blöjor byts med tillhörande hygienskötsel men munnar glöms lätt bort och tänderna borstas inte efter måltider. Ett återkommande svar från personalen är att man inte, mer än nödvändigt, ska ta uppgifter ifrån de dementa. Till dessa uppgifter hör tandborstning. Resultatet blir att den gamla – med sina många gånger dåliga förutsättningar – själv får borsta sina tänder. Någon kontroll på att tandborstningen är ordentligt gjord görs oftast inte. Det är dessutom svårt att bedöma vad som är godtagbar mun-

hygien. Bakteribeläggningar är svåra att upptäcka för ett otränat öga. Därför är skillnaden mellan vad som är godtagbar munhygien stor mellan vad tandvårdspersonal och äldreomsorgens personal tycker.

Frågeställningarna runt tandvård har förändrats för äldreomsorgens personal under de senaste årtiondena. Förr handlade det om vems tandproteser som låg i vattenglas. Nu vet ingen längre vad som är eget eller konstgjort, löstagbart eller fastsittande, och när den äldre behöver komma till tandläkaren blir pressen stor på personalen. Tidsutrymmet för att någon ska kunna följa de äldre och därmed vara borta en längre stund finns inte, vilket inte förbättrar situationen.

För att förbättra de äldres tandhälsa och för att hjälpa de äldre att uppehålla bästa möjliga tandstatus, genomfördes 1999 en ändring av Tandvårdslagen beträffande det statliga stödet för vuxna. Ett väsentligt inslag i reformen var att landstingen skall svara för uppsökande verksamhet bland boende i olika former av särskilt boende, samt att de boende vid behov erbjuds nödvändig tandvård. Den uppsökande tandvården är avgiftsfri för den enskilde medan kostnader för eventuell nödvändig tandvård betalas med avgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I en uppföljning av tandvårdsreformen för 1999, konstaterar Landstingsförbundet (71) att på grund av diverse ekonomisk-administrativa skäl samt den korta förberedelse tiden, har tandvårdsreformen inte nått full verkan under 1999. Det föreligger också stora skillnader mellan landstingen hur långt man har kommit i implementeringsarbetet. Den uppsökande verksamheten består i att patienten erbjuds en munhälsobedömning av tandvårdspersonal, individuell instruktion om hur munhygien ska utföras samt vid behov kontakt med tandläkare eller tandhygienist för att få nödvändig tandvård utförd. Vård- och omsorgspersonal erbjuds information om betydelse av den dagliga förebyggande vården för patienternas mun och tandhälsa samt individuell handledning, när en patient på grund av sjukdom eller funktionshinder inte själv kan sköta munhygien.

Den uppsökande verksamheten riktar sig till personer som har kommunal vård eller omsorg. Antalet personer som är aktuella för den uppsökande verksamheten har uppskattats till 195 000 personer. Under 1999 har ca. 33 000 personer blivit uppsökta av tandvårdspersonal. Personer som blir föremål för uppsökande verksamhet, har också rätt till att få nödvändig tandvård utförd (inom ramen för den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem). Det finns emellertid inget krav på att personen ifråga har erhållit en munhälsobedömning för att få den nödvändiga tandvården utförd. Detta förklarar också att antalet personer som fått tandvård på dessa grunder – 56 000 personer under 1999 – överstiger antalet individer som fått ta del av uppsökande verksamhet. Sammantaget är det dock för tidigt att värdera effekterna av Tandvårdsreformen för de äldre och vilken betydelse den har för den enskilde och för äldreomsorgen.

## Äldre som drabbas av stroke

Stroke, eller med ett annat ord, slaganfall, är en av våra stora folksjukdomar. Varje år insjuknar ca 30 000 svenskar i stroke varav ca 20 000 är förstgångsinsjuknande. Stroke drabbar främst de äldre i befolkningen. Ca 80 procent av dem som insjuknar är äldre än 65 år. Medelåldern vid insjuknandet är ca 75 år. Stroke är vår tredje vanligast dödsorsak, efter kranskärslssjukdom och tumörsjukdomar och ca 8 000 patienter avlider årligen i stroke.

Risken att drabbas av stroke ökar starkt med stigande ålder, vilket innebär att det totala antalet personer som insjuknar starkt påverkas av förändringar i befolkningens åldersstruktur. År 2010 kommer den ökade andelen äldre i befolkningen att medföra att ca 30 procent fler patienter insjuknar jämfört med i dag om incidensen blir oförändrad.

Stroke är den enskilda somatiska sjukdomsgrupp som svarar för flest vård dagar inom svensk sjukvård. I en studie som Landstingförbundet gjorde före Ädelreformen beräknades det totala antalet vård dagar för patienter med stroke uppgå till 3,8 miljoner per år. Efter Ädelreformen har det totala antalet vård dagar minskat till knappt en miljon, vilket innebär att merparten av vård(dags)behovet nu tillgodoses i kommunerna. Antalet sjukhusvårdade personer med stroke har ökat de senaste åren. Under åren 1987 till 1995 ökade antalet med 37 procent, samtidigt som antalet vård dygn för akut strokesjukhusvård minskade med 23 procent till följd av kortare vårdtider. Medelvårdtiden minskade under denna tidsperiod med 44 procent och har sedan dess minskat något ytterligare och var för 1998 12,6 dagar.

Med detta som bakgrund kan man samtidigt se omhändertagandet av strokedrabbade som en mycket tydlig markör för kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre och den kommunala äldreomsorgen. Detta har utgjort utgångspunkten för Äldreuppsdragets intresse för strokevården. Syftet med denna studie var att belysa konsekvenserna av strokesjukdomen över tid (72). Studien handlar om att försöka få ett svar på hur tillvaron ter sig för människor, några år efter det att man insjuknade. Studien inriktar sig speciellt på funktionsförmåga och hjälpbehov, vård, omsorg och behandlingsinsatser, värdering av vårdens brister och förtjänster, konsekvenser av sjukdomen för livskvaliteten

Studiepopulationen bestod av de personer som någon gång under våren 1997 insjuknade i stroke. Tidpunkten för uppföljningen valdes utifrån att två år bedömdes vara en tillräckligt lång tid för att kunna belysa de mer manifesta långtidseffekterna av sjukdomen och den vård och omsorg som erhållits. Ett enkätformulär konstruerades på basis av de frågor som används för den s.k. tremånadersuppföljningen inom Riksstrokeregistreringen. Dessa frågor kompletterades med frågor rörande funktionsförmåga, rehabilitering samt hälsostatus, hämtade från andra enkätstudier på områ-

det. Av de drygt 5 000 personer som fick enkäten, svarade drygt 4 000, dvs. en svarsfrekvens på nästan 80 procent. Uppgifter av detta slag och med detta omfång har aldrig tidigare sammanställts i Sverige.

Ett av huvudresultaten i studien är att de hjälpbehov som finns i två år efter slaganfallet är mycket omfattande och handikappande för den enskilde. Det faktum att var fjärde person behövde hjälp med av- och påklädning eller daglig hygien, pekar mot mycket stora omsorgsbehov. Även om dessa funktionsnedsättningar samvarierar med åldrandet är de betydligt mer omfattande än bland äldre i allmänhet.

Att behöva hjälp med t.ex. toalettbesök eller av- och påklädning, ställer krav på en regelbunden daglig insats som förutsätter endera omfattande samhällsinsatser eller mycket stora insatser av anhöriga. Funktionsnedsättningar av olika slag är relaterade till varandra, vilket innebär att en person som uppger sig inte klara av att gå på toaletten oftast också har svårigheter att klara av t.ex. av- och påklädning. Närmare 20 procent av alla svarande var i behov av hjälp med tre eller fler ADL-sysslor. Även om en stor andel av dessa personer vistades på äldreboenden av olika slag fanns det bland de hemmaboende 17 procent som uppgav att de behövde hjälp med tre eller fler ADL-sysslor. Ungefär två tredjedelar angav dessutom behov av hjälp med sekundär ADL dvs. i detta fall hjälp med matlagning, städning och matinköp.

Av samtliga tillfrågade svarade drygt 40 procent att de inte behöver något stöd och ytterligare dryga 45 procent att hjälpbehoven är tillgodosedda. Drygt var tionde svarande angav att deras hjälpbehov inte var tillgodosett. Den bild som framkommer är att merparten av dem som anger att de behöver hjälp med t.ex. personlig hygien, gå på toaletten och av- och påklädning också får denna hjälp. Kvar finns dock en mindre grupp som inte får hjälp i den utsträckning som den enskilde skulle önska. Detta tycks till viss vara relaterat till ökad ålder, men med tämligen jämn könsfördelning och beträffande boendeform tycks de otillfredsställda hjälpbehoven finnas främst bland boende på servicehus.

Som främsta skäl till att hjälpbehoven inte var tillgodosedda angav var fjärde svarande att man avstått från hjälpen på grund av kostnaden var för hög. I denna grupp var det cirka tjugo procent som hade omfattande ADL-behov. Andra skäl som förekom var brist på information om vem man skulle kontakta, att man uppfattade det som att det inte fanns något stöd att tillgå eller att man tyckte att stödet var av dålig kvalitet.

En mycket viktig resurs för dem som drabbas av slaganfall utgörs av de anhöriga. På en allmän fråga om ”man är beroende av hjälp/stöd av anhörig/närstående” svarade drygt två tredjedelar att man var helt eller delvis beroende av stöd från anhöriga. Av dessa uppgav samtidigt nästan 60 procent att de var beroende av hjälp med tre eller fler ADL-sysslor. Människor som drabbas av slaganfall, har ofta behov av efterföljande rehabilitering

och funktionsuppehållande träning. Bland dem som svarat i denna undersökning uppgav mer än hälften att de inte behövde rehabilitering och därtill nästan 15 procent att man fick den rehabilitering man behövde. Kvar fanns en tredjedel av de svarande som angav att ansåg sig behöva rehabilitering över huvudtaget eller en påbyggnad av den hjälp man redan erhölet.

Trefjärdedelar av alla svarande skattade sitt hälsotillstånd som ”mycket gott” eller ”ganska gott”. När man relaterar detta till graden av hjälpbehov förändras dock successivt omdömena till att bli mer negativa med ökande hjälpbehov. En stor andel av de medverkande i studien tillstod dock att de hade besvär av olika slag som är vanligt förekommande bland dem som drabbats av slaganfall. Drygt 40 procent säger att de ”ofta” eller ”ständigt” känner sig trötta, närmare 30 procent anger nedstämdhet, drygt 10 procent ångest och oro och slutligen 20 procent att de ofta eller ständigt känner smärta.

Vidare uppgav var fjärde svarande att de hade svårigheter att tala, drygt var tredje person har svårigheter att läsa och nästan hälften uppger att de har svårigheter med att skriva. Konsekvenserna av de funktionsnedsättningar och de symtom på ohälsa som kan relateras till insjuknandet i slaganfall sätter också sina spår i den sociala funktionsförmågan. Drygt 40 procent uppger t.ex. att de inte längre kan utöva de intressen de hade innan man drabbades av slaganfall. Ett annat exempel är att drygt var tredje person som innan slaganfallet körde bil, inte längre kan göra detta.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att gruppen som drabbats av slaganfall ofta uppvisar stora hjälpbehov, oavsett om detta uttrycks i funktionsnedsättningar, symtom på ohälsa eller livskvalitetsförluster. Ett andra intryck är det mycket stora beroendet av anhöriga och närstående. Att i så stor utsträckning, både sett ur den enskildes och gruppens perspektiv, vara beroende av anhöriga går långt utöver vad som kan uppfattas vara rimligt för en anhörig. Omvänt är det heller inte särskilt önskvärt för den sjuke att känna att man dagligen lägger ett så stort ansvar och arbetsbörda på sin nästa. Det tredje intrycket handlar om den frekventa förekomsten kognitiva skador med efterföljande psykosociala konsekvenser. I allmänhetens och ofta nog också vårdapparatens perspektiv är de fysiska konsekvenser de som lättast identifieras bland dem som drabbas av slaganfall. Hur de kognitiva skadorna, som bl.a. kan störa kommunikationsförmågan och ge upphov till nedstämdhet och personlighetsförändringar, ska bemötas fokuseras alltför sällan.

Det finns inga tecken på att risken för att insjukna i slaganfall förändras. Den förändrade åldersstrukturen innebär dock fler slaganfall totalt i befolkningen, om inte de förebyggande åtgärderna blir mer framgångsrika. Ett troligt framtida scenario är att antalet personer som haft slaganfall kommer att öka, samtidigt som dödstalen sjunker och antalet personer med



stora hjälpbehov sjunker måttligt. Slutsatsen blir att behovet av stöd i hemmet till dem som drabbats av slaganfall, deras anhöriga, liksom behovet av ytterligare preventiva insatser kommer att öka i framtiden.

## Vård och omsorg av dementa

Demens är en folksjukdom som drabbar en stor andel av den äldre befolkningen. Demenssjukdomen är starkt åldersrelaterad, vilket innebär att andelen dementa i befolkningen ökar i takt med att andelen äldre ökar. Även om svensk forskning om demenssjukdomarna och demensvården ligger i internationell toppklass, förtjänar området kontinuerlig uppmärksamhet. Med tanke på att diagnostik, behandling och omsorg om de dementa, kräver ett nära samarbete mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas äldreomsorg, kan demensvården bli lidande på grund av de problem som bevisligen existerar beträffande samverkan mellan huvudmännen, vårdformer och professioner. Framtida behandlingsmöjligheter med läkemedel av demenssjukdomen, innebär ökade anspråk på kommunala vårdinsatser samt ett ökat åtagande för anhöriga. Omvänt innebär en sviktande kommunal omsorg att sjukhusen får ta emot fler dementa, ett omhändertagande som inte självklart gagnar den demenssjuke.

För att belysa utvecklingen inom området har Socialstyrelsen initierat en kunskapssammanställning av vård- och omsorgsrelevanta utvecklingstrender på demensområdet (73). Av denna sammanställning framgår att 1980-talets demensvård främst präglades av en satsning på gruppboende som en ny vård- och boendeform för dementa samt en ökad medvetenhet om de dementas och de anhörigas situation. Under 1990-talet introducerades läkemedel som kan lindra symptomen hos dementa och dessutom ägde de stora huvudmannaskapsreformerna inom äldreomsorgen rum. Under bägge dessa decennier ökade dessutom antalet dementa kraftigt samtidigt som omstruktureringen av äldreomsorgen fortsatte med en ökad satsning på vård och omsorg i ordinärt boende och en "utflyttning" av vård och omsorg från institutionerna till den öppna vården.

Nya kunskaper ger också nya perspektiv på demenssjukdomen, dess uppkomst och möjligheter att påverka sjukdomen med förebyggande insatser. Våren 2000 publicerades svenska forskningsrön som pekar mot att äldre som bor ensamma och har svag eller dålig kontakt med anhöriga eller andra närstående löper en ökad risk för att drabbas av demens, jämfört med äldre som inte är socialt isolerade. Här öppnas möjligheten till förebyggande insatser och samtidigt illustrerar dessa resultat det nära sambandet mellan "kropp och själ". En ytterligare reflektion är att studien ger belägg för vikten av insatser från äldreomsorgens sida som syftar till att bryta isoleringen för vissa äldre. De nedskärningar som genomförts på många håll i äldreomsorgen de senaste åren och som framförallt har drabbat

insatser av servicekaraktär, kan också få till följd att fler insjuknar i demens i befolkningen.

Den ökning av antalet dementa som pågått de senaste decennierna kommer att fortsätta även om ökningstakten tillfälligt kommer att mattas av, men när sedan 40-talskullarna åldras ökar demensprevalensen ytterligare. Detta innebär att år 2000 finns det ca 130 000 dementa i befolkningen över 65 år; en grupp som kommer att öka till ca 140 000 personer fram till år 2010. Prognoser är dock vanskliga av två skäl: dels har sådana prognoser alltid underskattat ökningen av antalet äldre, speciellt de s.k. äldre-äldre (vilket skulle medföra att antalet dementa blir ännu fler), dels vet man inget om hälsoutvecklingen hos de äldre och framtida möjligheter att med primär-, sekundär-, och tertiärpreventiva åtgärder behandla demenssjukdomar (vilket skulle medföra att prognosen överskattar antalet dementa).

Kopplat till förändringarna i demensprevalens är naturligtvis kostnaderna för demensvård, vilka också är beroende av hur vård och omsorg av dementa är organiserad. 1991, dvs. året före Ädelreformen, beräknades att vården av personer med demenssjukdom kostade ca 30 miljarder kr brutto (inklusive annan sjuklighet och s.k. hotellkostnader i särskilda boenden) och ca 20 miljarder kr netto. En uppdatering (tabell 20) av denna studie visar att bruttokostnaden år 2000 blir ca 40 miljarder kr (ca 21 miljarder netto).

**Tabell 20.** Bruttokostnader för demensvård år 2000 (miljarder kr).

	Brutto	Andel brutto
Kommun	30,0	75%
Landsting	4,1	10%
Informell vård	5,8	15%
Produktionsbortfall dementa (indirekt kostnad)	0,1	<1%
Summa	40,0	100%

S.k. Cost-of-illness-beräkningar är alltid vanskliga. Beträffande dementa är det speciellt svårigheten att beräkna vad som är den egentliga nettokostnaden samt hur den informella vården (som oftast utförs av make/maka, barn, grannar etc.) ska kostnadsberäknas som är problematiskt.

Att den informella vården är av stor betydelse är väl känt. Däremot har det i Sverige tidigare saknats studier som belyser omfattningen av den informella vården till dementa. Nu börjar dock sådana studier komma. I en studie, som ingick i ett EU-projekt visades att den informella vården till dementa är 4–5 gånger större än den formella vården beträffande ADL/IADL aktiviteter och ca 8–9 ggr större om även tillsynsbehov räknas med (tabell 21).

**Tabell 21.** Omfattning av formell och informell vård till hemmaboende dementa (n=92).

	Tim./mån./pers.	Andel (%)
<b>Offentligt vård</b>	35	10,5
<b>Informell vård</b>	299	89,5
Varav IADL <sup>a)</sup>	106	
PADL <sup>b)</sup>	42	
Tillsyn	151	
<b>Totalt</b>	334	100,0

a) instrumentella aktiviteter i dagliga livet, t.ex. att handla, att laga mat, att tvätta etc.

b) personliga aktiviteter i dagliga livet, t.ex. att klä sig, att äta, att gå på toaletten.

En mycket stor del av demensvården, vare sig den sker i hemmet med hjälp av anhöriga eller i någon form av särskilt boende, handlar alltså om tillsyn. Vad tillsyn mer konkret handlar om är tämligen utforskat, men insatserna spänner över allt ifrån att hindra personen från att skada sig själv eller andra till att bara ”finnas till hands” för säkerhets skull. Demensvård är i många avseenden en mycket kontaktintensiv verksamhet mellan den som vårdar och får vård. I Sverige har man jämfört med andra länder kommit långt när det gäller att ge ett positivt innehåll i demensvården. Men för att kunna ge en god demensvård krävs också att personalen ges goda förutsättningar att så göra. Under 1990-talet har även demensvården drabbats av försämrade arbetsvillkor, vilket i längden hotar den kvalitet, innehåll och arbetstillfredsställelsen. För att slå vakt om och även kunna utveckla kvaliteten i demensvården krävs en kontinuerlig utveckling av personalen.

De tre mönster som redovisas i rapporten – en ökad förekomst av dementa i befolkningen, kostnaderna och omfattningen av den informella vården – gör en diskussion nödvändig om hur den framtida demensvården och omsorgen ska utformas. Speciellt med tanke på de ekonomiska problemen som kommunerna och landstingen har och den kommande personalbristen inom äldreomsorgen. Nya läkemedel skulle kunna underlätta situationen, men idag finns inga läkemedel tillgängliga som på ett påtagligt sätt påverkar sjukdomsförloppet

## Äldre invandrare

Socialstyrelsen har under den senare delen av 90-talet inte bevakat området äldre invandrare. Däremot har området rönt ett allt större intresse i media och i viss mån också bland forskare. Ofta beskrivs de äldre invandrarna vara speciellt utsatta i form av isolering, psykisk ohälsa och språkproblem i mötet med samhällets offentliga vård och omsorg. En vård och omsorg som ofta tycks ha svårt att anpassa sig efter dem vars behov inte alltid överensstämmer med vad som erbjuds. Risken finns att en stor del av den äldre befolkningen som idag utgörs av äldre invandrare kommer i kläm och inte får sina behov tillgodosedda i den omfattning de borde.

Framför allt i storstadsområdena har det börjat växa fram en och annan verksamhet som vänder sig till några av de större grupperna. Tillhör individen en större språklig, etnisk eller religiös grupp och bor på rätt plats kan det finnas ett alternativ eller komplement till den ordinarie offentliga äldreomsorgen. Men för den stora majoriteten äldre invandrare utgörs ändå det enda alternativet till den offentliga omsorgen av att förlita sig till anhöriga.

Begreppet äldre invandrare inbegriper ingen homogen skara människor, utan många grupper och individer som bor utspridda i landet. Med ambitionen att åter börja följa området äldre invandrare och samtidigt söka kunskap från ett brett perspektiv har äldreuppdraget under det gångna året genomfört en studie som utgått ifrån SCB:s befolkningsstatistik (74). Syftet har varit att skapa en demografisk beskrivning av äldre födda utomlands och att diskutera begreppet äldre invandrare.

### *Äldre födda utomlands – en demografisk beskrivning*

De äldre födda utomlands uppgick vid ingången av 1999 till drygt 130 000 personer och utgjorde 8,6 procent av landets personer 65 år och äldre. Tillsammans representerade dessa personer 146 olika länder.

Statistiken visade att de äldre födda utomlands kommer att öka framöver i takt med att landets befolkning åldras. Det gäller både för äldre (65 år och äldre) och de så kallade "äldre-äldre" (80 år och äldre). Antalet födelseländer som Sveriges äldre befolkningen representerar kommer att öka. Den offentliga vården och omsorgen ställs inför möten med en alltmer mångfasetterad äldre befolkning ifråga om möjliga språkliga, etniska, kulturella och religiösa tillhörigheter.

Nästan hälften av de äldre födda utomlands visade sig vara födda i ett nordiskt grannland, fyra av tio hade ett europeiskt land (exkl. Norden) som födelseland, och drygt var tionde person var född i ett land utanför Europa. De vanligaste utomeuropiska födelseländerna var Chile, Iran, Irak, Turkiet, USA, Kina (folkrep), Syrien, Libanon och Indien. Majoriteten av de resterande – ca 100 – utomeuropiska länderna representerades av relativt få äldre personer.

I och i närheten av landets tre storstadsområden samt i delar av Bergslagen finns en i jämförelse med riksgenomsnittet hög andel äldre med ett annat födelseland än Sverige. Samma sak gällde också några kommuner som gränsar till grannländerna där en väsentlig del av den äldre befolkningen utgjordes av personer födda i Finland, Norge respektive Danmark. En majoritet av landets kommuner hade dock en lägre andel äldre födda utomlands än vad som gällde för landet som helhet.

I rapporten förs också en begreppsdiskussion. Begreppen äldre födda utomlands och äldre invandrare överensstämmer inte med varandra. De äldre invandrarna är färre till antalet. Exempel på äldre som kan räknas bort från kategorin äldre födda utomlands är t.ex. äldre födda i USA som till största delen består av ättlingar till svenska emigranter och i språkligt hänseende de ca 7000 äldre finländare som är födda i Finland med svenska som modersmål. Bland de utomlands födda finns också ett okänt antal personer födda av svenska föräldrar under en utomlandsvistelse, t.ex. barn till missionärer och ambassadpersonal. Men inte heller det snävare begreppet äldre invandrare förmår täcka in alla äldre vars språkliga, etniska eller religiösa tillhörighet innebär andra förväntningar än vad den offentliga vården och omsorgen i regel förmår leva upp till. Det finns äldre födda i Sverige av svenska föräldrar vars behov inte självklart harmoniserar med det utbud svensk äldreomsorg erbjuder.

### *Koschermat till äldre*

Ett exempel på en minoritetsgrupp som kan förhålla sig väldigt olika till maten är de äldre judarna som belysts i den tidigare refererade studien om matlådor (54). En av de intervjuade – född i Tyskland – var helt neutral vilket innebar att hon åt koshermat likaväl som annan mat. De övriga var mer ”strikt” och för några framstod koshermat som det enda möjliga alternativet. Bland de strikta judarna fanns äldre som var födda i Sverige av svenska föräldrar. Det åskådliggör problemet med att använda begreppet äldre invandrare för att planera vård och omsorg för grupper med andra etniska, språkliga, religiösa och kulturella tillhörigheter.

Koschermat är ingen särlösning från brukarens perspektiv. Att erbjuda äldre andra alternativ som överensstämmer med deras behov på grund av t.ex. etnisk eller religiös tillhörighet leder gärna in tankarna mot särlösningar, men intervjuerna inom ramen för matlådestudien visade att ordet särlösning är missvisande. Från ett brukarperspektiv handlade maten – oberoende av om det handlade om traditionell husmanskost till de övriga intervjuade eller koshermat till äldre judar – i båda fallen om att få den mat man är van vid, sätter tillit till och äger erfarenhet och kunskap om att det är bra och hälsosam mat. I båda fallen handlar det om att få den mat man ätit under livet.

Flera av de äldre judarna berättade att de under livet kontinuerligt hade

haft kontakt med den judiska församlingen. Kontakten hade dock med åren blivit allt svårare att upprätthålla, t.ex. med besök i synagogan. Matlådan med koschermat – som organiserades av församlingen och som dessutom stod för leveransen genom frivilliga volontärer – fungerade som en bibehållande länk till församlingen och därmed det judiska. Det innebar att matlådan vid sidan av maten också innehöll näring för identiteten. Genom att få koschermat kunde de äldre fortsätta leva judiskt.

### *Anhörigrollen visavi äldre nyanlända invandrare*

I underlagsrapporten till bemötandeutredningen – ”Invandrare i vård och omsorg” – påtalas behovet av mer kunskap om den sociala situationen för familjer som är närstående till äldre invandrare (75). Med avsikten att belysa de anhörigas situation till äldre invandrare har Sköndalsinstitutet på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört en studie (76).

Bland äldre invandrare finns det en kategori som har invandrat relativt nyligen och därigenom återförenats med sina barn och släktingar. Utmärkande för dessa äldre personer är att de har levt hela eller stora delar av sitt liv i ett annat land. I och med återföreningen har de kommit nära sina närstående, men också hamnat i ett helt nytt och okänt sammanhang. För dem är nästan allt nytt. Det ställer speciella krav på de anhöriga. I den studie som genomförts har anhöriga till sju äldre – representerande födelseländerna Afghanistan, Libanon, Iran, Irak, Kina, Somalia och Israel – intervjuats. De intervjuade sköter omsorgen av de äldre helt på egen hand.

Studien visar att i flertalet av fallen var de äldres emigration till Sverige mer eller mindre oplanerad. Ansökan om uppehållstillstånd hade ofta gjorts i mer eller mindre akuta situationer. Det kunde t.ex. handla om att den äldre blivit akut sjuk eller att situationen i hemlandet radikalt hade förändrats under besöket i Sverige, varför en återresa bedömdes vara omöjlig och i vissa fall också vara en fara för livet.

Anhörigomsorgen visade sig företrädesvis ges av kvinnor. Även om flera gav uttryck för glädje över att få stötta, hjälpa och vara tillsammans med de äldre, utmärktes också situationen av att den som gav omsorg var starkt bunden och belastad i sin anhörigroll, och därmed hade små möjligheter att över huvud taget ägna sig åt något annat. Studien belyser risken för framför allt kvinnorna i familjerna att hamna i en isolerad tillvaro som de har små möjligheter att ta sig ur.

Eftersom dessa äldre personer inte behärskade språket sköttes alla kontakter med myndigheter och med äldreomsorgen av de anhöriga. Det innebar att äldreomsorgens kontakter med de äldre inskränkte sig till kontakter med deras anhöriga. Äldreomsorgen förmådde inte heller avlasta dessa anhöriga. I de fall när någon av de äldre haft insatser från hemtjänsten eller under en kortare tid bott i särskilt boende hade det inte i något av fallen fungerat.

### *Sammanfattning*

En stor andel av den äldre befolkningen drabbas av psykiska besvär, något som ofta sammanblandas med åldrandet i sig. Idag identifieras inte dessa hjälpbehov, hjälpmöjligheterna är begränsade även om mycket skulle kunna göras med små medel.

Studier av äldre med reumatisk sjukdom visar att en majoritet anser att de har ett ganska gott liv, trots funktionshinder av olika slag. Det finns dock en mindre grupp som anser att omhändertagandet efter pensioneringen har blivit sämre, beträffande möjligheten att få tillgång till specialistvård.

Många av de som drabbas av stroke får bestående skador och funktionsnedsättningar och blir starkt beroende av hjälp av andra. För att hjälpa den sjuka måste därför vården, omsorgen och behandlingsmöjligheterna efter den akuta vårdinsatsen förbättras.

Sjukdom eller funktionshinder kan leda till att äldre får problem med tandhälsan. Att hjälpa äldre med tandhygien innebär en mycket stor omvårdnadsuppgift i äldreomsorgen. Den uppsökande verksamheten bekräftar att det finns ett stort behov bland äldreomsorgsmottagarna att få hjälp med tandhygien.

Bland äldre som får vård och omsorg i olika former finns tecken på undernäring. Även om detta vanligtvis kan relateras till bakomliggande sjukdom och ohälsa, finns tydliga indikationer på att nutritionsfrågorna inom äldreomsorgen måste ges en större uppmärksamhet.

Angelägna insatser inom demensvården, är att förbättra allmänhetens kunskaper om demenssjukdomen, att utveckla vård- och behandlingsmöjligheterna, att utveckla diagnostiken och ge den enskilde "rätt till en utredning" och att kontinuerligt stödja personalens kompetensutveckling.

De äldre födda utomlands kommer att öka – både ifråga om antal personer och antal representerade födelseländer – i takt med att befolkningen åldras. Vården och omsorgen kommer därför att ställas inför möten med en alltmer mångfasetterad äldre befolkning ifråga om språkliga, kulturella, etniska och religiösa tillhörigheter.

Anhöriga vars äldre kommit till landet relativt nyligen riskerar att hamna i en pressad och belastad situation. Det är framför allt kvinnorna i familjerna som står för omsorgen av de gamla. Det stöd som samhället bidrar med fungerar inte.

# Uppföljning av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken

## Kompetensförsörjning

Många huvudmän har problem att behålla och rekrytera personal med adekvat kompetens idag och problemen förväntas bli större framöver. Kompetensförsörjning rymmer en kvantitativ och en kvalitativ aspekt. Förmågan att behålla och rekrytera personal till verksamheten är grundläggande, men lika viktigt är vilka färdigheter och kunskaper personalen har. I detta avsnitt redovisas läge och framtidsbedömningar vad gäller personalförsörjning.

### *Vårdkommissionen*

Den statliga vårdkommissionen lämnade 1999 sitt slutbetänkande ”Den ljusnande framtid är vård” (77). Uppgiften var att kartlägga rekryteringsbehoven, analysera villkoren och föreslå åtgärder för att klara personalförsörjningen. Kommissionen föreslog bl.a. ökad dimensionering av vård- och omsorgsutbildningar, förbättring av innehåll i dessa samt mer flexibla villkor för tillträde till högskoleutbildning. Vidare föreslogs att parterna på arbetsmarknaden ska verka för att heltidsanställningar erbjuds deltidsarbetslösa och en minskning av antalet timanställda. Kommissionen föreslog också att arbetsmarknadsåtgärder riktas för att främja rekrytering inom vård- och omsorg samt en satsning på ledarskapsutbildning.

Regeringen har i budgetpropositionen inför år 2000 föreslagit att antalet platser på läkarutbildningen ökas med 200 senast höstterminen 2002. En ökning av antalet platser på sjuksköterskeutbildningen planeras också. Flera av kommissionens förslag i övrigt genomförs av berörda organisationer och myndigheter.

### *Rekryteringsläget*

Behoven av att rekrytera personal till vård och omsorg är stora. I kommunerna slutar drygt 8 procent av de anställda varje år. Den höga medelåldern bland de anställda gör att pensionsavgångarna ökar. Den förbättrade kommunala ekonomin innebär också att mer personal kan anställas.



Svenska Kommunförbundet har bedömt rekryteringsbehovet inom vård och omsorg till äldre och funktionshindrade till 180 000 årsarbeten mellan 1997 och 2010, varav 120 000 är biträdespersonal (14). För närvarande är rekryteringsbehovet ca 15 000 årsarbeten per år, varav drygt 10 000 är biträdespersonal (78). Landstingsförbundet bedömer att ca 7 000 sjuksköterskor behöver rekryteras per år. Utbildningskapaciteten i såväl gymnasieskolans omvårdnadsprogram som i högskoleprogrammen som utbildar för vård och omsorg täcker inte rekryteringsbehoven.

Arbetsmarknadsstyrelsens bedömning av arbetsmarknaden bygger på intervjuer med arbetsgivare och egna bedömningar. För år 2000 bedöms rekryteringsläget för sjuksköterskor försvåras ytterligare och brist förutses i närmare 90 procent av kommunerna. Inför sommaren 2000 förväntas stora svårigheter att rekrytera sommarvikarier.

För biträdespersonal med omvårdnadsprogram eller motsvarande (undersköterskor) bedöms att det kommer att fattas personal under år 2000 i drygt 60 procent av kommunerna. Arbetsgivarna måste rekrytera personal med kortare vårdutbildning eller utan utbildning. För denna kategori bedöms brist uppkomma i 20 procent av kommunerna, medan knappt 40 procent har överskott.

Arbetslösheten bland vård- och omsorgspersonal minskar, men deltidsarbetslösheten är fortfarande hög. Bland undersköterskor och vårdbiträden är hösten 1999 16 000 arbetslösa och fortfarande hela 39 000 deltidsarbetslösa (79).

Socialstyrelsen genomförde i mars år 2000 telefonintervjuer med företrädare för kommunernas vård och omsorg till äldre i 30 kommuner. Resultatet av studien bekräftar svårigheterna att rekrytera sjuksköterskor medan rekryteringsläget för vårdbiträden/undersköterskor inte framstår lika alarmerande.

**Tabell 22.** Rekryteringsläget för personal inom kommunernas vård och omsorg till äldre i mars 2000 (procent).

	Mycket svårt	Ganska svårt	Inga större problem	Lätt att rekrytera
Undersköterskor/vårdbiträden	0	40	53	7
Sjuksköterskor	50	33	10	7
Biståndsbedömare/arbetsledare	17	14	59	10
Rehabiliteringspersonal	21	14	44	21

Det är värt att notera att en femtedel av kommunerna har mycket stora rekryteringsproblem även för biståndsbedömare, arbetsledare och rehabiliteringspersonal. Dessa uppgifter avser fasta tjänster. Det är avsevärt svårare att rekrytera korttidsvikarier.

På längre sikt kommer rekryteringssvårigheterna att tillta. De närmsta två till tre åren bedömer två av tre att man kommer att klara uppgiften, men på längre sikt uppger 70 procent att man tror det blir mycket eller ganska svårt att klara personalförsörjningen.

Två tredjedelar av landstingen uppger våren 2000 stort behov av att rekrytera specialistläkare, främst inom allmänmedicin, anestesi, geriatrik och psykiatri (80). Vid början av året saknades fast bemanning till drygt 600 allmänläkartjänster. En del av dessa tjänster var helt obesatta, medan andra upprätthölls med vikarier och inhyrda läkare. En kartläggning bland landets primärvårdschefer visade att 90 procent ansåg det vara "svårt" eller "mycket svårt" att rekrytera allmänläkare. Dessa svårigheter finns i så gott som hela landet, men problemen är störst i glesbygden (81).

År 1998 fanns ca 4 300 heltidsarbetande allmänläkare i primärvården, vilket innebar 2 250 invånare per allmänläkare. Vid en internationell jämförelse är detta ett lågt tal. Detta ska ses mot bakgrund av att Sverige hör till de länder inom EU/EES-området som har den högsta läkartätheten och att denna förväntas öka från dagens 315 invånare per läkare till 300 år 2005. På längre sikt minskar dock antalet läkare på grund av stora pensionsavgångar.

I många kommuner och landsting har åtgärder vidtagits för att förbättra personalförsörjningen. Av Socialstyrelsens undersökning framgår att två av tre kommuner gjort egna beräkningar över framtida rekryteringsbehov.

I många fall genomförs länsgemensamma projekt för att främja rekrytering. Undersökningen visar att 70 procent av kommunerna uppger att sådan projekt finns i deras län. Över hälften har också egna kommunala rekryteringsprojekt.

Huvudmännens möjligheter att klara sin personalförsörjning är bl.a. beroende av vilka arbetsvillkor som erbjuds. Arbetstider, lönevillkor, arbetets innehåll och organisering samt utvecklingsmöjligheter har stor betydelse för möjligheterna att rekrytera kompetent personal. I hälften av kommunerna finns personalpolitiska program som behandlar rekrytering och kompetensutveckling inom äldreområdet. Många kommuner har också vidtagit specifika åtgärder inom en rad områden. De åtgärder som flest kommuner vidtagit är att stimulera fler att söka utbildningar, förbättring av arbetstiderna, bättre kontakt mellan verksamhet och utbildningsanordnare, ökning av utbildningskapaciteten samt förbättring av arbetsmiljön.

Flera kommuner anställer också "ambassadörer" eller "vårdguider" och utvecklar informationen på kommunens hemsida.

**Tabell 23.** Kommunernas åtgärder för att underlätta rekrytering av personal till vård och omsorg till äldre (procent).

	Ja, i hög grad	Ja, i viss mån	Knappast alls	Inte alls
Ökar utbildningskapaciteten	40	40	17	3
Stimulerar fler söka utbildning	56	34	10	0
Satsar på bättre kontakt skola/arbetsliv	53	34	13	0
Bättre löner	47	30	3	20
Bättre arbetstider	63	23	7	7
Bättre arbetsmiljö	47	33	17	3
Utvecklar nya okonventionella rekryteringsvägar	36	17	17	30
Förbättrar informationen om verksamhet och utbildning	40	34	10	16

## Kompetensutveckling

### Grundutbildning

Grundläggande yrkesutbildning för den uppgift personalen ska fullgöra är den plattform från vilken en kontinuerlig fortbildning och utveckling i arbetet ska ske. Inom vård och omsorg i kommunerna saknar en betydande del av vårdbiträden/undersköterskor sådan utbildning. Även om förbättringar har ägt rum under 1990-talet saknar fortfarande (år 1998) 37 procent av fast anställda vårdbiträden/undersköterskor adekvat utbildning. Bland timanställda och vikarier är sannolikt andelen med adekvat grundutbildning lägre.

**Tabell 24.** Grundutbildning bland fast anställda inom kommunernas äldre- och handikappomsorg. Procentuell andel av samtliga.

	1991	1996	1998
Gymnasial eller eftergymnasial utbildning	81	86	85
Vårdiriktad gymnasial utbildning	56	63	63

Källa: Svenska Kommunförbundets personalstatistik för resp. år.

En lång praktisk yrkeserfarenhet i förening med kortare utbildningar knutna till arbetsplatsen kan i någon mån kompensera brister i grundutbildning. För att klara nya och växande krav inom verksamheten är dock kravet på adekvat yrkesutbildning för uppgiften nödvändigt att upprätthålla.

Bland arbetsledare/biståndsbedömare har 76 procent en eftergymnasial utbildning och 73 procent har en vård- och omsorgsinriktad utbildning. Den vanligaste utbildningen är föreståndare i social service, vilken 35 procent har genomgått.

### **Generell fortbildning**

SCB redovisar förekomst av fortbildning av personal inom olika verksamhetsområden. Den fortbildning som kartläggs är sådan som arbetsgivaren helt eller delvis bekostar. Det kan vara fråga om introduktion, konferenser, seminarier, studiedagar och liknande. Det generella mönstret är att fortbildning har större omfattning inom offentlig än privat verksamhet. Inom offentlig verksamhet är den andel av den totala arbetstiden som ägnas åt personalutbildning störst inom vård och omsorg under första halvåret 1999. Genomsnittligt ägnade personalen 4,1 procent av sin totala arbetstid åt denna uppgift. Motsvarande uppgifter för byggverksamhet är 1,5 procent och utbildning/forskning 3,8 procent.

För att ytterligare belysa fortbildningens omfattning har Socialstyrelsen låtit Statistiska Centralbyrån genomföra en specialbearbetning där förekomsten av fortbildning för undersköterskor, sjukvårdsbiträden, vårdbiträden, personliga assistenter och motsvarande i kommunerna har belysts.

Bearbetningen visar att drygt två av tre anställda inom biträdesgruppen inte har deltagit i någon fortbildning alls under 1997–1999. Den vanligaste omfattningen av fortbildning för dem som fick del av sådan var 1–2 dagar (13 procent år 1997 – 18 procent år 1998) och därefter 3–5 dagar (8–9 procent samtliga år).

Av de anställda som deltog i fortbildning hade 80 procent högst tvåårig gymnasial grundutbildning. Den helt dominerande kursanordnaren var kommunen själv, som svarade för 80 procent av fortbildningen. Näst vanligast var att ett externt företag svarade för den.

Andelen som deltagit i fortbildning under första halvåret 1999 är direkt relaterad till hur länge personen ifråga varit anställd. Störst andel som får del av fortbildning hade de som varit anställda i 11 år eller mer. Däremot hade de som varit anställda mellan 3 och 5 år störst andel personalutbildningstid i förhållande till total arbetstid, 6,3 procent, jämfört med genomsnittet på 3,6 procent. Denna andel utgör f.ö. även genomsnitt för anställda i samtliga samhällssektorer. Det högre genomsnittet, 4,1 procent av arbetstiden för personal inom vård och omsorg generellt, torde bero på att personal i landstingen är den grupp som i högst grad får del av personalutbildning.

Sammantaget fick 86 000 vårdbiträden/undersköterskor under första halvåret 1999 någon form av personalutbildning bekostad av arbetsgivaren. Innehållet i utbildningen kunde för drygt 50 000 av dessa hänföras till ”medicin, hälsa, vård”, för 14 000 till ”arbetsmiljö, arbetarskydd” och

9 000 vardera inom ”arbetsliv, kvalitet, arbetsmetodik och gruppsamverkan” samt ”samhällsvetenskap, information och journalistik”.

Dessutom finns sådan fortbildning som bekostas av arbetsmarknadsorganen och den enskilde själv. Inom ramen för kunskapslyftet och inom den kommunala vuxenutbildningen bedrivs omfattande utbildning för personer inom kommunernas vård och omsorg till äldre. I kunskapslyftet kan dessa studier finansieras genom olika typer av studiefinansiering.

Den intervjuundersökning Socialstyrelsen genomfört med företrädare för 30 kommuner i mars månad 2000 visar hög aktivitet för att utveckla kompetensen bland de anställda. Så gott som samtliga ”ordnar utbildningsdagar” (97 procent), ”satsar på att alla ska få adekvat grundutbildning” (97 procent), ”ordnar profilerade fortbildningar, exempelvis demens” (97 procent), medan något färre ”ger handledning” (80 procent) och ”ger tid och stöd till lärande på arbetsplatsen” (77 procent).

### **Fortbildning av arbetsledare inom äldreomsorgen**

En del i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken som riksdagen beslutat om, är ett tidsbegränsat stöd till fortbildning av arbetsledare inom äldreomsorgen. Bidraget utgår med sammanlagt 208 miljoner kronor under åren 1999–2001. Bidraget ska användas för fortbildning av arbetsledare, biståndsbedömare och personer i motsvarande ställning. Fortbildningsinsatserna ska uppfylla samma kvalitetskrav som grundläggande högskoleutbildning och därmed berättiga till högskolepoäng.

Socialstyrelsen har kartlagt det första årets aktiviteter dels genom en enkät riktad till samtliga kommuner, dels en enkät till varje anställd i kommun eller hos privat utförare som slutfört fortbildning under 1999 (82).

Kommunenkäten har besvarats av 228 av landets kommuner (78 procent), varav nästan hälften uppger att de inte påbörjat någon fortbildning under 1999. Sannolikt har många bland de kommuner som inte besvarat enkäten inte heller kommit igång med fortbildningen under 1999. I drygt 100 kommuner som besvarat enkäten har dock fortbildningsinsatsningen kommit igång och 1350 anställda har påbörjat utbildning som helt eller delvis finansieras med stimulansbidraget från staten. De vanligaste inriktningarna på utbildningarna är ledarskap (49 procent), dokumentation/handläggning (16 procent), kvalitetsutveckling (10 procent) och pedagogik/handledning (8 procent).

Av de 78 mkr som utbetalats till kommunerna för denna uppgift under 1999 har endast 12,3 mkr använts under året. Fortbildningarna har senarelagts i många kommuner då behovsinventeringen dragit ut på tiden, upphandlingen av utbildningar tagit lång tid och universitet och högskolor har inte haft kapacitet att med kort varsel utöka utbildningen. Det är först under år 2000 som många kommuner inleder sin fortbildningsinsatsning. Kommunerna redovisar i Socialstyrelsens kartläggning av fortbildnings-

insatser under 1999 en total kostnad om 17,2 mkr. Av dessa kostnader avsåg 54 procent kurskostnader och 25 procent vikarie- och andra personalkostnader. Kostnaderna för fortbildningen har till 73 procent finansierats med stimulansbidraget och kommunerna har svarat för resterande kostnader.

Även om många inte riktigt kommit igång med utbildningsinsatsningen under 1999 uttrycks ofta en stor uppskattning av det statliga stimulansbidraget. Det möjliggör en satsning på arbetsledare och biståndsbedömare som annars inte hade kommit till stånd.

Enkäten till kursdeltagare som slutfört kurs som genomfört med stöd av stimulansmedlen har besvarats av 457 personer som slutfört kurser omfattande sammanlagt 1700 poäng. Den huvudsakliga inriktningen på slutförda kurser är ledarskap, kvalitetsutveckling och arbetsmiljö/arbetsorganisation.

Hälften av arbetstagarna som slutfört kurser har varit verksamma inom äldreomsorgen i mer än 11 år och nästan 4 av 10 är 50 år eller äldre. Nästan hälften av deltagarna är arbetsledare, medan biståndsbedömarna endast utgör 9 procent och personer med ansvar för båda uppgifterna 13 procent. Resterande är enhets- och områdeschefer, sjuksköterskor, utvecklingsansvariga och liknande.

Den vanligaste utbildningsbakgrunden är social omsorgslinje/ålderdomshemsföreståndarutbildning (51 procent) och 20 procent är sjuksköterskor. Var tionde deltagare har annan gymnasial eller postgymnasial utbildning än ålderdomshemsföreståndare.

Genomgående värderar kursdeltagarna utbildningen högt. Med en skala från 1–4, där 4 innebär att kursdeltagaren instämmer helt och hållet, ger följande påstående de högst medelvärdena: ”varit inspirerande”, ”givit mig ny kunskap” och ”givit mig nya tankar om utveckling av mitt arbete”. Av tabell 25 framgår bedömningarna.

De omdömen som avviker från mönstret är att kursdeltagarna inte i så hög grad instämmer i att de kunnat påverka utbildningen och inte heller i så hög grad gjort dem säkrare i sin yrkesroll. Dessutom instämmer många i viss mån i att det blivit mer stressigt att klara ordinarie arbetsuppgifter genom fortbildningen.

**Tabell 25.** Värdering från kursdeltagare av genomgången utbildning som genomförts med statliga stimulansmedel för fortbildning av arbetsledare 1999 (medelvärde för svarsalternativ 1–4 <sup>a)</sup>)

	Medelvärde i bedömning
<b>Positiva påståenden</b>	
Haft hög nivå på det teoretiska innehållet	3,0
Givit mig ny kunskap	3,3
Varit inspirerande	3,4
Givit mig nya tankar om utvecklingen av mitt arbete	3,2
Varit värdefull genom utbyte av erfarenheter med nya kollegor	3,1
Gjort mig mer säker i min yrkesroll	2,7
Varit möjlig att påverka för deltagarna	2,4
<b>Negativa påståenden</b>	
Inte varit relevant för mitt arbete	1,5
Varit alltför svår	1,3
Gjort det än mer stressigt att klara ordinarie arbetsuppgifter	2,2
Knappast gjort mig mer kompetent i mitt arbete	1,5
Inte varit värd den tid som jag satsat på utbildningen	1,3

a) I såväl de positivt som de negativt utformade påståendena är svarsalternativen följande och har givits dessa värden: 1. Instämmer inte alls. 2. Instämmer i viss mån. 3. Instämmer i huvudsak. 4. Instämmer helt och hållet.

Källa: Socialstyrelsen, Meddelandeblad 2000.

## Utveckling av stöd till anhöriga

### *Stimulansbidraget för utveckling av anhörigstöd*

Inom ramen för den nationella handlingsplanen (1) utges ett särskilt stimulansbidrag, 100 miljoner kronor per år i tre år (1999–2001) till kommunerna för att bygga ut stöd till äldres, funktionshindrades och långvarigt sjukas anhöriga, "Anhörig 300". Bidraget betalas ut till kommunerna för att de i samverkan med frivilligorganisationer, ska utveckla stödet till anhöriga. Inriktningen på arbetet ska vara att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga.

Av det årliga stimulansbidraget fördelas 96 miljoner kronor till kommunerna utifrån antalet invånare som är 65 år och äldre. För att erhålla medlen ska kommunerna, i samverkan med frivilligorganisationer, ta fram en treårig handlingsplan. Planen ska innehålla mål, målgrupper som kom-

munen vill rikta sig till, genomförande samt hur man tänker följa upp arbetet. Handlingsplanen ska vara antagen av ansvarig nämnd.

Enligt regeringsbeslutet ska kommunerna avsätta ett visst belopp för sammanhållen länsorganisation och alla län har utsett länssamordnare. Samordnarnas roll är framför allt att stötta och stimulera de enskilda kommunerna och vara ett bollplank för de personer i kommunen som arbetar med att utveckla anhörigstödet. Inom flertalet län har också länsnätverk bildats för arbetet med anhörigstöd. Socialstyrelsen får genom nationella nätverket information om utvecklingsarbetet utöver vad som framkommer av den årliga uppföljningen.

### *Medel för särskilda initiativ*

Av stimulansmedlen för utveckling av anhörigstöd disponerar Socialstyrelsen tre miljoner kronor för att initiera projekt i vissa kommuner med specifika behov, samt nio miljoner kronor avsedda för uppföljning och utvärdering samt vissa utbildningsinsatser. Projekten ska vara nydanande och skilja sig från redan befintliga inslag av anhörigstöd. För att hålla en god kvalitet på studierna utformas och utvärderas dessa i samarbete med någon FoU-enhet, högskola eller något universitet. Då det gäller de ca 30 projekten som påbörjats eller är under utformning har dessa en geografisk spridning samtidigt som kommuner med specifika eller unika behov har beaktats.

I de hittills initierade projekten som är riktade till specifika målgrupper fokuseras anhöriga vars anförvant har ett funktionshinder eller en sjukdom som demens, stroke, cancer, psykisk ohälsa och psykisk utvecklingsstörning. Bland dessa kan nämnas ett projekt: att utvärdera reminiscence, ”hågkomst”, som en metod för anhörigstöd. Ett annat exempel handlar om att följa nyinsjuknade personer med stroke och deras anhöriga för att se eventuella förändringar i familjens nätverk. Ett tredje projekt är att utveckla metoder för att stödja anhöriga som i hemmet vårdar en cancersjuk anförvant i livets slut. Några projekt som påbörjats är fokuserade på problematiken att vara invandrare och anhörigvårdare.

Studier som inte är riktade mot någon specifik målgrupp är t.ex. stöd för anhöriga i glesbygd, hälsokontroll och friskvård för anhörigvårdare, kartlägningsstudier, anhörigas upplevelse av hemtjänst och andra former av avlösning samt ett antal studier av närståendes upplevelser av att vara vårdgivare. Ytterligare ett projekt handlar om att ta fram en sammanställning av instrument med vars hjälp man kan studera anhörigomsorg i olika avseenden. Tanken är också att bygga upp en kunskapsbank när det gäller anhörigfrågor.

Sammanfattningsvis kan nämnas att ovanstående studier är av kunskapsgenererande och/eller interventionskaraktär. Med kunskapsgenererande projekt avses här kunskapsmanställningar vilka kan användas i



framtida planering inom området, i utbildning och som handledningsinstrument för personal och/eller anhöriga. Projekt av interventionskaraktär har som syfte att belysa en eventuell förändring i anhörigas situation.

### *Uppföljning av stimulansbidraget*

I januari månad 2000 besvarade landets kommuner en enkät avseende användningen av stimulansbidraget för utveckling av anhörigstöd. Dessutom gick en enkät till samtliga länssamordnare för "Anhörig 300". Samtliga länssamordnare har besvarat enkäten och alla kommuner utom fem har svarat. Redovisningen omfattar således uppgifter från 284 kommuner.

Det första året med "Anhörig 300" har enligt enkätsvaren framför allt präglats av planering av utveckling av anhörigstöd. Kommunerna har arbetat med att ta fram sina treåriga handlingsplaner. Ett trettio-tal kommuner kom in med handlingsplan före sommaren 1999 medan de övriga lämnade in sina planer under hösten. Detta medförde att de flesta kommunerna erhöll bidraget under oktober–november 1999. Eftersom första året i huvudsak bestått av planering har mycket lite av 1999 års stimulansbidrag använts under året och medel har förts över till år 2000. I genomsnitt har kommunerna använt 21 procent av bidraget för 1999.

I allmänhet har kommunerna ansett det nödvändigt att någon är utsedd att ta ansvaret för att utveckla anhörigstödet och ofta har kommunerna utsett en särskild person. Detta uppges av 268 kommuner. Det rör sig oftast (117 kommuner) om att man har tillsatt en projektledare. I sex av tio kommuner finansieras dessa tjänster helt eller delvis med stimulansbidraget.

Våren 1999 fanns ett tiotal anhörigkonsulenter i landet. I den nu genomförda uppföljningen anger 34 kommuner att man har en anhörigkonsulent som ansvarar för utveckling av anhörigstödet. Detta tyder på att antalet anhörigkonsulenter har ökat kraftigt under året. Av kommentarerna framkommer att flera kommuner kommer att utse anhörigkonsulent eller anhörigombud som några hellre vill benämna befattningen.

### *Kartläggning/inventering av behov*

Många kommuner har börjat arbetet med att genomföra någon typ av kartläggning av hur situationen ser ut när det gäller anhörigvårdare och deras behov. Man har befarat att det finns många anhöriga som man inte känner till och har då inte heller kännedom om vilka eventuella behov dessa personer har.

Både av handlingsplanerna och av enkätsvaren framkommer att 6 av 10 kommuner har genomfört eller håller på att genomföra någon typ av kartläggning. Av dessa uppger 117 kommuner att man har använt sig av flera metoder för att genomföra kartläggningen av anhörigas behov. Någon form av uppsökande verksamhet har genomförts av 83 kommuner.

## *Målgrupper*

Beträffande målgrupper för anhörigstödet uppger de allra flesta kommunerna att man riktar hela eller större delen av stödinsatserna till *alla* anhöriga oberoende av ålder, oberoende av sjukdom och oberoende av boendeform.

När det gäller insatser till vissa åldersgrupper anger nästan 60 procent av kommunerna att alla insatser riktas till alla anhöriga oberoende av ålder. Totalt anger 17 kommuner att man riktar vissa stödinsatser specifikt till anhöriga till barn upp till 18 år och 34 kommuner anger att vissa insatser riktas till anhöriga till personer som är 19–65 år. Totalt har 115 kommuner svarat att vissa insatser riktas till personer som är 65 år och äldre.

I de fall man riktar vissa insatser till anhöriga till personer med viss sjukdom/funktionshinder är det oftast demenssjukdom som nämns. Detta anges av drygt hälften av kommunerna. Vidare anger 54 kommuner att vissa insatser riktas till anhöriga till personer med stroke och 48 kommuner anger att vissa insatser riktas till anhöriga till personer med psykisk sjukdom. Hälften av kommunerna riktar alla insatser till *alla* oberoende av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Uppföljningsenkäten omfattade en fråga om insatser riktade till anhöriga vars anförvant är äldre invandrare och 33 kommuner anger att man har vissa insatser riktade specifikt till äldre invandrares anhöriga. En av fyra kommuner anger att man erbjuder visst stöd riktat specifikt till personer vars anförvant bor i särskilt boende.

## *Samverkan för utveckling av anhörigstöd*

Enligt regeringsbeslutet är samverkan med frivilligorganisationer en förutsättning för att bidraget ska betalas ut. Samverkan ska framgå av kommunernas handlingsplaner. Av dessa kan tolkas att kommunerna samverkat på olika sätt och att man menar olika med att samverka. Vissa kommuner har informerat i det kommunala pensionärsrådet medan andra kommuner redovisar hur man tillsammans, kommun och flera organisationer, har arbetat fram en handlingsplan. Det är dock mindre än hälften av kommunerna som beskriver att handlingsplanen arbetats fram tillsammans med organisationerna.

När det gäller samverkan med organisationer uppger 237 kommuner samverkan med Röda Korset, 244 uppger pensionärsorganisationer och 214 kommuner anger samverkan med kyrkan. Cirka 250 kommuner har kommenterat eller gjort ett tillägg i svaret på den här frågan och här framkommer att det förekommer samarbete eller samverkan med en mängd olika lokala organisationer eller föreningar.

Drygt hälften av kommunerna uppger att man samarbetar med primärvården när det gäller utveckling av anhörigstöd. Med slutenvård samarbetar 40 kommuner och 35 kommuner anger att man samarbetar med privata

vårdgivare. Ett 80-tal kommuner uppger annan samarbetspartner och vid genomgång av kommentarerna framkommer att det ändå är fråga om verksamhet som oftast ryms inom primärvården eller inom den slutna sjukhusvården. Några få uppger samarbete med andra kommuner.

Knappt 30 procent av kommunerna har enligt enkätsvaren samarbete med högskola eller FoU-enhet när det gäller utveckling av anhörigstöd. Av dessa har tre kommuner haft sådant samarbete när de utarbetat handlingsplanen, 17 vid genomförandet av utvecklingsarbetet och 59 uppger att man planerar att samarbeta i samband med uppföljning av arbetet. 75 kommuner anger övrigt samarbetet och av kommentarerna framgår att detta främst innebär samarbete för kartläggning av behov.

### *Utveckling under 1999*

Ekonomisk ersättning till anhörigvårdare fanns enligt enkätsvaren i 189 kommuner innan 1999. Av dessa har nio kommuner dragit ner på ekonomisk ersättning och 30 har utökat detta under året. Sju kommuner som tidigare inte gav ekonomisk ersättning har under 1999 börjat med detta.

Dagvård för stöd till anhöriga erbjuds i drygt 80 procent av kommunerna. Under året har en ökning skett i ett 70-tal kommuner.

Korttidsvård/växelvård för stöd till anhöriga är mycket vanligt och 274 kommuner uppger att man har detta. Under året har dessutom en utökning av korttidsvård/växelvård skett i 62 kommuner och sex kommuner har påbörjat detta som ny form av anhörigstöd. En minskning har skett i fyra kommuner.

Avlösning i hemmet erbjuds i tre av fyra kommuner och 36 kommuner har under 1999 utökat möjligheten till avlösning i hemmet. Vidare har 18 kommuner som tidigare inte erbjudit avlösning i hemmet påbörjat denna form av anhörigstöd.

Stödsamtal till anhöriga kan erbjudas såväl enskilt som i grupp. Det är dock vanligast att detta ges enskilt. Ungefär hälften av kommunerna erbjuder enskilda stödsamtal och knappt en tredjedel erbjuder gruppsamtal. Den här typen av stöd har ökat kraftigt under året. Av de kommuner som inte tidigare kunde erbjuda stödsamtal har ett 50-tal börjat med enskilda samtal och ett 50-tal har startat gruppsamtal. Också inom kommuner som tidigare erbjudit stödsamtal har utökning skett.

Utbildning för anhöriga fanns i 70 kommuner redan innan 1999. Under året har 22 kommuner utökat denna form av anhörigstöd, 50 har påbörjat utbildning för anhöriga som ny form och två anger att man minskat på utbildning för anhöriga. Totalt sett är det, enligt enkätsvaren, drygt hälften av kommunerna som erbjuder någon form av utbildning till anhöriga.

Anhörigcentral fanns innan 1999 i sju kommuner. 18 kommuner har startat central under året. 244 kommuner uppger att man inte har anhörigcentral. Av kommentarerna framgår att man har andra typer av träffpunkter

för anhöriga. Exempel på sådana träffpunkter är frivilligcentral, öppen dagverksamhet och på anhörigkonsulentens arbetsplats. Några kommuner anger att man håller på att planera för någon typ av central dit man som anhörig kan vända sig för att få stöd och råd.

I mars 1999 genomförde Dalarnas forskningsråd en studie (83) avseende kommuners och frivilliga organisationers stöd till anhöriga. Den visar att det skett en mycket liten utveckling eller utökning av det stöd som erbjuds anhöriga som vårdar. Detta resultat kan ställas emot uppföljningen av stimulansbidragets första år som pekar på tydliga tendenser till utökning av olika former av anhörigstöd.

### *De viktigaste effekterna*

Enligt kommunerna har anhörigmedlen betytt att anhörigfrågorna har fått uppmärksamhet och satts i fokus. Anhörigvårdare och problematiken av att vara anhörigvårdare har synliggjorts. Det har tagits upp i massmedia framför allt lokalt och har kommit till allmänhetens kännedom.

Bidraget har gjort det möjligt att få pröva idéer man länge burit på men som fått väljas bort beroende på snäv ekonomi. Det har blivit möjligt att tillsätta en person som tagits sig an problemet och som har påbörjat ett utvecklingsarbete. En annan positiv effekt av stimulansbidraget enligt många kommuner, är att man har fått till stånd ett samarbete med frivilligorganisationer och med föreningar av olika slag.

Kommunerna och länssamordnarna anser enligt enkätsvaren att det är för tidigt att peka ut något lyckat projekt. De flesta säger att det finns goda idéer och bra initiativ som man tror på, men man vill ha lite mer tid. Det framgår tydligt att de kommuner som kommit längst, är de som tagit initiativ till att bygga upp ett anhörigstöd redan innan 1999. Dessa kommuner har klarat av startsträckan och är i gång. Exempel på kommuner som kommit en bra bit på väg är Helsingborg, Falun, Solna, Skellefteå och Varberg.

När det gäller dagvårdsverksamhet och korttidsvård, som redan tidigare var vanligt i ett stort antal kommuner, har en kraftig ökning skett. I de siffror som angetts i enkätsvaren kan dock dagvårds- och korttidsvårdsplatser som inte enbart avses vara stöd för anhöriga vara inkluderade. Även möjligheten att få avlösning i hemmet har ökat. Här finns också kommentarer som pekar på att man försöker arbeta mer flexibelt och med mer okonventionella metoder för att på så sätt tillgodose den enskilda personens behov.

En tendens kan också skönjas att kommunerna vill skapa fora för anhöriga att få information och möjlighet att samtala om sin situation. Ökningen av gruppsamtal och utbildning för anhöriga tyder på detta. Den nu genomförda uppföljningen visar inte om antal samtalsgrupper man haft eller hur systematiserat man börjat arbeta med denna form av anhörigstöd.

Några kommuner har öppnat någon form av central dit anhöriga kan vända sig för att få ställa frågor och få information och för att träffa andra som man kan prata med om sin situation. Dessa mötesplatser benämns olika, som exempelvis anhörigcentral eller frivilligcentral och kan vara placerad på en dagcentral eller ett medborgarkontor. Antalet kommuner som har den här typen av stöd till anhöriga är inte stort men ökningen är mycket kraftig.

## Förebyggande hembesök

### *Bakgrund*

Inom ramen för den Nationella handlingsplanen och som ett led i förnyelse av äldrepolitiken har regeringen avsatt stimulansmedel för uppsökande verksamhet bland äldre. Syftet med försöksverksamheterna är att bygga upp kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. Försöken sker över hela landet och genomförs på orter med skiftande sociodemografiska och strukturella förutsättningar. Erfarenheter från Danmark har visat att ”förebyggande hälsobesök” har givit goda resultat när det gäller ökad livskvalitet för de äldre och minskad intagning på akutsjukhus (84).

Följande villkor ska uppfyllas av de huvudmän som beviljats stimulansmedel för detta ändamål:

- Verksamheten ska genomföras gemensamt av kommunens äldreomsorg, hemsjukvården och primärvården oavsett huvudman.
- Den uppsökande verksamheten ska ske på individnivå. Basen i verksamheten ska vara regelbundna hembesök.
- Hembesöken ska genomföras regelbundet under perioden 1999–2001.
- Hembesöken ska göras av såväl personal med medicinsk kompetens som personal med social kompetens. Exempel på yrkesgrupper med kvalifikationer för denna arbetsuppgift är biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och läkare.
- Försöksverksamheterna ska följas upp och utvärderas.

I följande förteckning över de orter där försöksverksamhet bedrivs anges det totala antalet invånare i respektive kommun samt andelen invånare 65 år och äldre (siffrorna baseras på uppgifter från år 1997).

Kommun	Antal invånare	Andel invånare 65–w
Gnesta	9 714	15,7 %
Gävle	90 308	17,3 %
Härryda	29 131	11,6 %
Hässleholm	49 261	19,6 %
Jokkmokk	6 412	20,2 %
Jönköping	115 510	18,3 %
Kristianstad	73 794	18,6 %
Kumla	18 900	16,9 %
Lidingö	39 834	19,0 %
Malmö	251 408	19,5 %
Nordmaling	7 934	21,4 %
Norrtälje	51 266	18,7 %
Osby	13 281	20,6 %
Stockholm	727 339	17,7 %
Strömstad	10 891	21,0 %
Strömsund	14 825	24,5 %
Trosa	10 023	13,3 %
Umeå	103 151	11,9 %
Uppsala	185 971	13,0 %
Vaxholm och Österåker	8 528 33 064	13,1 % 9,2 %
Vännäs	8 667	18,6 %

### *Genomförande*

Samtliga 21 försöksverksamheter genomförs i samarbete mellan kommun och landsting. Vanligtvis har kommunen initierat projektet och står som huvudman med landstinget som samarbetspartner. I Trosa och Jönköping är det däremot landstingets primärvård som är huvudman med kommunen som samarbetspartner. I Hässleholm har projektet initierats av Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt, divisionen för psykiatri och rehabilitering, som genomför det i samarbete med kommunen. Även pensionärs-, frivillig- och anhörigorganisationerna finns med som samarbetspartner i respektive projekt.

Det som är gemensamt för alla försöksverksamheterna är att de baseras på regelbundna hembesök och att personalen som arbetar med projekten har såväl medicinsk som social kompetens. Försöksverksamheterna dokumenteras, följs upp och utvärderas dels inom respektive projekt och dels alla försöksverksamheterna tillsammans i samarbete med Socialstyrelsen. Samtliga projekt riktar sig till de hemmaboende äldre som inte har regelbundna insatser i form av hemhjälp eller hemsjukvård. Ca 200 personer

har visat sig vara vad projekten i genomsnitt anser sig ha kapacitet att arbeta med. När det sedan gäller hur man gjort urvalet av individer och hur man valt arbets sätt är det däremot skillnader mellan projekten.

De flesta projekt har valt dem som är 75 år och äldre som sin målgrupp. I vissa fall har urvalet gjorts genom att man avgränsat projektet geografiskt i kommunen. I andra fall har man använt sig av någon form för slumpmässigt urval. Några projekt vänder sig till särskilda åldersgrupper, t.ex. alla 75-åringar samt alla 80-åringar. I en kommun har man valt att erbjuda alla som är 70 år att ingå i försöksverksamheten. I en annan kommun har man kontaktat alla som är 65 år och äldre och erbjudit dem hembesök. I två projekt är målgruppen äldre födda utomlands.

Begreppet regelbundenhet har tolkats olika i projekten och hur ofta varje pensionär kommer att få besök varierar mellan ett besök i kvartalet och ett besök om året. I fem av projekten gör en distriktssköterska och en hemtjänstassistent hembesöken tillsammans. Men i övrigt får pensionären besök av en person och behovet av den dubbla kompetensen tillgodoses genom att båda kompetenserna finns representerade i projektets arbetsgrupp. Såväl pensionärens fysiska hälsa som det psykiska välbefinnandet och möjligheterna att upprätthålla sociala kontaktnät är samtalsämnen som är aktuella under hembesöken.

### *Uppföljning utvärdering*

Försöksverksamheterna följs upp och utvärderas på individnivå, projektnivå och sammantaget för alla försöksverksamheterna. I de flesta projekt har den första omgången hembesök avslutats senvåren år 2000. Det är därför ännu för tidigt att redovisa resultat baserade på de frågeformulär som utvecklats som utvärderingsinstrument.

Några allmänna reflektioner kan ändå redovisas från dem som genomfört besöken. Huvudintrycket är att pensionärerna uppger att de mår bra och att många är fysiskt aktiva med praktiska göromål som t.ex. hushållsarbete eller trädgårdsarbete och regelbundna promenader. De flesta har täta sociala kontakter och känner sig nöjda med tillvaron i stort. Det ser alltså ut som om de pensionärer som fått hembesök överlag har det ganska bra. I det sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att urvalet till försöksverksamheterna har gjorts bland dem som inte har regelbundna insatser i form av hemhjälp eller hemsjukvård och alltså borde tillhöra den ganska friska gruppen av pensionärer.

I vissa fall – det är ännu oklart hur ofta – har besökaren gjort någon form för praktisk intervention i anslutning till besöket. Ibland har det handlat om att vara behjälplig med att beställa en tid på en vårdcentral där det är svårt att komma fram per telefon. I andra fall har det gällt att förebygga fallolyckor i badrummet genom att t.ex. hjälpa till med att skaffa ett enkelt hjälpmedel.

Några av besökarna har beskrivit att de känner oro för de äldre par där den friskare maken är ensam om ansvaret för att vårda den andra som är sjuk. Det behövs både kunskaper och finkänslighet för att komma in med stöd i dessa familjer. Här kan hembesöken användas för att successivt bygga upp en kontakt och ett förtroende med den berörda familjen.

Det råder delade meningar om möjligheterna att uppnå effekter med förebyggande hembesök när det gäller äldres fysiska funktion, psykosociala funktion, fallskador, inflyttning till vårdboende och dödlighet. I en nyligen publicerad artikel i den ansedda tidskriften *British Medical Journal* (85) diskuteras de metodologiska svårigheterna och endast ett fåtal studier anses hålla tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att resultaten ska anses hållbara. De danska utvärderingarna har fått gott betyg och den positiva effekten när det gäller minskad inflyttning till särskilt boende anses vederhäftig.

Försöksverksamheterna har ännu inte pågått i ett år. Det är alltså för tidigt att veta något om utfallet. Om man kommer att lyckas med att visa positiva effekter beror på många faktorer bl.a. hur man lyckas med att föra ut och implementera de kunskaper som redan finns om t.ex. nyttan av fysisk aktivitet för äldre (86). Resultatet av försöksverksamheterna kommer delvis att vara avhängigt i vilken utsträckning hembesöken kan inspirera och stimulera till fysiska aktiviteter för dem som sitter för mycket stilla eller bryta isoleringen för dem som känner sig ensamma. Förebyggande arbete handlar alltså i stor utsträckning om vilka krafter i samhället i stort, bland frivilligorganisationer och föreningsliv, som kan mobiliseras för att skapa lämpliga arenor för såväl fysiska som kulturella och sociala aktiviteter, aktiviteter som attraherar samhällets seniorer.

Ett viktigt resultat som flera av besökarna rapporterat är att de förebyggande hembesöken erbjuder en nyttig perspektivförskjutning för de erfarna distriktssköterskor och hemtjänstassistenter som annars träffar mest sjuka äldre. Att få träffa pensionärer i deras egna hem, se deras resurser och förmågor och samtala omkring "friskfaktorer" har varit lärorikt och vidgat vyerna. Pensionärerna har också delat med sig av allt från djupare livsvisdom till konstruktiva förslag om ett mer tillgängligt lokalsamhälle. I några av försökskommunerna har förslagen redan resulterat i flera parkbänkar att vila på när man ska ta sig upp för stadens branta backar och ett löfte om bättre sandade promenadstråk nästa vinter.

## FoU-centrum inom äldreområdet

I enlighet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken stödjer regeringen under åren 1999–2001 uppbyggnad och utveckling av regionala FoU-centra inom äldreområdet. Under våren 1999 inbjöds landets kommuner och landsting att i samverkan ansöka om ekonomiskt bidrag för att bygga upp en gemensam FoU-verksamhet. Syftet med stödet är att få till



stånd en långsiktig kunskaps- och kompetensuppbyggnad för att främja hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande.

Av 25 sökanden erhöll 15 enheter bidrag ur den sammanlagda budgeten på 37 mkr. Flera olika kriterier användes för att bedöma de sökande varav särskild vikt lades vid förutsättningarna för långsiktig överlevnad, dvs. dels på att verksamheten planerades i samverkan med berörda kommuner och landsting, dels att olika kompetensmiljöer inom forskning, social praktik och utbildning fördes samman. En lokalt förankrad och praktikinära kunskaps- och verksamhetsutveckling skulle eftersträvas för att få till stånd nya kopplingar mellan teori, analys och praktiskt arbete.

Följande 15 huvudmän beviljades stimulansbidrag till regionala FoU-centra.

Huvudman	Summa
Dalarnas forskningsråd	3 200 000
FoU-Kronoberg	1 200 000
Kommunförbundet Hallands län	2 500 000
Kommunförbundet Jönköpings län	3 500 000
Kommunförbundet Uppsala län	3 200 000
Landstinget Östergötlands län	3 500 000
Västerbottens läns landsting	3 500 000
Piteå sjukvårdsförvaltning	1 200 000
Nordvästra sjukvårdsområdet, Stockholms län	2 200 000
Landstinget Gävleborg	2 000 000
Göteborgsregionens Kommunalförbund	2 100 000
Sjuhäradsbygdens Kommunalförbund	2 000 000
Kommunförbundet Örebro län	2 300 000
Stockholms stad	2 200 000
Malmö stad	2 400 000
<b>Summa</b>	<b>37 000 000</b>

De medel som satsas på regionala FoU-centra bygger på samverkan mellan kommuner och landsting. En geografisk spridning har eftersträvat. Ett krav från regeringen var också att huvudmännen själva satsar minst lika mycket finansiellt som stadsbidragets storlek. På flera ställen är den egna finansieringen betydligt större än det statliga bidraget.

Intresset från landets kommuner och landsting kan sägas vara stort för detta initiativ, dvs. att driva forsknings- och utvecklingsarbete nära de verksamheter som bedriver den dagliga äldrevården- och omsorgen. I den inventering som Dalarnas forskningsråd genomfört (87) ser man det ökan-

de engagemanget och intresset som början på en utveckling där kommuner och landsting blir allt viktigare aktörer.

### *Hittillsvarande utveckling*

Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att ge stöd till de regionala FoU-centra som beviljats stimulansmedel och att årligen redovisa hur verksamheterna utvecklas. Under det gångna året har dock flertalet FoU-centra ännu inte kommit igång med sina aktiviteter. Anledningarna kan variera men det som kan sägas generellt är att planeringsarbete och förankring hos olika intressenter tar tid. Vid ansökningstillfället var några FoU-centra redan i startgroparna medan de flesta i stort sett var skrivbordsprodukter. Det innebär att många först efter regeringens beslut på allvar kunde ta itu med sin uppgift.

De flesta beviljades betydligt mindre pengar än de sökt och fick därför börja med att revidera, och i vissa fall, omförhandla sina verksamhetsplaner. Många har under det gångna året varit engagerade i att rekrytera kompetent ledning till FoU-centra, skaffa lämpliga lokaler för sin verksamhet samt engagerat sig i att organisera diverse styr- och arbetsgrupper etc. I några fall har man stött på mer omfattande problem som organisationsförändringar där personal i ansvarsställning avgått. Våren 2000 har dock samtliga kommit en bit på vägen. I de fall där aktivitetsgraden varit låg under det gångna året har heller inte budgetmedlen tagits i anspråk som planerats.

För att få en hållbar utveckling av FoU-centra är det viktigt att de som ger det finansiella stödet själva känner att de kan motivera verksamheten. Det handlar också om att få personalen inom vård- och omsorgsarbete att vilja ge sig in i utvecklings- och forskningsprojekt. I de fall där personalen visar intresse stöter andra hinder till som t.ex. personalbrist och möjligheter att tillsätta vikarier vid den ordinarie personalens projektmedverkan. Personalens lojalitet mot arbetskamrater och arbetsställe är också ett hinder.

I april månad anordnade Socialstyrelsen en konferens för aktiva FoU-aktörer. Denna konferens var den fjärde i ordningen av de möten som Socialstyrelsen tidigare anordnat för FoU-centra inom socialtjänsten. I år var det första mötet för de FoU-centra som beviljats stimulansmedel. Eftersom de har speciella problem, är nystartade och har huvudmän från såväl kommuner som landsting, planeras att under hösten inbjuda till ett nytt möte där dessa FoU-centra bl.a. får möjlighet att utbyta ”starterfarenheter” och får tillfälle att knyta kontakter och bilda nätverk med likasinnade.

### *Målsättning och arbetssätt*

Det övergripande syftet med bildande av FoU-centra är ofta att skapa en arena eller mötesplats för att stärka banden mellan forskning, utbildning

och verksamhetsnära utveckling inom äldreområdet. I FoU-enheten förs olika kompetensmiljöer samman för att få till stånd nya kopplingar mellan teori, analys och handling. I beskrivningar av syfte lyfts också fram medborgarnas och de äldres möjlighet att kunna välja ett individuellt anpassat stöd såväl i sociala insatser som i sjukvården.

I målbeskrivningarna anläggs olika perspektiv. Flera FoU-centra låter olika perspektiv brytas mot varandra utan någon starkare betoning till förmån för något, medan andra mer lägger betoningen på ett särskilt perspektiv. Kunskapsutveckling och kompetenshöjning av personalen ses som en viktig målsättning. Andra anger en vidare målsättning genom att vilja engagera medborgarna i allmänhet för äldre frågor, att uppmuntra till anhörigmedverkan och samarbete med ideella och andra privata aktörer.

För att uppnå den målsättning som FoU-verksamheterna föresatt sig uppvisas en mångfald tillvägagångssätt och verksamhetsformer. Arbetsformer gentemot personalen är bl.a. forskningscirklar, seminarier, handledningsstöd i utvecklingsprojekt och utvärderingar, metodkurser, producera *populärt* utformat material om äldreforskning samt i övrigt medverka till att sprida och förmedla resultat från utvecklingsarbete och forskning. För att få personalen delaktig används ibland idéseminarier där idéer från personalen tas tillvara för att de sedan under handledning ska kunna bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt i vardagsarbetet. Någon anger projekt som syftar till kompetensutveckling inriktade mot att utveckla ett "samkulturellt" synsätt genom att överskrida de nuvarande huvudmännens kompetensområden. Aktiviteter som riktar sig till en bredare allmänhet är utställningar, föreläsningar m.m.

FoU-centra ska vara en mötesplats där forskare och praktiker möts på lika villkor för att överbrygga den vanliga uppdragsforskningens dilemma: att få resultatet av forskningen förmedlad och använd. Utmaningen består i att utveckla kunskap i ett handlingssammanhang samt att bygga upp en långtgående samverkan där forskare och praktiker samarbetar i alla faser av FoU-arbetet.

Flera FoU-centra visar i sina aktivitetsplaner upp exempel på samarbetsformer där olika yrkeskategorier och även studenter från olika vård- och omsorgsutbildningar ges möjlighet att utbyta erfarenheter och kunskaper. Man har gemensamma projekt, ger föreläsningar och kurser. Det finns också exempel på projekt som riktar sig till äldre i allmänhet för att de "skall ges självförtroende och verktyg för att i avsevärt större omfattning kunna styra sitt nyttjande av vårdresurserna och göras mer oberoende av vårdstrukturernas formella organisering".

### *Aktiviteter*

Trots den fördröjda starten av planerad verksamhet uppvisar många en diger lista av pågående och igångsatta aktiviteter. De flesta tar sin utgångs-

punkt i de förutsättningar som de egna samarbetande parternas kompetenser medger. Det var också en medveten strategi från regeringens sida att satsa på FoU-centra som bl.a. sinsemellan kunde uppvisa olikartade spetskompetenser och speciella förutsättningar för att på det sättet kunna pröva såväl olikheter i arbetsformer som innehållsligt. Exempel på teman som finns representerade i FoU-centra:

Informell och frivillig omsorg samt anhörigmedverkan, äldres levnadsvillkor, ledarskap, arbetsorganisation och arbetsledning, samverkan i vårdkedjan, vårdplanering och dokumentation, IT-stöd i vården, etiskt förhållningssätt, egenvårdens betydelse, äldres läkemedelsanvändning, äldre i glesbygd, telemedicin, brukarnas totalupplevelse av den sammantagna vårdprocessen, den ”sömlösa organisationen”, arbetslivsutveckling, utveckling av kombinationstjänster för utbildning, forskning och praktiskt vård- och omsorgsarbete, nya former för lärande i arbetet, anpassat stöd till äldre med främmande kulturell bakgrund.

### *Utvärdering*

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att utvärdera regeringens satsning på FoU-centra inom äldreområdet. Det utvärderingsarbetet är för närvarande under planering och påbörjas under hösten 2000.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det tagit tid att planera och förankra starten av FoU-verksamheten. Det första halvårets budgetmedel är inte använt fullt ut. De flesta har nu kommit igång, anställt kompetent personal och etablerat sig i sina lokaler. Verksamheten präglas av en livlig aktivitet med organisering av styr- och arbetsgrupper samt nätverksbyggande med samarbetsmöten. Flera projekt har startats och några har även hunnit avslutas. Under våren har flera arbetat fram informationsmaterial om sin verksamhet, haft konferenser och idéseminarier.

## **Rehabilitering/Hjälpmedel – Utvecklingsläge**

I Nationell handlingsplan för äldrepolitiken anges att tillgången till rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel i den kommunala äldreomsorgen måste få förstärkande insatser (1). Därför har Socialstyrelsen genomfört två studier (88) vars avsikt är att ge en bild av hur det står till ifråga om rehabilitering respektive hjälpmedel i den kommunala äldreomsorgen. Det innebär att den rehabilitering som sker i landstingets regi inte har belysts i årets rapportering.

### *Bakgrund*

Med Ädelreformen fick kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och möjlighet att efter överenskommelse med landstinget erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Det innebär nya ansvarsområden för kommunerna, bland annat ansvar för rehabilitering

och ”enkla hjälpmedel”. Rehabiliteringspersonal fördes över till kommunerna för att svara upp mot de nya åtagandena enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Under uppföljningen av Ädelreformen visade sig både hjälpmedelsförsörjning och rehabilitering vara problemområden (89). Det fanns parallella hälso- och sjukvårdsorganisationer mellan vilka ansvarsfördelningen var oklar och öppen för tolkningar. T.ex. vid gränsdragningen för kommunernas ansvar ifråga om enkla hjälpmedel var variationerna stora över landet, allt från att gränsen satts vid rollatorer, via manuella rullstolar till att i vissa avtal gälla också eldrivna rullstolar (90). Vidare påpekades brister i informationsöverföring i samband med att medicinskt färdigbehandlade fördes över till kommunen och utvecklingen av gemensam vårdplanering gick långsamt. Två år efter reformen avsatte därför regeringen särskilda stimulansmedel – Rehab 300 – för att påskynda utvecklingen av rehabilitering och samverkan mellan huvudmännen.

### *Utvecklingsläge – kommunal rehabilitering*

För att fånga tendenser i utvecklingen beträffande rehabilitering i kommunal äldreomsorg har Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört en studie i 30 kommuner (88). Den första kontakten med kommunen/kommundelen togs via den medicinskt ansvariga sjuksköterskan som fick ange vem som hade den bästa överblicken och störst möjlighet att besvara frågorna. I hälften av kommunerna gjordes intervjun med äldreomsorgschef, MAS eller MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering). I de övriga kommunerna intervjuades chefen för den kommunala rehabiliteringen eller någon av rehabiliteringspersonalen. Först besvarades en minienkät och därefter gjordes en telefonintervju.

De personer som intervjuades visade sig ha ett brinnande intresse för området. Det fanns enligt rapportförfattarna eldsjälur som försökte utgå från den enskildes behov och hantera situationen trots resursknapphet, oklara gränser mellan huvudmännen och snabba utskrivningar från slutenvården.

Synen på rehabilitering av äldre ansågs radikalt ha förändrats under 90-talet. Det fanns bland de intervjuade en påfallande samsyn om att ”vardagsrehabilitering” är en viktig del av rehabiliteringsarbetet. Rehabiliteringen har flyttat ut från institutionerna och sjukgymnastens träningsrum till hemmet.Handledning av vårdpersonal framstår idag, enligt de gjorda intervjuerna, som en självklar del av arbetet för de kommunalt anställda sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna.

Socialstyrelsen, Kommunförbundet och Landstingsförbundet har i olika sammanhang betonat att fokus måste vara inställt på den äldre själv och dennes behov. Trots Rehab 300 visar studien att huvudmannaskapsfrågorna alltjämt är ett problem, i vissa kommuner ett dominerande problem.

Samtliga intervjuade menade att de enbart kunde se fördelar om alla resurserna för rehabilitering vore samlade hos en huvudman. De som representerade kommuner med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende uppgav inte i någon mindre utsträckning problem med gränsdragningsfrågor än de kommuner som enbart hade ansvaret för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer. Ett exempel var dagrehabilitering som sällan fanns i primärvården och som kommuner med enbart hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende ogärna ville driva om de inte fick medfinansiering av landstinget. Vissa av dessa kommuner drev dagrehabilitering ändå, eftersom de menade att kommunen hade de största vinsterna, andra hade avvecklat sin dagrehabilitering och ett fåtal nämnde att de drev sin dagrehabilitering under mer informella former. Kommunens ansvar för hemsjukvård har flyttat gränsdragningsdiskussionerna, inte tagit bort dem.

Studien visar att när rätt personer är involverade kan det gå att komma runt problemen. De intervjuade menar dock att dagens lagstiftning och de gränser den skapar mellan huvudmännen inte understödjer samverkan eller underlättar att se till den enskildes behov.

De två lagarna, socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, kan i sig leda till att ingen ser helheten, att insatserna till den enskilde blir splittrade och utan inbördes samordning, och att vårdbiträdet får motstridig information via biståndsbeslutet respektive via handledningen från sjukgymnasten eller arbetsterapeuten. Som tidigare nämnts behöver inte lagstiftningen vara något hinder, men den understödjer dock inte en helhetssyn. Intervjuerna visade att i en del kommuner används lagstiftningen som argument för att biståndsbedömning kunde ske frikopplad från medicinska aspekter och rehabiliteringsaspekter. Risker med detta som förs fram av författarna bakom studien är att:

- vårdbiträdet inte får den tid som krävs för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt
- biståndsbedömningen fokuserar på hjälp i stället för på hjälp till självhjälp
- personen beviljas särskilt boende utan att ha fått ordentlig hjälp i sin hemmiljö
- personen beviljas korttidsboende utan genomtänkta mål för vistelsen.

Rapportförfattarna menar att när de allt kortare vårdtiderna inom slutenvården möts av att äldre får vård och rehabilitering i hemmet eller i miljöer nära hemmet, är det en utveckling i rätt riktning. Men för att utvecklingen inte ska innebära sämre rehabilitering för de äldre ställer det dock krav på att personalresurser och kompetens följer med patienterna ut. Så var enligt de gjorda intervjuerna inte fallet. Rehabiliteringsresurserna hade inte ökat i samma takt som vårdtiderna inom slutenvården kortats, och den spetskompetens som fanns i specialistsjukvården förmådde inte fungera som ett

nära stöd och ge handledning till rehabiliteringspersonalen ute i kommunerna.

I större arbetslag uppgavs det finnas möjligheter för sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna att specialisera sig. Ett större rehabiliteringsteam visade sig också ge bättre möjligheter att knyta till sig andra specialister, som t.ex. logoped, en uppenbar bristvara i den kommunala äldrehabiliteringen. Små enheter visade sig däremot vara sårbara.

I många kommuner hade de projekt som finansierats med Rehab 300-medel lett till en större samsyn på rehabiliteringens mål, och vikten av vardagsrehabilitering. Fortbildning av vårdbiträden och undersköterskor i "ett rehabiliterande förhållningssätt" är dock en process som måste pågå kontinuerligt. Endast i ett mindre antal kommuner fanns det någon strategi för hur denna kompetens- och metodutveckling skulle leva vidare efter att projektmedlen tagit slut.

I vissa kommuner visade sig den platta organisationen vara ett påtagligt hinder för att utveckla nya arbetsmetoder. Vårdbiträdena uppgavs vara ställda utan arbetsledning och handledning.

Även anhöriga har ett stort behov av stöd vad gäller deras roll i rehabiliteringen. Ingen kommun hade tagit med detta i sin plan för "anhörig 300", däremot uppgav flera kommuner att detta kommit upp som en del av det anhörigkonsulenten – finansierad med "anhörig 300-medel" – skulle arbeta med.

Korttidsrehabiliteringen är en mer eller mindre synliggjord del av kommunernas korttidsboenden. Studien visade att många kommuner brottades med att det på korttidsboendet var en omöjlig blandning av personer med helt olika behov. Korttidsrehabilitering har i stort sett i hela landet ersatt delar av den rehabilitering som tidigare gavs inom länssjukvården. Endast i ett mindre antal kommuner deltog dock landstinget i finansieringen.

Kundval är ett begrepp som börjar bli allt vanligare inom äldreomsorgen. Ur det perspektivet kan det verka anmärkningsvärt att det i så begränsad utsträckning visade sig vara den äldre själv som kontaktade den kommunala rehabiliteringen. Vid närmare eftertanke är detta dock naturligt. Kommunens rehabilitering ansvarar för de skröpligaste äldre. En rad studier visar att dessa personer behöver en samordnad vård, omsorg och rehabilitering. Att rehabiliteringspersonalen i så stor utsträckning uppgavs komma in via den kommunala sjuksköterskan eller vårdbiträdet pekar ut att det finns ett fungerande team eller i vart fall nätverk kring den äldre.

Den bild av utvecklingsläget som förmedlas utifrån kommunernas perspektiv är att den kommunala rehabiliteringen – trots en rad olika problem i form av det dubbla huvudmannskapet, lagstiftningen, och en resurstilldelning vilken inte upplevs ha följt med i utveckling där alltmer ansvar hamnar på kommunerna – upprätthålls mycket tack vare en engagerad personal som arbetar på gränsen av sin förmåga. Kunskapen om rehabili-

tering uppges ha ökat väsentligt i den kommunala organisationen, men i praktiken sker rehabiliteringen utifrån krångliga förutsättningar och är därmed sårbar.

### *Utvecklingsläge*

#### *– hjälpmedel och hjälpmedelsförsörjning i kommunen*

För att fånga tendenser i utvecklingen beträffande hjälpmedel i kommunal äldreomsorg har Hjälpmedelsinstitutet på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört en studie (88). 20 kommuner och fem hjälpmedelscentraler valdes ut. Kommunerna valde själva via medicinskt ansvarig sjuksköterska ut en person som hade bra insikt i respektive kommuns hjälpmedelshandling. De utvalda, i huvudsak arbetsterapeuter och sjukgymnaster, besvarade först en minienkät och medverkade därefter i en telefonintervju.

Undersökningen förmedlar en bild där hjälpmedlen alltmer anses ha blivit en integrerad del i den rehabilitering, vård och omsorg som ges till äldre. Tillgängligheten till hjälpmedel i den kommunala äldreomsorgen upplevdes ha ökat. Bl.a. hade antalet förskrivare ökat i 16 av de 20 medverkande kommunerna. De ”flaskhalsar” som fanns infann sig dels hos hjälpmedelscentralerna, dels i kommuner där personalresurserna var för små. ”Flaskhalsarna” bestod framför allt av långa leveranstider från leverantörer och väntetider på specialanpassningar. Väntetiden för bedömning av hjälpmedelsbehovet var ca en vecka vilket fanns beskrivet i flera kommuners rutiner.

Ansvar för hjälpmedel i den kommunala äldreomsorgen är delat mellan sjukvårdshuvudmännen och fördelningen av ansvaret för hjälpmedel hade enligt undersökningen inte nämnvärt förändrats sedan Ädelreformen. De fyra kommuner där förändringar skett fanns inom Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Samverkan mellan kommunerna och landstingen uppgavs i stort fungera bra. Gemensamt regelverk för hjälpmedel fanns för kommunerna och landstinget, men i Region Skåne hade varje kommun dessutom ett eget regelverk. Huvuddelen kommuner samverkade också genom avtal med landstingets hjälpmedelscentral. Hjälpmedel kunde i de flesta fall förskrivas över huvudmannaskapsgränser och den administrativa förändringen av betalningsansvaret som följde ansågs sällan drabba brukarna.

#### *Gränsdragningsproblem finns*

Det delade ansvaret för hjälpmedel skapade dock otydlighet för berörda och ledde till gränsdragningsproblem, dubbelarbete och ökad tid för överrapportering för att hålla varandra informerade. Där den organisation som förskrev hjälpmedlet också bar kostnaden kunde det för brukaren innebära att flexibla lösningar inte var möjliga, vilket kunde leda till dubbla besök av arbetsterapeut eller sjukgymnast. I den kommun där en huvudman hade ansvar för samtliga rörelsehinderhjälpmedel ansågs inte dessa problem finnas.



Gränsdragningsproblemen handlade framför allt om de produkter som kunde ha olika betalningsansvar beroende på om de var personligt hjälpmedel, arbetstekniskt hjälpmedel eller utrustning. Där man nyligen löst problemet personligt hjälpmedel kontra arbetstekniskt hjälpmedel hade gränsdragningsproblemet flyttats till att omfatta personligt hjälpmedel kontra utrustning. Mycket tid gick åt för att diskutera vem som skulle betala. Bland intervjuerna gavs dock exempel där samverkansavtal och/eller speciella detaljerade hjälpmedelslistor fanns vilket gjort att gränsdragningsproblemen eliminerats.

Behoven av hjälpmedel uppmärksammades oftast av dem som var närmast brukaren, dvs. vårdbiträde, undersköterska eller sjuksköterska. När hjälpmedelsbehovet uppmärksammades var det ofta kopplat till problem i arbetsmiljön. Rehabiliteringspersonalens roll var företrädesvis att utreda och åtgärda uppmärksammade hjälpmedelsbehov. De som uppmärksammar behovet uppges behöva ökad kompetens för att upptäcka och förmedla behovet i ett tidigt skede. Idag har man ofta lösningen klar i form av ett hjälpmedel. Att brukaren redan blivit "lovad" ett visst hjälpmedel ansågs kunna försvåra den utredningen som skulle ta vid och t.ex. inverka negativt på möjligheten att motivera brukaren för rehabiliterande insatser.

Behovet av hjälpmedel för både brukare, personal och i viss mån anhöriga, uppmärksammades även vid vårdplanering. I de flesta kommuner deltog vid behov arbetsterapeut och/eller sjukgymnast i vårdplanering. I 13 av de 20 medverkande kommunerna uppgav man att behov av rehabilitering/hjälpmedel uppmärksammades och aktualiserades vid biståndsbedömning. Behovet lämnades därefter vidare till rehabiliteringspersonalen för fortsatt utredning. I drygt hälften av de medverkande kommunerna uppgavs att samarbetet mellan biståndsbedömare och rehabiliteringspersonal inte fungerade tillfredsställande.

### *Ökad kunskap om hjälpmedel, men kunskapsluckor finns*

Kunskaperna om hjälpmedel och dess betydelse i den kommunala äldreomsorgen ansågs ha ökat de senaste åren. Det var rehabiliteringspersonalen som svarade för kunskapsspridning till berörda personalgrupper som t.ex. vård- och omsorgspersonalen och själva höll de sig "ajour" främst via hjälpmedelscentralerna. Få uppgav dock att det fanns rutiner för hur kunskapen om hjälpmedel skulle uppdateras.

Trots att kunskaperna om hjälpmedel ökat fanns ett fortsatt behov av kompetensutveckling. Det gällde framför allt kunskaper i ett rehabiliterande synsätt i alla led i organisationen, men även hur man t.ex. handhar hjälpmedel och betydelsen av att de förskrivs till enskilda personer och därför inte kan flyttas mellan olika brukare i särskilt boende.

Hjälpmedel i vården och omsorgen av personer med demens uppgavs vara en gråzon och här behövs mer kunskap både om sjukdom och hjälpmedel. Många äldre har flera olika funktionsnedsättningar och kunskaper

för att uppmärksamma behov av syn- och hörhjälpmedel ansågs av många vara eftersatt. Heminstruktörer – där sådana finns – har kompetens, men även rehabiliteringspersonal uppgavs ha behov av dessa kunskaper. Många av de intervjuade menade också att det saknas spetskompetens för personer med grava hjärnskador, vilket det finns behov av eftersom en ansvarsförskjutning till kommunerna upplevdes ha skett. Möjligheten att äga specialkompetens visade sig bero mycket på om man tillhörde en stor enhet där vissa kunde specialisera sig eller om man arbetade i en liten enhet med små möjligheter till specialisering.

Trots att flertalet kommuner uppgav att tillgängligheten hade ökat ansågs resursbristen i form av personal, tid och pengar vara ett stort problem. Vårdtyngden hade ökat men personalresurser upplevdes inte ha tillförts i motsvarande grad. Rehabiliteringspersonalen upplevde sig vara otillräcklig, väntetiderna kunde bli långa och uppföljningar gjordes inte i den omfattning de borde. Lidande ansågs också utbildningen och handledningen av personalen bli, liksom kvalitetssäkringsarbetet. I några kommuner menade man dock att rehabilitering och hjälpmedel var prioriterade områden. De statliga stimulansmedlen ("Rehab 300-pengar") hade bidragit till den positiva utvecklingen.

Många uppgav att förråd av de mest frekventa hjälpmedlen var av stor betydelse för tillgängligheten. Väntetider för service och avsaknaden av service under helger upplevdes som ett problem. Även sortimentsförändringar påverkade tillgängligheten. 11 av 20 kommuner hade tagit bort hjälpmedel och lika många hade tillfört nya. Det som tagits bort var t.ex. sittedynor, saxar och matbestick medan de som tillkommit var mer avancerade hjälpmedel som t.ex. begåvningshjälpmedel och larmmattor.

Specialanpassningar – ombyggnader av ett hjälpmedel för att passa en individ – ansågs ta mycket lång tid att få utförda. Något exempel på att området specialanpassningar lösts utan långa väntetider framkom inte i undersökningen.

Flera kommuner efterlyste ett bra datorstöd för att hålla reda på vilka hjälpmedel brukarna har, samt för att göra det möjligt att söka hjälpmedel i kommunens samtliga förråd. Ett bra datorstöd ansågs också kunna förbättra informationsöverföringen mellan sjukvårdshuvudmännen. Rutiner för informationsöverföring fanns, men de uppgavs många gånger fungera för dåligt för hjälpmedel och rehabilitering.

Vid hjälpmedelscentralerna angavs rollen gentemot kommunerna alltmer ha kommit att handla om konsultationer, att svara för specialistkunskaper om hjälpmedel samt utbildning av förskrivare. I stort bekräftade hjälpmedelscentralerna det som framkommit i intervjuerna med kommunpersonalen. De var medvetna om att väntetider ofta uppstod vid hjälpmedelscentralen och arbetade aktivt för att lösa dessa problem. Personalförstärkningar hade skett samtidigt som man arbetade med kvalitetssäkring

som bland annat inneburit översyn av rutiner. Samarbetet med kommunerna fungerade i huvudsak bra och man menade att samma service gavs till förskrivare inom kommunen som inom landstinget.

Den bild av utvecklingsläget som förmedlas utifrån kommunernas perspektiv är att kunskapen om hjälpmedel i kommunerna alltmer har integrerats som en del i rehabiliteringen, vården och omsorgen av de äldre. Trots att det finns en rad problem som i hög grad överensstämmer med problemen ifråga om kommunernas rehabiliteringsinsatser uppges ändå tillgången till hjälpmedel ha förbättrats. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke vilken betydelse som läggs i regeringspropositionens skrivning om en god tillgång till hjälpmedel. En god tillgång till hjälpmedel ska inte innebära att mycket hjälpmedel förskrivs utan att hjälpmedel förskrivs och blir tillgängliga för de äldre som har behov av hjälpmedel utifrån en professionell bedömning. Risken finns alltid att hjälpmedel förskrivs istället för andra kanske mer relevanta insatser i form av behandling och/eller rehabilitering. Exempel på denna risk påvisas i den uppföljning av Läkemedelsreformens effekter på inkontinensområdet som på uppdrag av Socialstyrelsen har genomförts av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (91) varifrån följande två referat är hämtade:

Få landsting och kommuner hade särskilda medel avsatta för utbildningsinsatser. Den information och den utbildning som stod till buds var i de flesta fall producentproducerad. En fara med detta är att hjälpmedel riskerar att betonas på bekostnad av alternativa behandlingsmetoder.

Intresset för – och kunskapen om – inkontinensfrågor visade sig vara särskilt svagt inom de särskilda boendena. Hjälpmedel skrevs ut utan egentlig personkännedom och utan att utredning eller möjlighet till alternativ behandling hade prövats. I praktiken genomfördes få individuella utprovningar och uppföljning av insatser skedde ytterst sällan.

Dessa båda iakttagelser gällande inkontinenshjälpmedel understryker vikten av att i kommande studier inte skilja de båda områdena rehabilitering och hjälpmedel åt, utan att studera dem tillsammans med alla de insatser enskilda brukare har. Det är också viktigt att fokusera en del av intresset till de rehabiliteringsinsatser som sker inom landstinget.

### *Sammanfattning*

Nio av tio landsting har svårigheter att rekrytera allmänläkare och flertalet har stora rekryteringsbehov inom geriatrik och psykiatri som på många håll är svåra att tillgodose.

Bristen på sjuksköterskor är akut i stora delar av landet och allt fler kommuner har svårt att få tag i personal med adekvat yrkesutbildning till vårdbiträde/undersköterska. Samtidigt finns flera deltidsarbetslösa vårdbiträden/undersköterskor. Av den fast anställda biträdespersonalen saknar fortfarande nästan fyra av tio adekvat yrkesutbildning. Stimulansbidraget för fortbildning av arbetsledare har under 1999 främst hunnit användas för planering och upphandling av kurser.

Det första året med "Anhörig 300" har varit en startsträcka. Kommunerna har tagit fram handlingsplaner och mer än hälften av kommunerna har gjort någon form av behovsinventering. Framför allt har det skett en ökning av olika typer av stödgrupper och utbildning för anhöriga, men det har också skett en viss ökning när det gäller möjligheter att få avlösning.

Det är ännu för tidigt att redogöra för resultat från försöksverksamheterna med förebyggande hembesök. Några första allmänna intryck kan ändå redovisas. Huvudintrycket är att pensionärerna mår bra, är fysiskt aktiva, har täta sociala kontakter och är ganska nöjda. Besökarna beskriver en oro för de äldre par där den friskare maken är ensam om ansvaret för att vårda den andra. Här kan hembesöken användas för att successivt bygga upp en kontakt och ett förtroende.

Det har tagit tid att planera och förankra starten av regionala FoU-centra. De första halvårets stimulansmedel har därför inte använts fullt ut. Våren 2000 har de flesta kommit igång, organiserat styr- och arbetsgrupper samt startat projekt.

När det gäller rehabilitering och hjälpmedel har problemen med samverkan, informationsöverföring och parallella organisationer ännu inte övervunnits.

# Diskussion

I denna rapport sammanfattas **erfarenheterna från Äldreuppdraget** samt det första årets iakttagelser beträffande **den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken**. Starkt förenklat kan detta ses som ett försök att göra ett bokslut över utvecklingen och att ge ett omdöme om vården och omsorgen av äldre under 1990-talet. Eftersom uppdraget ytterst syftar till att vara ett underlag för fortsatt utveckling, tar denna rapportering fasta på brister och behov av fortsatt utveckling inom vården och omsorgen om de äldre.

Med denna utgångspunkt finns det skäl att diskutera möjligheterna att ge en sammanfattande bedömning av utvecklingen. Med tanke på den komplexa verklighet som svensk äldreomsorg utgör, minskar verklighetsanknytningen i takt med strävan att göra beskrivningarna av äldreomsorgen allmängiltiga. Det innebär att om man försöker ge ett helhetsomdöme om kvaliteten på äldreomsorgen i Sverige, har det omdömet ringa relevans för den som bor i Tornedalen, på Kungsholmen i Stockholm eller i Svedala i Skåne. Omvänt gäller att om det uppdagas brister i ett äldreboende i en kommun, innebär detta därmed inte att samma brister förekommer i resterande drygt 4 000 äldreboendeenheter i landet. En annan aspekt är oakttat vad omdömet gäller (ett äldreboende, kommunens hemtjänst som helhet, eller i äldreomsorgen i ett nationellt perspektiv) kommer alltid skiljaktiga meningar att uppstå eftersom vi tolkar verkligheten olika beroende på vilket perspektiv vi väljer eller vilken part vi representerar. För de flesta har detta ingen betydelse, men däremot för den äldre som inte får den hemtjänst han anser sig behöva eller som får vänta i månader på den starroperation han behöver för att kunna bo kvar hemma. Dessa förbehåll måste vägas in när resultatet av detta uppföljnings- och utvärderingsarbete värderas.

Ett annat bekymmer som också försvårar möjligheten att beskriva utvecklingen inom äldreomsorgen är avsaknaden av data. Socialstyrelsens uppföljnings- och utvärderingsarbete när det gäller äldreomsorgen bygger i hög grad på särskilda studier som initierats för ändamålet. Detta medför att underlaget blir mycket ofullständigt när det gäller att sammanställa beskrivningar av äldreomsorgen som både har bredd och djup. För att kunna följa utvecklingen inom en samhällssektor som berör så många människor och så stora värden, är det angeläget att få till stånd ett system som kan förse ansvariga parter, hjälptagare, anhöriga och allmänheten med fortlöpande information om innehåll och kvalitet.

I Sverige har en stor andel av befolkningen uppnått mycket hög ålder, vilket i sin tur innebär att de samlade behoven av vård och omsorg är omfattande. På senare tid har uppgifter presenterats som pekar i riktning mot att speciellt de yngre äldre blir allt friskare och att man därmed skulle kunna justera ned tidigare prognoser beträffande framtida resursanspråk. I denna rapport har dock presenterats nya data som till viss del motsäger en entydig utveckling i denna riktning. De prognoser som pekar mot minskade behov, måste samtidigt ställas jämte det faktum att även om de samlade resursanspråken minskar jämfört med tidigare antaganden, utgör uppgiften att tillgodose den äldre befolkningens behov av vård och omsorg en mycket stor samhällslig utmaning. Det är också viktigt att komma ihåg, att utvecklingen av servicenivån i äldreomsorgen under 1990-talet, snarast har "halkat efter" befolkningsutvecklingen. Med detta menas att i relation till befolkningen, når den offentliga äldreomsorgen allt färre personer.

Nu är det inte bara vad som skulle kunna kallas för objektiva behov av vård och omsorg som styr utvecklingen på området. Stor betydelse har också hur den äldre befolkningens anspråk på vård och omsorg utvecklas över tid. Anspråksnivån påverkas i sin tur bland annat av vad som är möjligt att åstadkomma när det gäller vård och omsorgsinsatser för den äldre befolkningen. Det är nog inte en alltför djärv förutsägelse att anspråken på vård och omsorg successivt kommer att öka i takt med att nya generationer av äldre når de åldrar då hjälpbehov ger sig till känna. Man kan också förutse att utvecklingen inom medicinen även fortsättningsvis kommer att flytta nuvarande åldersgränser för en lyckad behandlingsinsats. Kommande generationer av äldre kommer också att vara mer ekonomiskt resursstarka, något som sannolikt ytterligare kommer att bygga på anspråksnivån.

Det är också av betydelse i detta sammanhang att **klargöra karaktären av hjälpbehoven bland de äldre**. I jämförelse med yngre personer, kännetecknas de äldres hjälpbehov av att de ofta är sammansatta, komplexa, snabbt föränderliga och långvariga. Det betyder att t.ex. många äldre inte bara har en åkomma eller sjukdom utan flera samtidigt, att de berör flera vitala organsystem och inte bara ett enstaka, att dessa samtidiga åkommor snabbt kan förändras till det sämre och man olikt yngre i ett längre perspektiv går mot en nedsatt funktionsförmåga och försämrad hälsa. Denna bild av de äldres hjälpbehov ska inte uppfattas som en motsägelse av nämnda iakttagelser beträffande tendenser till minskad ohälsa bland yngre äldre; båda bilder är lika sanna men rör olika delgrupper av den äldre befolkningen. Resultaten från Socialstyrelsens intervjustudie med äldre som bor hemma, visar på en oförändrad funktionsförmåga över tid, något förbättrad självskattad hälsa samt en ökad rapportering av besvär och ökade behov av hjälp med vardagslivets sysslor.

Nu förhåller det sig så att människan inte enbart är en biologisk organism eller att behov av vård och omsorg enbart grundar sig i ohälsa eller nedsatt funktionsförmåga. Alla har behov av sinnesstimulans, fysisk aktivitet, att upprätthålla roller och relationer till andra, att delta på sociala arenor och utvecklas psykisk och existentiellt. Dessa behov är lika viktiga och betydelsefulla som de medicinska. Otillfredsställda sociala behov kan också leda till uttalade medicinska problem, något som aktuell forskning rörande konsekvenserna av understimulering beträffande uppkomsten av demens visar. Utvecklingen under 1990-talet kännetecknas emellertid av en "medikalisering" av äldreomsorgen. I förlängningen av denna utveckling finns en risk för en torftig och utarmad tillvaro som hjälpbehövande äldre. Behov av olika karaktär kan inte och ska inte ställas mot varandra. De brister som påtalas inom ramen för Äldreuppdraget av de medicinska insatserna i äldreomsorgen ska inte tas som intäkt för att de sociala behoven ska nedprioriteras. Att identifiera hur hjälpbehoven gestaltar sig olika i grupper av den äldre befolkningen är således en grundläggande utgångspunkt när det gäller uppbyggnaden och utvecklingen av den offentliga äldreomsorgen.

**Samhällets svar på eller sätt att möta behoven av vård och omsorg bland de äldre** i befolkningen har under 1990-talet varit att koncentrera insatserna till de mest hjälpbehövande äldre. Som en konsekvens av Ädelreformen och andra reformer, samt den förändrade samhällsekonomin, har alltmer av ansvar och arbetsuppgifter förskjutits från landstingen och sjukhusvården till primärvården och den kommunala äldreomsorgen. Följderna av denna utveckling har belysts och analyserats i en rad arbeten från Socialstyrelsen och där den återkommande slutsatsen har varit att det har skett en utveckling från en mer generell till en mer selektiv inriktad välfärd för de äldre. Utvecklingen är dock mångfacetterad och bjuder på både positiva och negativa sidor. Som ett positivt exempel kan framhållas det faktum att det numera inte existerar några absoluta åldersgränser för avancerade operativa ingrepp bland äldre. Vare sig man är 80 eller 90 år fyllda kan man få en ny höftled eller hjärtklaffar och därmed en avsevärd bättre livskvalitet även som mycket gammal. För ytterligare andra har de senaste årens utveckling inneburit att man kan få den nödvändiga vården och omsorgen i sig eget hem, istället för att vara hänvisad till institutionsvård.

Men sett ur ett befolkningsperspektiv innebär den alltmer selektiva inriktningen av svensk äldreomsorg att allt färre får del av den offentliga vården. Tröskeln in till systemet har kommit att bli allt "högre" – det är svårare att få hjälp. Det krävs mer omfattande, specifika behov för att komma ifråga, alternativt att man drabbats av en av en viss typ av sjukdom eller att man bor på rätt ställe i landet. Samtidigt finns det kvarstående kvalitetsbrister i vården av de mest hjälpbehövande. Med andra ord har utvecklingen under 1990-talet inneburit allt större svårigheter att leva upp

till målsättningen ”vård på lika villkor utifrån behov”. Denna utveckling är särskilt bekymmersam i ett system som det svenska, som bygger på en gemensam skattefinansiering och där risken är att systemet förlorar i legitimitet, när allt färre äldre får ta del av välfärden.

Utifrån de uppgifter som sammanfattas i denna rapport framtonar en bild av ett vård- och omsorgssystem i förändring. Platsreduktionen inom den somatiska och geriatriska sjukhusvården har haft en avgörande betydelse när det gäller den omställning som äldreomsorgen genomgått under 1990-talet. Minskningen av vårdplatser drabbar inte bara äldre, utan även yngre. Mycket av denna utveckling kompenseras genom förbättrad diagnostik och vård- och behandlingsmetoder som möjliggör god och säker vård i polikliniska former eller vård i det egna hemmet. Äldres möjligheter att komma i fråga för operativa insatser har heller inte försämrats de senaste åren utan tvärtom blivit bättre. Konsekvenserna av platsreduktionen inom sjukhusvården är att vårdtiderna fortsätter att krympa, vilket innebär att omfattande och kvarstående behov av vård och omsorg i ökande omfattning måste tillgodoses av primärvården och den kommunala äldreomsorgen.

Svensk sjukhusvård har kommit att bli alltmer hårt trimmad, vilket har inneburit att tempot inom akutsjukvården har drivits upp. I detta sammanhang får många äldre allt svårare att ”passa in”. Möjligheterna till fysisk och psykisk återhämtning innan det är dags att lämna sjukhuset, är många gånger mycket små. Många av de äldre som skrivs ut från sjukhus har kvarstående behov av vård och omsorgsinsatser, ibland kan dessa vara omfattande både i tid och komplexitet. Ett samlat intryck därvidlag är, att trots att kommunerna och landstingen gör stora ansträngningar, har man betydande svårigheter att svara upp mot de ökade behoven av vård, rehabilitering och omsorg i befolkningen.

**Hemmet som vårdplats** utgör allt oftare den främsta arenan för vård och omsorg om såväl unga som gamla, i vissa fall svårt sjuka och omvårdnadskrävande människor. I takt med utbyggnaden av hemvården utvecklas också ett prioriteringsproblem för huvudmännen. En långt driven specialisering av hemvården för vissa patientgrupper – t.ex. cancersjuka – innebär en risk för att andra grupper – t.ex. multisjuka äldre – får stå tillbaka. Utgångspunkten måste vara att kunna erbjuda vård och omsorg med samma kvalitet och säkerhet som inom den slutna vården dygnet runt, men också bygga på de unika kvaliteter som det egna hemmet oftast bjuder. Detta måste kunna gälla oberoende av ålder och diagnos. Uppgiften handlar dels om att kunna svara upp mot akuta behov av sjukvårdsinsatser och att samtidigt med hjälp av anhöriga och vård- och omsorgspersonal bygga ett trygghetsskapande nätverk runt den enskilde. Mot den bakgrunden finns det skäl att ifrågasätta om man idag kan erbjuda vård i det egna hemmet med den kvalitet som de flesta förväntar sig.



En förändring kräver både nya kunskaper, en annan organisation och en annan typ av kompetens. De nya kunskaperna handlar om att veta vad som krävs för att skapa en trygg vårdssituation i hemmet för människor med olika behov. Kunskapen om när och hur man kallar på hjälp när den egna kompetensen inte längre räcker är här av central betydelse. Den nya organisationen måste byggas upp för att kunna erbjuda vård och omsorg dygnet runt – inte bara på kontorstid. Slutligen behövs en annan typ av kompetens i den växande hemvården som självständigt kan hantera de alltmer komplexa vård- och omsorgssituationer som man möter i hemmen idag. Konkret handlar det t.ex. om en betydligt förstärkt läkarmedverkan som tillsammans med annan sjukvårdspersonal måste finnas tillgänglig dygnet runt, vilket i sin tur förutsätter en helt annan uppbyggnad av jour- och beredskapsverksamheten på detta område. Skall dessutom det särskilda boendet fungera som ett nav i den kommunala äldreomsorgen och som en ”back-upresurs” för hemvården, verkar det rimligt att ställa krav på en utökad tillgång till sjuksköterskor dygnet runt. På motsvarande sätt måste man ifrågasätta om man inte inom den kommunala äldreomsorgen måste inrätta mobila resurser, som med kort varsel kan rycka in och stödja en person som nyligen blivit utskriven från sjukhus som medicinskt färdigbehandlad, men som fortfarande behöver mycket stöd och hjälp.

**Kvaliteten och tryggheten i vården mot livets slut** har beskrivits ingående i en rad arbeten inom ramen för Äldreuppdraget. Vad som kan slås fast är att en majoritet av dem som årligen avlider i vårt land, avlider utanför sjukhus, i det egna hemmet eller i det kommunala äldreboendet. Att olika aspekter på den enskildes autonomi respektive medicinsk trygghet i livets slutskede tillgodoses på olika sätt i olika miljöer: på sjukhuset, i äldreboendet respektive det egna hemmet, tycks vara ett givet mönster vilket förstärker intrycket att formerna för och kvaliteten i vården i livets slut är mycket skiftande. I studierna framtonar olika perspektiv på brister i vården i livets slut: ett problem utgör bristen på kommunikation kring döden och döendets villkor mellan olika personalkategorier, avsaknaden av ett forum för denna kommunikation samt en oförmåga till närvaro och stöd i kontakten med de anhöriga. En annan grundläggande brist är att man inte självklart kan erbjuda smärtlindring eller symtomkontroll överallt i vården. Sammantaget finns stora brister när det gäller vårdpersonalens kompetens och sättet att organisera vården för den döende människan. Detta skall inte lastas enskilda vårdarbetare, utan framförallt måste huvudmännen rusta vårdpersonalen och skapa sådana arbetsvillkor att de kan ge en trygg och säker vård i livets slut. Här kan delbetänkandet från kommittén om vård i livets slutskede, tjäna som en viktig utgångspunkt i utvecklingsarbetet. Socialstyrelsen arbetar också med nationella riktlinjer för vård i livets slut vilka skall fungera som ett stöd i att utveckla kvalitet och säkerhet i vården. Riktlinjerna kommer att publiceras år 2001.

När man betraktar **äldreomsorgen ur brukarnas perspektiv** framkommer ofta mycket skilda synpunkter. Både de äldre själva och än mer deras anhöriga framför ofta kritiska synpunkter på äldreomsorgen även om de positiva omdömena dominerar. Att det offentliga ska sörja för vård och omsorg har en djup förankring i befolkningen och utgör en väsentlig del av det svenska välfärdssystemet. I tider av återkommande resonemang om att ”vi måste spara”, ”äldre måste också dra sitt strå till stacken när det gäller att sanera ekonomin”, ”vi måste alla dra ned på våra anspråk”, kan man samtidigt förstå att anspråken på servicen rättar sig därefter. Detta tillsammans med ökade avgifter för vård och omsorg, ger ytterligare perspektiv på drivkrafterna bakom utvecklingen med allt färre omsorgstagare. Inte osannolikt är att nedgången under 1990-talet, i högre grad än tidigare, förklaras av minskade anspråk bland de äldre och att äldre undviker att söka hjälp. Den kritik som återkommer från brukarna handlar främst om en bristande anpassning av insatserna till individuella behov, att verksamheten är regelstyrd och att det finns alltför små möjligheter att påverka det sätt som hjälpen ges på. Beträffande möjligen att få inflytande, påverka eller rikta kritik mot den vård och omsorg som man får, måste man komma ihåg att det inte så lätt låter sig göras när man är i en beroendeställning.

Det krävs också ork, kunskaper och vana att för att komma till tals med myndigheterna, något som långt ifrån alla äldre med äldreomsorg har. Ytterst få, i förhållande till antalet äldre som får hjälp, förmår och/eller vill, trots information om möjligheten, överklaga biståndsbeslut. Besvärshöjningen omfattar inte verkställighet av insatserna utan inskränker sig till möjligheten att i domstol besvära sig över vad som ska utföras (det formella beslutet om hjälp), men inte över vad som faktiskt utförs (det faktiska handlandet). Den studie som tidigare relaterats, visar att det inte finns någon entydig koppling mellan beslutet om hjälp och den hjälp man faktiskt får. Ett tecken på den rättosäkerhet som också finns i systemet är att själva besluten om bistånd, alltför sällan innehåller utförlig information om vad beslutet gäller. Med tanke på att nya och mer resursstarka generationer är på väg in i äldreomsorgen, där ett rättighetsperspektiv har ett annat fotfäste, kommer detta framtvunga en annan aktualitet för frågor beträffande brukarinflytande. Inte minst av detta skäl är det angeläget att redan nu, på ett helt annat sätt än för närvarande, ta initiativ till kraftfulla utvecklingssatsningar för att stärka brukarnas möjligheter att påverka och tillvarata sina rättigheter.

I en krympande välfärd, framtonar också förutsättningarna för **ett ökat brukarinflytande** i annan dager. Vilket utrymme finns det för ett ökat brukarinflytande – och däri ökade individuella hänsynstaganden – i en jämfört med tidigare beskuren och selektiv äldreomsorg? Studier visar att såväl innehåll som formerna för brukarinflytande är tämligen utvecklade

och lite utvecklingsarbete pågår i syfte att öka brukarinflytandet inom äldreomsorgen. Erfarenheterna visar att frågan om att utveckla brukarinflytande saknar särskild aktualitet och har få drivande aktörer på det lokala kommunala planet. Studien av de lokala pensionärsråden och landstingens pensionärsråd speglar svårigheterna med att få till stånd ett reellt inflytande. Dessa fora tenderar att främst utgöra en möjlighet till ömsesidig information om frågor som rör äldre i kommunen/landstinget, ibland fungerar de också som remissinstans och som förhandlingspart till kommunen. Värde av dessa mötesplatser verkar främst vara avhängigt kommunens respektive landstingets vilja att ta till sig pensionärernas åsikter och i vad mån pensionärsföreträdarna är väl ”pålästa” och har möjligheter att tränga in i de aktuella frågeställningarna.

Utöver detta som nämnts, saknas i stort utvecklingsinsatser, såväl ifråga om representativa och direkta som kollektiva och individuella former för påverkan. Däremot kan man konstatera att de traditionella formerna för engagemang – via patient-, pensionärs- eller frivilligorganisationer – i växande grad kommit att utgöra fora för både brukarinflytande och direkt hjälp till andra äldre. I det sammanhanget utgör den tidigare presenterade studien beträffande omsorg av och till äldre på landsbygden en illustration.

**De anhörigas och närståendes roll och betydelse** när det gäller vården och omsorgen om de äldre har fått sin rättmätiga uppmärksamhet de senaste åren. Initiativ har också tagits för att stimulera kommuner till att bygga ut ett mer genomtänkt och omfattande anhörigstöd. Men, i perspektivet av dels en krympande offentlig äldreomsorg och dels att vård och omsorg i ökad omfattning sker i det egna hemmet, finns skäl att varna för att ytterligare lägga omsorgsansvar på de anhöriga. Att så sker har framkommit i Socialstyrelsens intervjustudie, som visar på ett ökat ansvarsstagande för anhöriga. Ofta tas det för givet – särskilt när det gäller samboende eller makar – att anhöriga kan, vill och orkar ställa upp för sin nästa. Detta kan leda till att man ålägger de anhöriga en omänsklig uppgift. Det är därför av stor vikt att de anhörigas åtagande är frivilligt och att den offentliga omsorgen sätter sig in i de anhörigas situation och gemensamt överenskommer på vilka villkor anhöriginsatsen skall ske. I detta sammanhang bör ett starkare lagstöd för att säkra anhörigas rätt till stöd komma till stånd, genom att i biståndsutredningen införa en skyldighet att utreda den närstående behov av stöd.

Mot bakgrund av den tidigare helt dominerande skattefinansieringen av äldreomsorgen har **de senare årens avgiftsutveckling** inneburit en orientering mot ett både skatte- och avgiftsfinansierat system. Avgifter inom äldreomsorgen har dels den funktionen att de styr undan viss efterfrågan samtidigt som de utgör en källa till finansieringen av vården och omsorgen. Avgifternas bidrag till finansieringen av äldreomsorgen bedöms dock

i ett närliggande tidsperspektiv vara ringa. Det är först om 10–15 år som en större andel av de äldre omsorgstagarna har sådana inkomster att avgiftsuttaget kan utgöra någon större finansieringskälla. Med tanke på kommunernas ekonomi och prognoser om framtida samhälleliga resurser och behov av vård och omsorg bland äldre, vore det angeläget att starta en förutsättningslös diskussion om den framtida finansieringen av äldreomsorgen.

Sett ur den enskildes perspektiv kan man uppfatta det så att man ”får betala två gånger” för äldreomsorgen – en gång via skattesedeln och en gång via avgiftsuttaget. I Socialstyrelsens tidigare kartläggningar fokuseras två problem ifråga om nuvarande avgiftssystem: dels finns idag ingen säkerhet att den enskilde garanteras att ha ”medel kvar till egna behov” efter det att hyra, vård och omsorgsavgifter är betalda. Ett exempel på det bekymmersamma läget är att många äldre med äldreomsorg säger att de ser sig nödsakade att avstå från tandvård på grund av att det är för dyrt. Det andra problemet rör den motsatta situationen, nämligen att det heller inte finns något skydd mot orimligt höga vårdavgifter – ställt mot vad man får för pengarna. Ett ytterligare problem är de stora avgiftsskillnaderna mellan landets kommuner. Efter att följt kommunernas sätt att ta ut avgifter inom äldreomsorgen under sju års tid kan konstateras att det inte finns några tecken till att kommunerna själva skulle åtgärda ovan nämnda problem. Av dessa skäl är det angeläget att skapa ett lagfäst skydd mot för höga avgifter och att den enskilde verkligen garanteras att ha medel kvar för egna behov. Vidare bör den enskildes möjligheter att klaga på avgiftsuttaget rimligen säkras i lag.

I rapporteringen från Äldreuppdraget har **äldreboendets utveckling** efter Ädelreformen också berörts. Om man utgår från vad som kännetecknar dessa boenden med avseende på miljö, de boendes hjälpbehov och verksamhetens innehåll och karaktär m.m., finns anledning att diskutera om de främst är ”boenden” eller om de snarare är vårdinrättningar. Det kan konstateras att de boende blivit allt sämre med avseende på fysisk och mental funktionsförmåga. Som framgått av den tidigare redovisningen av vårdtyngdsutvecklingen i äldreomsorgen i Sundsvall samt den likaså unika 20-åriga rapporteringen av skälen till varför äldre flyttar till särskilt boende, visar med stort eftertryck att t.ex. sjukhemmen efter Ädelreformen i allt högre grad kommit att befolkas av äldre med allt större omvårdnads- och medicinska behov.

Med tanke på de förkortade vård-/boendetiderna, tendensen till mer av komprimerade vård-/boendetider (utredning, rehabilitering, växelvård m.m.) och det relativt omfattande inslaget av särskilda platser för vård i livets slut talar mycket för att behoven av medicinska insatser vid speciellt sjukhemmen snarare ökat än minskat. Det är därför oroväckande att tillgången till medicinskt kvalificerad personal minskat under senare år. Det

kan diskuteras om den förändrade terminologin och omrubriceringen av sjukhemmen till ”boende”, liksom förhållandet att där ofta vistas personer som är ”medicinskt färdigbehandlade”, har bidragit till en minskad eller otillräcklig läkarmedverkan. Av språkbruket följer ju att det à priori inte längre handlar om hälso- och sjukvård – således primärt är en ”angelägenhet” för läkare. Ett betydligt allvarigare problem är dock om neddragningen av kvalificerade medicinska resurser vid sjukhemmen medför att äldre människor inte får den medicinska uppsikt och omvårdnad som deras hälsotillstånd erfordrar.

När det gäller **de medicinska insatserna i äldreomsorgen** har framförallt brister i läkarnas insatser och medverkan i den kommunala hälso- och sjukvården dokumenterats i rapporter och studier vid upprepade tillfällen under senare år. Trots initiativ på central och lokal nivå, har det varit svårt att få till stånd en snabb ändring till det bättre. Nya studier som presenterats i denna rapport ger dock en mer nyanserad bild. Uppenbarligen har de allra flesta äldreboendeenheter som svarar för vård- och omsorg dygnet runt en bestämd läkare knuten till sig. Det är dock svårt att påvisa att detta medfört en påtaglig ökning av den direkta patient-läkarekontakten. I stället har den indirekta kontakten förbättrats, dvs. läkarna har en bättre kännedom om de äldre via sjuksköterskorna, som står för den direkta patientkontakten och som utgör läkarens ”förlängda arm”. Däremot tycks situationen på de äldreboende som inte erbjuder dygnet-runt-omsorg (framför allt det tidigare servicehusboendet) vara sämre, beträffande läkarkontakten. Här tycks det vara väl så vanligt att läkarinsatsen organiseras enligt husläkareprincipen (dvs. enligt patientens eget val). Med tanke på att det heller inte är vanligt med dygnet-runt-bemanning av sjuksköterskor på dessa ställen, försvårar detta för läkaren.

Läkarnas insatser i hemvården av de äldre är fortfarande mycket blygsamma. Möjligheterna för en av ålder och sjukdom handikappad äldre att t.ex. få hembesök av en läkare är i allmänhet mycket små. Likaså saknar många ett vidgat engagemang från läkarnas sida beträffande samverkan med annan vårdpersonal vid handledning, utbildning, vårdplanering och rehabiliteringsinsatser för äldre. För att få till stånd en förbättring överlag, krävs att läkarinsatserna ömsesidigt preciseras och att läkarnas ersättning utformas på ett sådant sätt att de befrämjar en ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen. Sammantaget finns alltså kvarstående brister beträffande läkarinsatserna, samt en i många stycken alltför dålig bemanning sjukvårdskompetent personal i äldreomsorgen. Här kvarstår således det omdöme som gavs redan i 1997 års rapport från Äldreuppdraget, nämligen att ”landstingen har inte levt upp till sitt hälso- och sjukvårdsansvar för den äldre befolkningen” ... ”äldres behov av hjälp av läkare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, liksom tillgång till den samlade sjukvårdens resurser måste säkras”.

Den nationella statistiken kring volymutvecklingen inom hemtjänsten visar att utvecklingen under 1990-talet inneburit **en kraftig omprioritering av resurser i riktning mot de mest hjälpbehövande**. Stora grupper av äldre, uppskattningsvis 100 000 personer, får inte längre hjälp från hemtjänsten. Det offentliga åtagandet har annars, med producerad volym i timmar som måttstock, varit oförändrat. En rad faktorer samspelar som drivkrafter bakom denna utveckling. Självfallet utgör resursknapphet och ekonomiska motiv en faktor. Under 1990-talet har ekonomiska överväganden fått en alltmer framskjuten position, vid planering av äldreomsorgen. Indikationer finns också på att denna omorientering avsatt sig i förändringar i synen på ledarskap inom äldreomsorgens verksamheter. Detta har på sina håll inneburit en betoning av ett ledarskap med ekonomisk och administrativ inriktning, snarare än ett fokus på kunskaper om och värderingar av den äldre befolkningens behov. Ledningen och utvecklingen av äldreomsorgen har därför fått en mer resursstyrd snarare än behovsstyrd inriktning.

Drivkrafterna bakom den allt oftare förekommande uppdelningen av förvaltningen i beställare–utförare funktioner samt den tilltagande konkurrensutsättningen inom äldreomsorgen har varit både ekonomisk- och ideologiska. Detta får direkt och indirekt en rad negativa konsekvenser för vårdpersonalen och ytterst vårdtagarna. Verksamheterna kännetecknas allt oftare av mycket stora arbetsenheter, en starkt uttunnad arbetsledning samt därmed ökad distans mellan arbetsledning och vårdens frontpersonal. En annan effekt av den ”ekonomism” som präglat äldreomsorgen de senaste åren är att det har skapat en stress i vården som försämrat vårdpersonalens möjligheter att utveckla en god omsorgsrelation till äldre.

Utfallet av omstruktureringen, där en ökad andel av resurserna riktas mot dem med stora behov, medan de med mer begränsade behov ställs utanför det offentliga, får sin belysning i ett arbete som redovisades i 1998 års rapport från Äldreuppdraget. Utifrån kortsiktiga ekonomiska överväganden framstår åtgärder som medför neddragning av s.k. serviceinsatser knappast motiverade. Av studien framgår att de möjliga ekonomiska besparingarna av en sådan utveckling torde vara mycket begränsade. Med tanke på de tendenser till ökade behov av hjälp med t.ex. städning och matlagning som framkommit i Socialstyrelsens intervjustudie, ter sig denna utveckling än mer bekymmersam. I de fall där utvecklingen drivits långt i denna riktning, förefaller risken vara att man förlorar kontakten med stora grupper av äldre.

Inom ramen för Äldreuppdraget har Socialstyrelsen uppmärksammat vissa vård- och omsorgsbehov som tenderat att komma i skymundan, vilket samtidigt ger nya bilder av hur äldreomsorgen fungerar. Till exempel har det handlat om studier av **äldre med psykiska besvär, äldre med reumatiska besvär, äldre som drabbats av stroke, undernäring bland**

**äldre, demenssjukdomar, tandvård för äldre samt äldre invandras situation.** När det gäller psykisk ohälsa bland äldre tyder studier på att man ofta inte förmår skilja mellan vad som beror på ålder och vad som är psykisk ohälsa. Risken finns att äldres psykiska besvär uppfattas som en naturlig del av åldrandet. Detta innebär tiotusentals äldre varken får sina behov uppmärksamade, än mindre någon hjälp. Beträffande äldre med reumatiska besvär, tycks inte vara ovanligt att när man går i pension, har man allt svårare att komma ifråga för specialistvård. En annan företeelse som skymtar fram, både vad gäller äldre med reumatiska och psykiska besvär, är att deras besvär i allt högre grad – med stigande ålder – tenderar att hanteras med hjälp av mediciner. När det gäller studien kring de äldre och tandvården framkommer uppgifter som tyder på att äldre – i takt med stigande ålder – alltmer sällan besöker tandläkare. Detta trots att förutsättningarna för äldre att själva klara av sin tandvård många gånger försämrats med åldern. I dessa studier framskymtar att vissa grupper av äldre inte åtnjuter samma villkor som den yngre och arbetsföra delen av befolkningen. Uppföljningen av de som drabbats av stroke visar att många strokedrabbade har kvarstående behov av rehabilitering, vård och omsorg, något som långt ifrån självklart uppmärksammas och än mindre åtgärdas. Omhändertagandet av strokedrabbade i det akuta skedet är oftast mycket avancerat och professionellt, men när det gäller den långvariga rehabiliteringen och att uppehålla funktionsförmågan, lämnar dagens situation mycket övrigt att önska.

Inom ramen för **den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken** har ett stort antal initiativ tagits för att stimulera utvecklingen av olika delar av svensk äldreomsorg. När man försöker avläsa effekter av dessa initiativ efter drygt ett år kan man konstatera att det ännu är för tidigt för att kunna dra några slutsatser. Överhuvudtaget är ”startsträckan” eller implementeringsfasen ofta en långdragen historia. Beträffande försöksverksamheten med uppsökande verksamhet bland tidigare ej kända äldre som bor hemma pågår ett intressant utvecklingsarbete på ett 20-tal orter, med lokala variationer i uppläggning och tillvägagångssätt. Det som kan konstateras redan idag är att arbeta förebyggande uppfattas som något nytt och inspirerande ställt mot den gängse ansatsen i äldreomsorgen. Detta är ett av de ”tidiga resultaten” av denna satsning. På snarligt sätt kan man hävda att satsning på stimulera kommunerna till att bygga ut stödet till anhöriga, har ett stort policyvärde, i det att man lyft upp frågan om anhörigstöd högt på den kommunala dagordningen. De kommuner som har kommit längst med att bygga ut anhörigstödet har i första hand satsat på förbättrade avlösningsmöjligheter för anhöriga, att utveckla samarbetet med anhörig-, frivillig- och pensionärsorganisationerna samt att tillskapa någon form av samordnande funktion (person) för utveckling av anhörigstödet i kommunen.

Inom handlingsplanen avsattes också särskilda medel till stöd för uppbyggnaden av centra för forsknings- och utvecklingsarbete inom vården och omsorgen om de äldre. Femton orter beviljades medel och här pågår nu ett uppbyggnadsarbete av verksamheter. Att förankra dessa verksamheter, att rekrytera personal och att bygga upp aktiviteter har tagit längre tid än beräknat, varför något resultat därav inte går att avläsa våren 2000. Det gehör som denna satsning fått, pekar dock på en påtaglig attitydförändring i positiv riktning, när det gäller kommunernas inställning och intresse för forsknings- och utvecklingsinsatser inom äldreomsorgen.

Ett initiativ i handlingsplanen som Socialstyrelsen följt upp i särskild ordning handlar om ett det statliga stödet till kommunerna för fortbildning av arbetsledare. Även här framtonar samma bild som tidigare: dvs. majoriteten av kommuner har inte hittills inte nyttjat givna resurser på grund av att det tagit mycket längre tid att organisera fortbildningen av arbetsledare än planerat. Ett vidhängande problem har varit att ordna vikarier för de personer som deltar i utbildningen. Sammantaget visar dessa exempel på de svårigheter som ligger i att med särskilda stimulansmedel snabbt åstadkomma en förändring i önskvärd riktning. Ett omvänt problem uppstår förstås när de särskilda medlen inte längre finns; man har då ofta kommit igång med verksamheter som man i avsaknad av extra medel inte längre kan driva. Risker är att utvecklingen av äldreomsorgen på detta sätt får en Ad-hoc-karaktär.

Erfarenheter från Socialstyrelsens studier av utvecklingsläget beträffande rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel inom den kommunala äldreomsorgen ger ytterligare underlag för att värdera effekter av särskilda utvecklingsinsatser i äldreomsorgen. Uppenbarligen har insikten av vikten av erbjuda äldre rehabilitering och hjälpmedel förankrats i kommunerna. Effekter från tidigare satsningar på området, bl.a. av "Rehab-300", går att spåra i form av en mer engagerad och samstämd syn på behoven av rehabilitering och hjälpmedel bland vårdpersonalen. Överlag pågår en uppbyggnad av rehabiliteringsmöjligheter i kommunerna – ibland koncentrerade till särskilda rehabiliteringsenheter och hemrehabiliteringsteam – men många kommuner signalerar ändå svårigheter att svara upp mot ökade behov. Neddragningen av specialistresurser inom landstingen innebär tillsammans med de komprimerade vårdtiderna inom akutsjukvården att ansvar och uppgifter förskjuts från landstingen över till kommunerna. Det finns alltså ett påtagligt behov av att förtydliga ansvarsförhållandena beträffande rehabilitering av äldre. Ibland förstärks dessa problem av ett dåligt fungerande samarbete med primärvården, där bland annat ett kontinuerligt läkarstöd efterfrågas. Många kommuner och landsting har svårigheter att bygga upp de resurser, kompetenser och organisation som krävs för att svara upp mot behoven av rehabilitering bland de äldre i befolkningen.

Utvecklingen under **1990-talet har också inneburit mycket stora**



**omsvängningar i de samhällsekonomiska förutsättningarna för att bedriva en god äldreomsorg.** Något förenklat kan man säga att 1990-talets första hälft kännetecknades av växande problem beträffande finansieringen av den välfärd som befolkningen förväntade sig. Statens budgetsanering har haft stor inverkan på landstingens och kommunernas ekonomiska förutsättningar. Olikt tidigare, har äldreomsorgen utsatts för direkta nedskärningar eller planerad expansion har lagts på is. Verksamheter har lagts ned och personal har friställts. Den senare halvan av 1990-talet kännetecknas av en allt förbättrad samhällsekonomi, men samtidigt en fortsatt svag utveckling av de offentliga omsorgerna om de äldre.

De skiftande förutsättningarna under 1990-talet att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg och de arbetsmarknadsmässiga konsekvenser detta medfört, har inneburit att kompetensförsörjningen framstår som en huvudfråga inför framtiden. Prognoser över det framtida personalbehoven uppvisar en skrämmande diskrepans med de senaste årens erfarenheter att rekrytera folk till vården. Kommunerna behöver rekrytera personal motsvarande ca 15 000 årsarbeten de närmsta åren som en följd av växande pensionsavgångar. Redan idag är problemen manifesta; 80 procent av landets kommuner uppger våren 2000 att de har svårigheter med att rekrytera sjuksköterskor, 40 procent uppger motsvarande problem när det gäller att locka undersköterskor och vårdbiträden till den kommunala vården. Många kommuner kan tvingas sänka sina kvalifikationskrav och anlita dyra personaluthyrningsföretag för att temporärt klara situationen. En annan indikation på allvaret beträffande situationen för de yrkesverksamma inom vård och omsorg att en avsevärd andel av den ökande sjukfrånvaron rör kvinnor i vårdyrkena. Detta är ett av flera skäl till att vården som yrke har mist mycket av sin tidigare attraktionskraft och att det föreligger påtagliga problem att locka ungdomar till gymnasieutbildningen.

Den situation som nu råder med tilltagande rekryteringsproblem, ökande sjukfrånvaro, omvårdnadsprogrammets bristande dimensionering och attraktivitet och brister i kompetensutveckling bland de anställda inger stark oro för framtiden. I ett läge med fortsatt god konjunkturutveckling kan rekryteringsproblemen förväntas bestå och förvärras. För att värna kompetensförsörjningen framöver krävs en rad förändringar i verksamheten och inom forskning och utbildning.

Personalförsörjningsproblemen har alltså en vidare koppling till äldreomsorgens innehåll, kvalitet och utveckling. Budskapet i verksamheterna under 1990-talet har snarast varit att "hålla budgeten" än att se till vad de äldre behöver hjälp med. Äldreomsorgen har till sin karaktär blivit resursstyrd snarare än behovsstyrd. Den "ekonomism" som präglat verksamheten riskerar att skapa en reduktionistisk syn på människors liv och behov. Nya teknologier – matlådan är ett sådant exempel – kan iblandoreflekterat få ersätta mänsklig kontakt och relationer. Detta har sin tur bland annat

medfört att behov av mer social natur har trängts undan. Mycket av äldreomsorgens insatser för den enskilde har handlat om att se till att de äldre vårdtagarna är ”torra, inte har trycksår eller är uttorkade”. Att känna yrkesstolthet i denna äldreomsorg eller att i en utbildnings- och yrkesvalssituation känna sig lockad av vårdyrket kan bjuda på motstånd.

Äldreomsorgen och dess brister, förtjänster och utvecklingsbehov måste analyseras utifrån i ett samlat socialpolitiskt perspektiv. En fortsatt reduktion av den generella välfärden för de äldre riskerar att i förlängningen spolia möjligheterna till en god äldreomsorg. Om äldreomsorgen och dess personal inte ges förutsättningar att kunna ge en god vård, kommer äldreomsorgen aldrig att kunna attrahera de medarbetare som i ökad mängd krävs i framtiden. Om inte äldreomsorgen präglas av utveckling av innehåll och kvalitet, kommer den heller inte att bäras upp av medarbetare som har den kompetens och engagemang som kännetecknar en god vård. För att utveckla äldreomsorgen i framtiden måste vårdpersonalen vara befriade från att bära ansvaret för att i kontakten med den äldre vara de som ytterst skall effektuera en krympande offentlig äldreomsorg. Frågan om äldreomsorgens framtida finansiering måste därför lyftas från vårdpersonalens axlar och lösas i annan ordning och former.

# Referenser

1. Regeringens proposition. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Socialdepartementet. Stockholm 1998 (prop. 1997/98:13).
2. Socialstyrelsen. Hemma på äldre da'r. Stockholm: Socialstyrelsen, Ädelutvärderingen 94:17.
3. Socialstyrelsen. Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård. Stockholm: Socialstyrelsen, Ädelutvärderingen 96:6.
4. Socialstyrelsen. På äldre da'r. (prel. titel) Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
5. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget Årsrapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9.
6. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget Årsrapport 1998. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9.
7. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre personer och funktionshindrade. Stockholm: Socialstyrelsen, Statistik socialtjänst från respektive år 1994–1998.
8. Statistiska centralbyrån. Social hemtjänst samt social hemhjälp i november. Stockholm: Statistiska meddelanden från respektive år 1991–1993.
9. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen, Statistik socialtjänst från respektive år 1998–1999.
10. Socialstyrelsen. Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 99:6.
11. Nordisk socialstatistisk komité. Social tryghed i de nordiske lande. Omfang, udgifter og finansiering. Köpenhamn, från respektive år 1993–1997.
12. Region Skåne. Kostnader 1998 för hälso- och sjukvård för befolkningen i Skåne, 1999.
13. Socialstyrelsen. Taxor och avgifter för vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:1.
14. Svenska Kommunförbundet. Vår Framtid, slutrapport från äldreberedningen. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 1999.
15. SOU 1996:163, Behov och resurser i vården – en analys. Del A. Delbetänkande från hälso- och sjukvårdsutredningen.

16. Socialstyrelsen. Brukarinflytande och konsumentmakt. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 97:7.
17. Socialstyrelsen. Ledningens syn på brukarinflytande. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:15.
18. Socialstyrelsen. Från beslut till praktik i hemtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:5.
19. Socialstyrelsen. Social tillsyn 1999 – Resultatet av länsstyrelsernas tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.
20. Socialstyrelsen. Pensionärsråd i Sverige och Norden. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
21. Svenska Kommunförbundet. Förändringar av kvalitet och produktivitet i barnomsorg, skola och äldreomsorg. 90 studier om 90-talet. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
22. Engström B. Kvalitetsbarometern '99. Brukarnas upplevelser av kvalitet i vård och omsorg i Halmstads, Kristianstads, Växjö och Kalmar kommun. Karlshamn: Blekinge FoU-enhet, Rapport 1999:6.
23. Pensionärernas riksorganisation. PRO redovisar riksresultat från Syneföretning 98. Stockholm: Pressinformation 1998-07-08.
24. Hedin B. Syneföretning 99 om hemtjänsten. Stockholm: Pensionärernas riksorganisation (under publicering).
25. Landstingsförbundet. Medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk sjukhusvård. Landstingsförbundets informationsavdelning, Stockholm 1999.
26. Socialstyrelsen. Vård och omsorg kvällar och nätter. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 99:1.
27. Landstingsförbundet. En annan dimension i vården. Stockholm: Landstingsförbundet, 1998.
28. Ehrnst M, Larsson B. Att kunna bo kvar hemma – en kartläggning av kvälls- och nattpatrullernas arbete i Jönköpings kommun. Jönköping: Institutionen för gerontologi, 2000. (rapport nr 85).
29. Andersson A, Levin L Å. Sjukvård i hemmet – en litteraturgenomgång. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, 1998. (Rapport 1998:4).
30. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Stockholm: Offset, 1999.
31. Emanuelsson A, Wendt R. I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan. Stockholm: Vårdförbundet, 1994. (Rapport nr 43).

32. Fransson E. Avancerad hemsjukvård – inget nytt för distriktssköterskor. Hälsan i Centrum, 1997.
33. Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre. Stockholm, 2000.
34. Socialstyrelsen. Hemvårdens brytpunkter. En studie av tre kommuner i Östergötland. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
35. Socialstyrelsen. Hur gick det sen? En uppföljning av 1996 års studie av hemmaboende äldre i Jönköping. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 99:3.
36. Wessling A. Svensk Läkemedelsstatistik 1997. Stockholm: Apoteket AB, 1998.
37. Claesson C. Hemsjukvårdspatienternas läkemedelsanvändning i Maria-Högalid, Katarina-Sofia och Enskede. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Rapport 1997:5).
38. Socialstyrelsen. Diagnoser och förskrivning av läkemedel. En nationell kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
39. Socialstyrelsen. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen. En analys av resultaten från den nationella kartläggningen av äldre i öppenvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000. (under publicering).
40. Socialstyrelsen. Läkemedelskonsumtion bland äldre. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000. (under publicering).
41. Wänell, S E. Vård efter utskrivning. Delstudie i uppföljningen av Stockholms läns landstings utvecklingsplan. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 1998 (rapport 1998:12).
42. Socialstyrelsen. Hellre palt än puré. Om kost och måltider vid sjukhem. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:10.
43. Socialstyrelsen. Policy och riktlinjer för äldres vård och omsorg kvällar och nätter. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1998 (stencilrapport).
44. Socialstyrelsen. Äldres tankar om vård i livets slutskede (prel. titel). Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
45. Statens offentliga utredningar. Döden angår oss alla – värdig vård i livets slutskede. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2000:6.
46. Grimby A. Behovshierarkier hos äldre palliativt vårdade i livets slutskede. Socialmedicinsk tidskrift. 1999; nr 3: 268–277.
47. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen, SoS-rapport 1994:4.

48. Socialstyrelsen. De anhörigas roll. I livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
49. Socialstyrelsen. Inför döden. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:14
50. Socialstyrelsen. Vård av äldre inför livets slut. Kommunal handlingsberedskap för vård i eget hem kvällar och nätter. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1998. (Stencilrapport).
51. Socialstyrelsen. Äldre som tidigare haft hemtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 97:3.
52. Socialstyrelsen. Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi? Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:13.
53. Socialstyrelsen. Hjälp till vardags – kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 97:2.
54. Socialstyrelsen. Matlådan. Äldre om matlådor och socialt innehåll. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:3.
55. Socialstyrelsen. Omsorg av och för äldre i landsbygd. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
56. Regeringens proposition 1990/91. Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m. Stockholm, 1990 (prop. 1990/91:14).
57. Szebehely M. Vardagens organisering. Lund: Arkiv förlag, 1995.
58. Socialstyrelsen. Ädelparadoxen – sjukhemmen före och efter Ädel. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:11.
59. Socialstyrelsen. Äldres flyttningar till service och vård. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 2000:4.
60. Socialstyrelsen. Vårdtyngd i Sundsvall. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
61. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre – redovisning av en enkätundersökning. Malmö: Socialstyrelsen, Regionala tillsynsenheten i Malmö, 2000. (PM).
62. Socialstyrelsen. Läkarmedverkan i särskilda boendeformer. Redovisning av en enkätundersökning. Jönköping: Socialstyrelsen, Regionala tillsynsenheten i Jönköping, 2000. (PM).
63. Svenska Kommunförbundet. Läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg. Stockholm: Äldreberedningen, E, 1998.
64. Socialstyrelsen. Läkarmedverkan i primärkommunal vård och omsorg (prel. titel). Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).

65. Socialstyrelsen. Psykisk sjukdom hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 97:9.
66. Socialstyrelsen. Äldre reumatiker. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1998 (stencil).
67. Socialstyrelsen. Näringsproblem inom äldreboendet. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 97:5.
68. Socialstyrelsen. Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:12.
69. Socialstyrelsen. Näringsproblem bland äldre med hemtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 99:5.
70. Socialstyrelsen. Tandvård för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:16.
71. Landstingsförbundet. Uppföljning av tandvårdsreformen avseende år 1999. Stockholm: Landstingsförbundet. Rapport 30/3 2000.
72. Socialstyrelsen. Två år med stroke. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
73. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om dementa. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
74. Socialstyrelsen. Äldre födda utomlands. En demografisk studie. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 99:4.
75. SOU 1997:76. Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre. Stockholm: Socialdepartementet.
76. Socialstyrelsen. Anhöriga till äldre invandrare – en kvalitativ studie (prel. titel) Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget (under publicering).
77. DS 1999:44. Den ljusnande framtid är vård. Rapport från Kommissionen för rekrytering till vård och omsorg, 1999.
78. Svenska Kommunförbundet. Personalen i fokus 1998. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 1999.
79. Arbetsmarknadsstyrelsen. Var finns jobben 2000? Ura 1999:16 från AMS utredningsenhet. Stockholm: Arbetsmarknadsstyrelsen, 1999.
80. Landstingsförbundet. Uppföljning av personalbehovet inom landstingen, regionerna och Gotlands sjukvård. Stockholm: Landstingsförbundet, april 2000.
81. Landstingsvärlden. Akut brist på allmänläkare. Nr 2/00.
82. Socialstyrelsen. Fortbildning av arbetsledare och biståndsbedömare inom äldreomsorgen. Erfarenheter från första året. Meddelandeblad xx/2000.

83. Socialstyrelsen. Kommuners och frivilliga organisationers stöd till anhöriga. Stockholm: Socialstyrelsen, "Anhörig 300" 2000:1
84. Hendriksen C, Vass M. Forebyggende hjemmebesög til äldre mennesker. Dafolo, Fredrikshavn, 1997.
85. van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 2000;320:754–758.
86. Lexell J. Gamla muskler blir som nya. *Nordisk geriatrik* 2000;1:26–29.
87. Dalarnas forskningsråd. Det dolda universitetet. Falun 2000.
88. Socialstyrelsen. Temperaturtagning rehabilitering – Temperaturtagning hjälpmedel (prel. titel). Stockholm: Socialstyrelsen, 2000 (under publicering).
89. Socialstyrelsen. Ädelreformen. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2.
90. Socialstyrelsen. Hjälpmedelsverksamheten två år efter Ädel. Stockholm: Socialstyrelsen, Ädelutvärderingen 94:16.
91. Gurner, U. I vått och torrt. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2000 (rapport 2000:2).



## Publicerade titlar i serien Äldreuppdraget

- 97:1 Omhändertagande av ortopedipatienter (art.nr 1997-26-001).
- 97:2 Hjälp till vardags – kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen (art.nr 1997-26-002).
- 97:3 Äldre som tidigare haft hemtjänst (art.nr 1997-26-003).
- 97:4 I väntan på plats. Analys av kösituationen till särskilt boende i Malmö (art.nr 1997-26-004).
- 97:5 Näringsproblem i äldreboendet (art.nr 1997-26-005).
- 97:6 Distriktsläkarinsatser inom äldreomsorgen (art.nr 1997-26-006).
- 97:7 Brukarinflytande och konsumentmakt inom äldreomsorgen (art.nr 1997-26-007).
- 97:8 Pensionärshushållens kostnader för äldreomsorg och sjukvård (art.nr 1997-26-008).
- 97:9 Psykisk sjukdom hos äldre (art.nr 1997-26-009).
- 97:10 Kvalitet i vårdkedjan mot livets slut (art.nr 1997-26-010).

### **Äldreuppdraget – årsrapport 1997.**

#### **Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:9**

- 98:1 Stöd till äldres anhöriga. En nationell kartläggning (art.nr 1998-26-001).
- 98:2 Dalarna. Anhöriglän 1997 (art.nr 1998-26-002).
- 98:3 Äldrehushåll under socialbidragsnormen (art.nr 1998-26-003).
- 98:4 Kommunernas avgiftsregler för äldre- och handikappomsorg 1997 (art.nr 1998-26-004).
- 98:5 Kartläggning av avlösning och växelvård (art.nr 1998-26-005).
- 98:6 Anhörigstöd i särskilda boendeformer (art.nr 1998-26-006).
- 98:7 Anhörigas organisering (art.nr 1998-26-007).
- 98:8 Anhörigstöd i Skellefteå (art.nr 1998-26-008).
- 98:9 Stöd till demensdrabbades anhöriga (art.nr 1998-26-009).
- 98:10 ”Hellre palt än puré”. Om kost och måltider vid sjukhem (art.nr 1998-26-010).
- 98:11 Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen (art.nr 1998-26-011).
- 98:12 Näringsproblem bland hemsjukvårdspatienter (art.nr 1998-26-012).
- 98:13 Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi? (art.nr 1998-26-013).
- 98:14 Inför döden (art.nr 1998-26-014).
- 98:15 Ledningens syn på brukarinflytande (art.nr 1998-26-015).
- 98:16 Tandvård för äldre. En faktarapport och diskussionspromemoria (art.nr 1998-26-016).

### **Äldreuppdraget – årsrapport 1998.**

#### **Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:9**

- 99:1 Vård och omsorg kvällar och nätter (art.nr 1999-26-001).
- 99:2 "Nöjda och trötta". Personalens och de anhörigas upplevelser av hemsjukvård (art.nr 1999-26-002).
- 99:3 Hur gick det sen? En uppföljning av 1996 års studie av hemmaboende äldre i Jönköping (art.nr 1999-26-003).
- 99:4 Äldre födda utomlands. En demografisk beskrivning (art.nr 1999-26-004).
- 99:5 Näringsproblem bland äldre med hemtjänst (art.nr 1999-26-005).
- 99:6 Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen (art.nr 1999-26-006).
- 99:7 Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (endast publicering på Internet) (art.nr 1999-26-007).
- 00:1 Taxor och avgifter för vård och omsorg (art.nr 2000-26-001).
- 00:2 Vårdtyngd i äldreomsorgen (art.nr 2000-26-002).
- 00:3 Matlådan. Äldre om matlådor och socialt innehåll (art.nr 2000-26-003).
- 00:4 20 års erfarenhet av äldres flyttningar till service och vård (art.nr 2000-26-004).
- 00:5 Från beslut till praktik i hemtjänsten (art.nr 2000-26-005).