

Innehåll

Arbetet med vård och omsorg	5
Hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre i januari och februari 2003. Faktaunderlag och synpunkter	
Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre	17
Bilagor till Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre.....	135
Redovisning av hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre.....	257
Komplettering av faktaunderlaget inför hearingarna	
Individbaserad statistik i stället för mängdbaserad inom vård och omsorg om äldre	279
Kvarboende	287
Vård och omsorg om äldre invandrare	327
Vård och omsorg för äldre tillhörande de nationella minoriteterna	359
Scenarier	
Vägar till framtidens vård och omsorg om äldre – fyra scenarier	377

Rapporter från utomstående experter

Sociala insatser för äldre människor enligt lagstiftningen – från fattigvård till socialtjänst	
<i>av f.d. chefsjurist Gunnar Fahlberg.....</i>	425
Komplexa problem och vårdbehov hos äldre	
<i>av överläkare och med.dr. Gunnar Akner, ordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi.....</i>	477
Framtidens anhörigomsorg	
<i>Sammanfattning av ett underlag från Socialstyrelsen.....</i>	537

Arbetet med vård och omsorg

1 Inledning

Den parlamentariska äldreberedningen (S 98:08), som antagit namnet SENIOR 2005, har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Enligt direktiven (dir. 1998:109) är utgångspunkterna för beredningens arbete de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Analyser och förslag ska utformas med tanke på äldres situation i samhället från år 2005 och framåt.

Beredningens arbete ska bidra till att de nationella målen för äldrepolitiken uppfylls. Om det finns skäl ska beredningen föreslå nya mål. De nationella mål som riksdagen beslutade om år 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) innebär att äldre människor ska

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

I direktiven framhåller regeringen att beredningen bör lägga särskild vikt vid frågeställningar som är av betydelse för äldre människors villkor i samhället i allmänhet, och inte enbart ta upp frågor som berör vård och omsorg. Regeringen skriver:

Det är angeläget att beredningen särskilt beaktar behov av åtgärder som innebär att äldres resurser i form av erfarenheter, kompetens och kunskaper i högre utsträckning tas till vara inom olika samhällssektorer. Frågor som rör service, vård och omsorg är angelägna att belysa. Dessa områden har dock behandlats av ett flertal utredningar under senare år. Beredningen bör därför ge stort utrymme åt att belysa andra frågeställningar av betydelse för äldre människors villkor i samhället.

Viktiga områden som vi bör beakta är bl.a.

- äldres inflytande och delaktighet i beslutsprocesser
- tillgänglighet i samhället för äldre med funktionshinder
- utveckling av IT-hjälpmiddel för äldre i hemmiljö liksom inom vård och omsorg
- kvalitet i vård och omsorg
- anhörigas roll i vård och omsorg
- sociala kontakter och umgänge över generationsgränser

- äldres delaktighet i arbetslivet och möjlighet att fortsätta ett aktivt yrkesliv efter uppnådd pensionsålder
- äldres möjlighet att delta i eller ta del av kulturlivet.

Till beredningens uppgifter hör också att belysa skillnader mellan mäns och kvinnors förutsättningar och villkor. Den ska också beakta det ökande antalet äldre med utländsk bakgrund och de konsekvenser det kan medföra.

Enligt direktiven ska beredningens arbete bidra till att skapa en bred diskussion om äldrepolitikens roll, möjligheter och begränsningar. Arbetet ska bedrivas utåtriktat. Ett skäl till detta är att många olika aktörer bör bli delaktiga i den framtida äldrepolitiken. Det gäller inte bara regering, riksdag, kommuner, landsting och myndigheter utan även arbetsmarknadens parter, föreningsliv, trosamfund, andra sammanslutningar och enskilda människor. Enligt direktiven skulle resultatet av vårt arbete redovisas till regeringen senast den 1 maj 2003. Tiden har senare förlängts till den 1 november 2003.

2 Arbetet med vård och omsorg inom SENIOR 2005

2.1 Inriktning och avgränsning av arbetet med vård och omsorg

I direktiven anges att beredningen särskilt ska uppmärksamma andra områden än vård och omsorg. Ett sätt att göra det var att i diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) avstå från att ta upp dessa frågor och i stället fokusera på andra områden som på olika sätt berör äldres situation i samhället.

I diskussionsbetänkandet presenterades beredningens framtidsbild och fyra s.k. nycklar, verktyg, som ska stödja arbetet med att förverkliga framtidsbilden. De fyra nycklarna är:

- Riv ålderstrappan och forma flexiblare livslopp
- Bryt åldersbarriärer
- Planera för ett aktivt åldrande
- Stärk ömsesidigheten och ansvarstagande över generationsgränserna

Det är dock självklart att frågor som berör vård och omsorg om äldre måste ingå i arbetet med framtidens äldrepolitik. En av de största utmaningarna för ett samhälle med en åldrande befolkning är att ordna vården och omsorgen om de äldre i framtiden. Under de senaste femton åren har frågan uppmärksammats i olika sammanhang ur olika aspekter. Utgångspunkten har oftast varit de ökade kostnaderna och hur dessa ska finansieras i framtiden. Det har som regel inte gjorts en analys av vad som ingår i den nuvarande vården och omsorgen om äldre. Har vården och omsorgen rätt innehåll, tillgodoser den de behov som finns och är vården och omsorgen av rätt kvalitet? I få fall har diskussionen gällt vilka behov som ska tillgodoses inom ramen för den offentligt finansierade vården och omsorgen och – utifrån detta – vilka resurser som behövs för att tillgodose dessa behov.

Mot bakgrund av detta valde beredningen att ta upp frågan om det offentliga åtagande inom vård och omsorg om de äldre. Det är ett stort område och frågor kan behandlas ur både ett individperspektiv och ett samhällsperspektiv. Utgångspunkter kan vara etiska, ekonomiska, socialpolitiska och juridiska resonemang. Beredningens fokus kommer att ligga på frågeställningar som är påverkbara på nationell nivå och som berör politiska ställningstaganden.

Beredningen har i sitt arbete gjort några avgränsningar. Den tar inte upp frågor som direkt gäller

- framtida finansiering av vård och omsorg
- huvudmannaskap för olika former av vård och omsorg
- personal- och kompetensförsörjning
- avgifter för vård och omsorg.

I de scenarier som presenteras i slutet av denna bilagedel berörs dock framtida finansiering av vård och omsorg samt personal- och kompetensförsörjning. Däremot tas inte huvudmannaskap och driftsformer för olika former av vård och omsorg upp. Det är först när det är klarlagt vad som ska ingå i det offentliga åtagandet som ställning kan och behöver tas till hur man organiserar verksamheten.

I beredningens arbete tas frågan om det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre upp. I beredningens arbete används termen hälso- och sjukvård inte bara om den direkta hälso- och sjukvården på sjukhus och vårdcentraler utan även läkemedel

och tekniska hjälpmedel ingår. Tandvård för äldre behandlas däremot inte. Det sistnämnda är dock ett område som är intressant ut flera perspektiv när det gäller arbetet med det offentliga åtagandet och särlösningar relaterade till ålder. I den meningen är flera av de frågor inom vård och omsorg som behandlas i denna volym aktuella även när det gäller tandvård. Inte heller äldreomsorg är en term som har en självklar innebörd.

När det gäller framtida finansiering av vård och omsorg anser beredningen att en första uppgift är att klarlägga vilka behov som skall tillgodoses inom ramen för offentlig vård och omsorg. De andra tre områdena, som inte tas upp, har varit föremål för andra statliga utredningar under de senaste åren. Det finns också nu pågående utredningar, projekt och uppdrag. Frågor som berör huvudmannaskap för olika former av vård och omsorg om äldre behandlas i Äldrevårdsutredningen (S2003:04). Inom Regeringskansliet har inrättats ett projekt (dnr S2002/3794/HS) som har i uppgift att göra en översyn av den högspecialiserade vården (S 2002:D). Projektet ska vara slutfört den 31 december 2004. När det gäller personal- och kompetensförsörjning pågår flera regeringsuppdrag. Ett sådant är regeringens uppdrag (Socialdepartementet dnr S2001/10360/ST) till Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Högskoleverket, Integrationsverket, Migrationsverket, Myndigheten för kvalificerad yrkesutbildning, Riksförsäkringsverket och Skolverket att i samråd utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Arbetet ska vara slutfört den 31 maj 2004. När det gäller avgifter inom kommunens äldre- och handikappomsorg har Socialstyrelsen ett femårigt utvärderingsuppdrag (Socialdepartementet dnr S2002/811/ST) av den reform som genomfördes den 1 juli 2002 och den 1 januari 2003. Slutrapporten kommer att lämnas till regeringen den 31 mars 2007.

2.2 Arbetet

I januari och februari 2003 genomförde SENIOR 2005 fem hearingar angående framtidens vård och omsorg om de äldre. Inför hearingarna hade beredningen tagit fram ett faktaunderlag med tillhörande bilagor. I detta material presenterades förslag till en femte nyckel och frågeställningar inom fem områden som på olika sätt berör det offentliga åtagandet inom vård och omsorg.

Den femte nyckeln som förslags komplettera de fyra tidigare nycklarna var mer riktad mot vård- och omsorgsområdet. Den femte nyckeln var:

- Tydliggör det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer.

De fem områdena var:

- Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?
- Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle
- Hälso- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter
- Hemtjänstens innehåll
- Kvarboende

Till hearingarna inbjöds representanter för kommuner och landsting, statliga myndigheter, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, forskare inom äldreområdet, pensionärs- och handikapporganisationer, anhörigorganisationer, intresseorganisationer, frivilligorganisationer, religiösa organisationer samt fackliga organisationer för att ge synpunkter på faktaunderlaget och frågeställningarna.

Vid hearingarna var det många deltagare som lyfte fram att det offentliga åtagande för vård och omsorg om äldre är otydligt, för såväl individer som samhälle, och att det skulle behöva preciseras. Däremot hade man olika uppfattningar om på vilket sätt som åtagandet ska preciseras. Några anser att det bör ske genom lagreglering, medan andra anser att en detaljerad lagreglering kan minska möjligheterna att ta hänsyn till individens behov.

Deltagarna lämnade inte några förslag på hur man ska beskriva vilka behov som ska tillgodoses inom ramen för offentligt finansierad vård och omsorg. Flera deltagare betonar att människan har fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Om alla behov ska och kan tillgodoses inom vård och omsorg är oklart. När det gäller t.ex. hemtjänsten vill några deltagare behålla och utveckla den, medan andra vill göra vissa avgränsningar.

De områden och viktiga frågeställningar som beredningen identifierat inför diskussionerna om framtidens vård och omsorg om

äldre har i allt väsentligt fått stöd från i princip samtliga deltagare. Det finns inga förslag om att ta bort eller lägga till något område och/eller frågeställning.

Flera deltagare framhöll dock att för att få en helhetsbild av framtidens vård och omsorg om äldre måste även de områden som beredningen valt att inte behandla tas med. Det gäller frågor om framtida finansiering av vård och omsorg, huvudmannaskap för vård och omsorg, personal- och kompetensförsörjning samt avgifter för vård och omsorg.

Flera deltagare påpekade att det inte är möjligt att besvara frågeställningarna då det saknas tillräckligt bra underlag, både i faktaunderlaget och överhuvudtaget.

Prioriteringar är ett område som behöver uppmärksammas inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Flera deltagare är bekymrade över att den bristande tilltron till bl.a. äldreomsorg och hälso- och sjukvård hos befolkningen.

Intrycket vid hearingarna är att det inte i någon större utsträckning verkar föras diskussioner om hur man ska klara framtidens vård och omsorg om äldre i kommuner och landsting eller inom intresseorganisationer. De diskussioner som förs förefaller ofta ta upp endast någon aspekt av detta mycket stora och komplicerade område.

Beredningens intryck efter hearingarna är att det inte finns förutsättningar att nu presentera konkreta förslag om framtidens vård och omsorg om äldre. Det finns två huvudskäl till detta:

- brister i kunskapsunderlag
- frågor som berör detta inte har diskuterats i sin helhet utan oftast med utgångspunkt i någon detalj och utan förankring hos befolkningen i stort.

Ett fortsatt arbete med frågor som berör framtidens vård och omsorg om äldre är nödvändigt av många skäl. I beredningens slutbetänkande *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning* (SOU 2003:91) redovisas material och frågeställningar som kan vara underlag för detta arbete.

2.3 Innehåll i denna bilagedel av slutbetänkandet

I denna bilagedel redovisas material som beskriver beredningens arbete med vård och omsorg. Först presenteras det material som togs fram inför hearingarna samt vad som framkom vid dessa.

Därefter redovisas material som tagits fram efter hearingarna och som ligger till grund för beredningens förslag i slutbetänkandet om hur det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre människor kan tydliggöras och säkerställas. I *Vägar till framtidens vård och omsorg om äldre – fyra scenarier* beskrivs arbetet med att ta fram scenarier och en mer omfattande version av scenarierna än den som återfinns i slutbetänkandet.

Sist i denna bilagedel presenteras material från utomstående experter som belyser olika aspekter av vård och omsorg om äldre.

Hearingar om framtidens vård
och omsorg om äldre i januari
och februari 2003
Faktaunderlag och synpunkter

Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre¹

Ett underlag
av den parlamentariska äldreberedningen
SENIOR 2005

¹ Hearingarna genomfördes i januari och februari 2003. Materialet färdigställdes i mitten av december 2002 och återges här i ursprungligt skick.

SENIOR 2005 vill understryka att detta faktaunderlag inte innehåller några slutliga ställningstaganden från beredningen. Det är ett underlag som ingår som en del i beredningens arbete.

Innehåll

Sammanfattning	21
Förkortningar och förklaringar av använda begrepp	31
1 Inledning.....	35
2 Beredningens uppdrag	35
2.1 Direktiven.....	35
2.2 Nationella minoriteter och minoritetsspråk	36
3 Diskussionsbetänkandet Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring (SOU 2002:29)	37
3.1 Att åldras och en åldrande befolkning.....	37
3.2 Om vård och omsorg.....	39
3.3 Framtidsbilden och de fyra nycklarna	40
4 Demografi och äldres ekonomiska situation.....	42
5 Vård och omsorg om äldre i dag	56
5.1 Lagstiftning	57
5.2 Äldreomsorg enligt socialtjänstlagen.....	59
5.3 Hälso- och sjukvård för äldre.....	65
5.4 Ekonomi	68
5.5 Personal	70
5.6 Anhörigomsorg.....	72
6 Utgångspunkter för det fortsatta arbetet	75

7	Framtidsbilden och möjligheten att förverkliga den inom vård och omsorg	76
7.1	Kan mainstreaming och de fyra nycklarna användas inom vård och omsorg?.....	76
7.1.1	Exempel på tillämpning	76
7.1.2	Bedömning	79
7.2	Varför behövs en femte nyckel inom vård och omsorg?	80
7.2.1	Äldres behov.....	80
7.2.2	Olika former av vård och omsorg	83
7.2.3	Utvecklingen av vård och omsorg för äldre	83
7.2.4	Otydlighet kring det offentliga åtagandet	88
7.2.5	Förtroende för och betyg på sjukvård och äldreomsorg	89
7.2.6	Prognoser för behov och kostnader för vård och omsorg om äldre i framtiden	92
7.3	Viktiga områden inom vård och omsorg	93
8	Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?	94
9	Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle.....	98
10	Hälso- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter.....	109
11	Hemtjänstens innehåll	116
12	Kvarboende	120
	Referenser	124
	Förteckning av bilagor	133

Sammanfattning

1 Beredningens uppdrag

Den parlamentariska äldreberedningen (S 98:08), som antagit namnet SENIOR 2005, har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Enligt direktiven (dir. 1998:109) är utgångspunkterna för beredningens arbete de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet och andelen äldre i befolkningen ökar. Beredningens analyser och förslag skall utformas med tanke på äldres situation i samhället från år 2005. Resultatet av arbetet ska redovisas till regeringen senast den 1 november 2003.

Beredningens arbete ska bidra till att de nationella målen för äldrepolitiken uppfylls. Om det finns skäl ska beredningen föreslå nya mål. De nationella mål som riksdagen beslutade om år 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) innebär att äldre människor skall

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

I sitt arbete ska beredningen belysa skillnader mellan mäns och kvinnors förutsättningar och villkor. Beredningen ska också beakta det ökande antalet äldre med utländsk bakgrund.

Enligt direktiven ska beredningens arbete bidra till att skapa en bred diskussion om äldrepolitikens roll, möjligheter och begränsningar. Arbetet ska bedrivas utåtriktat.

2 Arbete med vård och omsorg

En av de största utmaningarna för ett samhälle med en åldrande befolkning är att ordna vården och omsorgen om de äldre i framtiden. Denna fråga kan behandlas ur både ett individperspektiv och ett samhällsperspektiv. Utgångspunkter kan vara etiska, ekonomiska, socialpolitiska och juridiska resonemang.

SENIOR 2005 har tagit fram detta faktaunderlag och några frågeställningar som på olika sätt berör det offentliga åtagandet inom vård och omsorg. Syftet med materialet är att det ska utgöra underlag för diskussioner som behöver föras om vård och omsorg om äldre inför framtiden. Frågeställningarna berör på olika sätt alla invånare i samhället, oavsett ålder.

Beredningen anordnar i månadsskiftet januari–februari 2003 fem hearingar angående framtidens vård och omsorg om de äldre. Till dessa har kommuner, landsting, myndigheter och organisationer m.fl. inbjudits för att ge synpunkter på faktaunderlaget och frågeställningarna.

SENIOR 2005 vill understryka att detta faktaunderlag inte innehåller några slutliga ställningstaganden från beredningen. Det är ett underlag som ingår som en del i beredningens arbete.

3 Diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* Livslopp i förändring (SOU 2002:29)

I april 2002 överlämnade beredningen diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* (SOU 2002:29) till regeringen.

Diskussionsbetänkandet omfattar ett kapitel om att åldras och ett om en åldrande befolkning. Beredningen presenterar därefter en framtidsbild samt fyra s.k. nycklar, verktyg som ska stödja arbetet med att förverkliga framtidsbilden. Där presenteras också en etisk värdegrund som ska ligga till grund för beredningens överväganden. Värdegrunden betonar både människans värde och människans väl. Slutligen redovisas bakgrundsmaterial och exempel på tillämpning av de fyra nycklarna inom tre områden: arbetsliv, samhällsliv och vardagsliv.

Den framtidsbild som beredningen målar upp handlar om ett samhälle där ålder och äldre blir alltmer ointressanta begrepp. Åldrandet ska ses ur ett livsloppsperspektiv och man ska på ett annat sätt vilja behålla och använda de resurser som man har, oavsett ålder. Kunskapen om åldrandets rikedom på variationer, möjligheter till utveckling och påverkan har ökat hos myndigheter, organisationer och företag liksom hos enskilda människor.

I betänkandet ifrågasätts om det behövs en särskild äldrepolitik eller om det skulle vara möjligt att, åtminstone när det gäller den del av äldrepolitiken som gäller människors möjligheter till infly-

tande, delaktighet och aktivitet, integrera den i de olika politikområden som berörs. Vidare anförs att en sådan mainstreaming inte får leda till att aspekter som gäller åldrande och äldre personer osynliggörs. För att förverkliga framtidsbilden krävs insatser utifrån fyra huvudprinciper, ”fyra nycklar till framtiden”:

- Riv ålderstrappan och forma flexibla livslopp
- Bryt åldersbarriärer
- Planera för ett aktivt åldrande
- Stärk ömsesidighet och ansvarstagande över generationsgränser

Framtidsbilden och de fyra nycklarna är inte formulerade med avseende på vård och omsorg. En principiellt viktig fråga är om mainstreaming och de fyra nycklarna ska tillämpas även inom vård och omsorg, eller om det är andra nycklar som ska tillämpas inom dessa områden. Det är däremot klart att den etiska värdegrunden ska utvecklas och fördjupas under beredningens arbete med vård och omsorg.

4 Demografi

I detta avsnitt redogörs för den demografiska utvecklingen på nationell och regional nivå. Uppgifterna avser ålderssammansättning, könsfördelning, civilstånd samt ensamboende/samboende bland personer 65 år och äldre samt de äldres ekonomiska situation. Därutöver redovisas uppgifter om äldre med utländsk bakgrund samt några uppgifter om de nationella minoriteterna.

5 Vård och omsorg i dag

För att kunna diskutera framtidens vård och omsorg om de äldre är det viktigt med en beskrivning av hur dagens vård och omsorg om de äldre ser ut. I faktaunderlaget behandlas de två områden inom vård och omsorg som är av störst betydelse för äldre människor generellt, äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Däremot omfattas inte områden som berör alla åldersgrupper, t.ex.

tandvård och läkemedel. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) tas inte heller upp i detta sammanhang.

6 Utgångspunkter för det fortsatta arbetet

Diskussionerna om framtidens vård och omsorg om äldre har ofta gällt de ökade kostnaderna och hur dessa ska finansieras. I princip samtliga beräkningar av de framtida kostnaderna utgår från aktuella kostnader och vissa antaganden om framtida förhållanden. Mycket få av dessa beräkningar innehåller någon form av analys av vad som ingår i den nuvarande vården och omsorgen. Har vården och omsorgen rätt innehåll, tillgodoser den de behov som finns och är vården och omsorgen av rätt kvalitet? Sällan har diskussionen gällt vilka behov som skall tillgodoses inom ramen för den offentligt finansierade vården och omsorgen.

Mot bakgrund av detta har några viktiga avgränsningar gjorts när det gäller beredningens arbete. Beredningen tar inte upp frågor som direkt berör

- framtida finansiering av vård och omsorg
- huvudmannaskap för olika former av vård och omsorg
- personal- och kompetensförsörjning
- avgifter för vård och omsorg.

Beredningen kan trots detta komma att behandla frågor som berör dessa områden i ett slutbetänkande, men då som en del av helheten.

7 Framtidsbilden och möjligheten att förverkliga den inom vård och omsorg

Flera undersökningar tyder på att det i dag finns en osäkerhet avseende vården och omsorgen om äldre som påverkar dels de som nu är äldre och deras anhöriga, dels personer i alla åldersgrupper. Under hela livsloppet är det av vikt att människor kan känna trygghet när det gäller vård och omsorg för äldre personer. Både yngre personer och de som är äldre vid en viss tidpunkt har behov av att kunna förutse vilken hjälp, och med vilken kvalitet, man kan få från samhället i olika situationer när man är äldre och i behov av

vård och omsorg. För yngre personer är denna vetskap av betydelse både som anhörig/närstående till någon som nu är äldre och inför den egna ålderdomen.

Om människor i olika åldrar känner att det är otydligt vad det gemensamma åtagandet för vård och omsorg om äldre innebär så kan det påverka tilltron och viljan att ekonomiskt bidra till den gemensamma finansieringen av vård och omsorg. I sin tur kan detta leda till att människor i olika åldrar vidtar handlingar enbart i syfte att gardera sig inför framtiden. Att människor av detta skäl, för säkerhets skull, tecknar olika former av privata försäkringar eller börjar spara för sin ålderdom är exempel på sådana åtgärder. Dessa åtgärder kan påverka såväl den enskildes ekonomi som samhälls-ekonomi.

SENIOR 2005 gör bedömningen att principen om mainstreaming och de fyra nycklarna som presenterades i diskussionsbetänkandet bör användas i beredningens fortsatta arbete med vård och omsorg. I det sammanhanget bör dock nycklarna kompletteras med en *femte nyckel* som mer direkt avser vård- och omsorgsområdet.

- *Tydliggör det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer.*

8 Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?

SENIOR 2005 konstaterar:

Socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982. Den omfattar dels socialtjänsten som helhet, dels delområden som t.ex. äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg. Socialtjänsten ska förutom individinriktade insatser arbeta med strukturinriktade insatser och allmänt inriktade insatser. Kommunen har det yttersta ansvaret för att den som vistas i kommunen får den hjälp han eller hon behöver.

Under 1990-talet har de individinriktade insatserna prioriterats både inom socialtjänsten som helhet och inom äldreomsorgen. Socialtjänsten har enbart i begränsad omfattning arbetat med struk-

turinriktade och allmänt inriktade insatser, vilka främst varit inriktade på andra åldersgrupper än äldre.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har sjukvårdshuvudmännen (landsting och kommuner) ett ansvar för att förebygga ohälsa och verka för god hälsa i hela befolkningen.

Under senare delen av 1990-talet har intresset för hälsofrämjande och förebyggande arbete bland äldre ökat hos bl.a. kommuner och landsting, dock från en mycket låg nivå.

I vilken grad ett samhälle beaktar att människor i alla åldrar har olika behov och förutsättningar påverkar förutsättningarna för bl.a. äldre att klara sig själva i vissa situationer och att därmed kunna leva ett självständigt och oberoende liv. Bostäder, tillgänglighet till både fysiska miljöer och information, trafik, handel m.m. är exempel på några centrala områden.

Viktiga frågeställningar:

- Vilket ansvar ska hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen ha i framtiden för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?
- Hur kan stat, landsting och kommun stimulera andra aktörer i samhället att aktivt bidra till planeringen för ett samhälle med en åldrande befolkning?
- Vad kan kommuner och landsting göra för att senarelägga och/eller minska behov av vård och omsorg?

9 Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle

SENIOR 2005 konstaterar:

För att tillgodose en äldre människas behov krävs insatser från flera aktörer. Olika omsorgsgivare är olika bra på att tillgodose olika behov. Omsorgsgivarna kan komplettera varandra, men inte ersätta varandra.

Stat, landsting och kommun har det yttersta ansvaret för att den äldre människan får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Anhöriga och andra närstående utför omfattande och viktiga in-

satser för den enskilde. Insatser från olika frivilligorganisationer kan ha stor betydelse för den enskilde.

Viktiga frågeställningar:

- Ska stat, landsting och kommun även i framtiden ha det yttersta ansvaret för att äldre människor får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda?
- Hur kan stat, landsting och kommun främja samspelet mellan olika aktörer när det gäller vård och omsorg om de äldre?
- Finns det behov som den äldre själv eller anhöriga bör ha ett tydligare ansvar för att tillgodose?

10 Hälsa- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter

SENIOR 2005 konstaterar:

Den nuvarande lagstiftningen inom hälso- och sjukvården reglerar landstingens och kommunernas skyldigheter att ge hälso- och sjukvård. Den enskilde har inte rätt till några särskilda insatser i olika situationer, och beslut som har fattats är inte möjliga att överklaga.

Socialtjänstlagen, som omfattar äldreomsorgen, reglerar både kommunens skyldigheter att ge insatser inom äldreomsorgen och den enskildes rätt till insatser i vissa situationer. De sistnämnda besluten är möjliga att överklaga för den enskilde.

De nuvarande lagarna inom hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen innebär både för- och nackdelar. För individen innebär ramlagstiftningen å ena sidan flexibilitet när det gäller både vilka problem och insatser som han eller hon kan få hjälp med. Å andra sidan är det svårt för den enskilde att förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, man kan få i olika situationer.

Skillnaderna mellan kommuner och landsting när det gäller äldres möjligheter att få vård och omsorg och dess kvalitet är i vissa fall mycket stora.

Viktiga frågeställningar:

- Vad kan man göra inom nuvarande lagstiftning för att förbättra möjligheterna för den äldre och dennes anhöriga att förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, som man kan få i olika situationer?
- Vad kan i övrigt göras för att den äldre och dennes anhöriga ska kunna förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, som man kan få i olika situationer?
- Finns det någon gräns för vilka skillnader mellan olika kommuner respektive landsting som är acceptabla för att enskilda i olika åldrar ska ha förtroende för vården och omsorgen om de äldre?

11 Hemtjänstens innehåll

SENIOR 2005 konstaterar:

Begreppet hemtjänst är inte definierat i nuvarande lagstiftning, men vad som skall ingå beskrivs i förarbeten till lagstiftningen. Den vanligaste insatsen är hemhjälp, som kan omfatta både serviceinsatser (praktisk hjälp i hemmet) och personlig omvårdnad (insatser som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov).

Andelen äldre som får hemhjälp i ordinärt boende minskade väsentligt under 1980- och 1990-talen. Omstruktureringen har inneburit en minskad andel med (i tid räknad) mindre insatser och en ökande andel med mer omfattande insatser. Under 1990-talet förbättrades möjligheterna att få hjälp dygnet runt även vid omfattande behov av vård och omsorg, vilket gör det möjligt för äldre personer att få vård och omsorg i sin bostad. Det är personer med mindre omfattande behov som inte längre får hjälp från äldreomsorgen. Flera kommuner ger t.ex. inte längre hjälp med enbart serviceinsatser.

Olika rapporter pekar på att kvaliteten på den personliga omvårdnaden är god när det gäller den grundläggande omvårdnaden, medan det finns brister såväl när det gäller medicinsk omvårdnad som det sociala innehållet. Som exempel kan nämnas otillräckliga möjligheter till social samvaro och utevistelse samt hjälp vid rehabilitering.

Viktiga frågeställningar:

- Finns det skäl att reglera innehållet i begreppet hemtjänst i socialtjänstlagen?
- Hur skulle i så fall en sådan reglering väga omvårdnad mot serviceinsatser?
- Vad skulle i så fall en reglering innebära dels för stat och kommun, dels för individen?

12 Kvarboende

SENIOR 2005 konstaterar:

Äldres möjligheter till kvarboende även när man behöver vård och omsorg har diskuterats under de senaste femtio åren. Resonemang om detta går att finna i bl.a. utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens olika utskott. Den s.k. kvarboendeprincipen är dock inte entydigt definierad i vare sig förarbeten eller lagtext.

De allra flesta äldre vill bo kvar i sin bostad i ordinärt boende och få vård och omsorg där även när behoven är omfattande. I många fall innebär kvarboende en högre livskvalitet för den äldre och dennes anhöriga.

Möjligheterna till kvarboende även vid omfattande behov av vård och omsorg har förbättrats under 1990-talet genom utbyggnad av t.ex. hemtjänst dygnet runt och av hemsjukvård.

Det finns inga säkra uppgifter som visar hur det fungerar efter Ädel-reformen när det gäller den äldres möjligheter till kvarboende när han eller hon har flyttat till ett särskilt boende.

Reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ser olika ut när det gäller den äldres rätt att få insatser i det ordinära boendet. Det är ingen rättighet när det gäller hälso- och sjukvård. Däremot är det en rättighet enligt socialtjänstlagen och den enskilde kan överklaga ett avslagsbeslut till domstol.

I domar som berör frågan om den enskildes rätt att få omfattande hjälp i det ordinära boendet i förhållande till att kommunen tillhandahåller insatserna i ett särskilt boende har den enskilde i allmänhet fått rätt till omfattande insatser i det ordinära boendet. Att kommunen erbjuder plats i särskilt boende med hän-

visning till ekonomiska och personella resurser förefaller ha saknat betydelse.

Det har inte gjorts några nationella utvärderingar av hur kvarboendeprincipen fungerar för äldre i ordinärt boende under 1990-talet.

Viktiga frågeställningar:

- Bör den enskildes rätt till kvarboende, i både ordinärt och särskilt boende, klarläggas på ett tydligare sätt än i nuvarande lagstiftning?
- Bör det finnas gränser för när den enskilde kan kräva att insatserna ges i det ordinära boendet?
- Vilka särskilda skäl skulle i så fall kunna vara avgörande för ett sådant beslut?

Förkortningar och förklaringar av använda begrepp

Språkbruket inom vård- och omsorgsområdet är inte entydigt. För att underlätta läsningen av faktamaterialet förklaras i det följande hur begreppen har använts i detta material.

ADL	Aktiviteter i det Dagliga Livet (Activities of Daily Living), begrepp som används för att bedöma en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter. Se även <i>IADL</i> och <i>PADL</i> .
anhörig	Någon bland de närmaste släktingarna.
bet.	Betänkande från något av riksdagens utskott.
ESO	Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi inom Regeringskansliet.
folkhälsoarbete	Arbete som bedrivs på olika nivåer i samhället för att förbättra hälsotillståndet i hela befolkningen.
formell omsorg	Avser insatser som utförs av anställd personal, eller av andra som är avlönade. Se även <i>informell omsorg</i> .
förebyggande hälso- och sjukvård	Åtgärder som syftar till att bevara god hälsa och förhindra att sjukdomar uppkommer eller förvärras. Förebyggande åtgärder kan inriktas på enskilda individer, på en grupp eller på hela befolkningen. Se även <i>prevention</i> .
hemsjukvård	Hälso- och sjukvård som ges av sjukvårdshuvudmannen (landstinget eller kommunen) i patientens bostad.
hemhjälp	Insatser enligt socialtjänstlagen som ges av vårdbiträden/undersköterskor i den äldres hem.

hemtjänst	Individuellt behovsprövade insatser som ges till den enskilde efter beslut enligt socialtjänstlagen i både ordinärt och särskilt boende. Insatserna delas in i serviceinsatser och personlig omvårdnad. Omfattar utöver hemhjälp även trygghetslarm, matdistribution, avlösarservice och ledsagarservice.
hälso- och sjukvård	Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador inklusive rehabilitering, som regleras av hälso- och sjukvårdslagen.
IADL	Instrumentella Aktiviteter i det Dagliga Livet (Instrumental Activities of Daily Living), behov av hjälp med mer komplexa aktiviteter, såsom städning, tvätt, inköp, matlagning och transporter m.m. Se även <i>ADL</i> och <i>PADL</i> .
informell omsorg	Avser insatser som utförs av personer som inte är avlönade. Det kan vara make/maka, familj, annan släkt, vänner, grannar och frivilligorganisationer. Se även <i>formell omsorg</i> .
närstående	Person inom familj och släkt samt i vissa fall vänner och grannar. Närstående är därmed ett vidare begrepp än anhörig.
omvårdnad	Avser insatser som görs inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen för en person som på grund av sitt hälsotillstånd inte själv klarar av att planera och/eller genomföra handlingar som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Som exempel kan nämnas hjälp med att äta och dricka, klä och förflytta sig, sköta personlig hygien.
omsorg	Stöd och hjälp åt människor med praktiska sysslor som de inte kan klara själva i syfte att förbättra deras livssituation.
ordinärt boende	Alla boendeformer som inte förutsätter någon form av beslut om bistånd från kommunen.

PADL	Personliga Aktiviteter i det Dagliga Livet (Personal Activities of Daily Living), behov av hjälp med grundläggande aktiviteter, såsom hygien, på- och avklädning, intag av mat och dryck och förflyttning m.m. Se även <i>ADL</i> och <i>IADL</i> .
prevention	Förebyggande åtgärder som kan delas in i tre former. <i>Primär prevention</i> är förebyggande åtgärder som syftar till att förhindra sjukdom och skador. Vaccinationer och åtgärder för att förhindra tobaks- och alkoholmissbruk är exempel på sådana åtgärder. <i>Sekundär prevention</i> är åtgärder som syftar till att tidigt upptäcka tecken på sjukdom eller på olika sätt försöka förhindra att sjukdomen utvecklas vidare. Regelbundna hälsokontroller för att spåra t.ex. bröstcancer och högt blodtryck är exempel på denna typ av prevention. <i>Tertiär prevention</i> är åtgärder där man försöker förhindra återfall i en sjukdom eller åtgärder som vidtas i syfte att på bästa möjliga sätt kompensera olika funktionsnedsättningar.
primärvård	Den del av den öppna hälso- och sjukvården som, utan avgränsningar vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, skall svara för befolkningens behov av grundläggande hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården ges främst av allmänläkare och distriktssköterskor vid vårdcentraler eller liknande samt av personal inom kommunal hälso- och sjukvård.
prop. rskr.	Regeringens proposition till riksdagen. Riksdagsskrivelse, dvs. riksdagens skrivelse till regeringen med meddelande om riksdagens beslut.
SCB	Statistiska Centralbyrån

serviceinsatser	Avser de insatser inom hemtjänsten som gäller skötsel av hemmet, t.ex. städning, tvätt, inköp och matlagning, i förhållande till andra insatser som avser personlig omvårdnad.
socialtjänst	Verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453). Denna verksamhet omfattar handikappomsorg, individ- och familjeomsorg och äldreomsorg.
särskilt boende	Avser särskilda boendeformer enligt socialtjänstlagen, vilka förutsätter ett beslut om bistånd från kommunen.
ULF	Statistiska Centralbyråns (SCB:s) årliga levnadsnivåundersökning. Personer äldre än 84 år ingår ej.
vård och omsorg	Begreppet används inom äldreområdet när man vill beskriva äldres sammansatta behov av vård och omsorg, dvs. insatser som regleras enligt både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, och där det inte är möjligt eller nödvändigt att göra en närmare precisering.
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen), FN:s organ för hälsofrågor.
äldreomsorg	Den del av socialtjänsten som tillhandahåller insatser för äldre människor, både individuellt behovsprövade och allmänt inriktade insatser. Bostad i en särskild boendeform, hemtjänst och dagverksamhet är exempel på individuellt behovsprövade insatser. Dagcentraler och social jour är exempel på allmänt inriktade insatser. Under åren 1982–1997 ingick färdtjänst i äldre- (och handikapp-)omsorgen.

1 Inledning

En av de största utmaningarna för ett samhälle med en åldrande befolkning är att ordna vården och omsorgen om de äldre i framtiden. Denna fråga kan behandlas ur både ett individperspektiv och ett samhällsperspektiv. Utgångspunkter kan vara etiska, ekonomiska, socialpolitiska och juridiska resonemang.

SENIOR 2005 har tagit fram detta faktaunderlag och några frågeställningar som på olika sätt berör det offentliga åtagandet inom vård och omsorg. Syftet med detta material är att det ska kunna vara underlag för diskussioner som behöver föras om vård och omsorg om äldre inför framtiden. Frågeställningarna berör på olika sätt alla invånare i samhället, oavsett ålder.

SENIOR 2005 vill understryka att detta faktaunderlag inte innehåller några slutliga ställningstaganden från beredningen. Materialet är ett underlag som ingår som en del i beredningens arbete.

I avsnitt 2 redogörs för beredningens uppdrag och i avsnitt 3 sammanfattas innehållet i diskussionsbetänkandet *Riv ålders-trappan! Livslopp i förändring* (SOU 2002:29). Avsnitt 4 behandlar den demografiska utvecklingen och avsnitt 5 vård och omsorg om äldre i dag. I avsnitt 6 redogörs för beredningens utgångspunkter och avgränsningar när det gäller arbete med vård och omsorg. I avsnitt 7 diskuteras den framtidsbild som beredningen presenterade i diskussionsbetänkandet och möjligheten att förverkliga den inom vård och omsorg. I avsnitten 8–12 presenteras fem områden som beredningen anser vara särskilt viktiga att diskutera.

Till faktaunderlaget hör sju bilagor. Dessa innehåller en fördjupad information om några av områdena som tas upp i faktaunderlaget. En förteckning över bilagorna finns på s. 93.

2 Beredningens uppdrag

2.1 Direktiven

Den parlamentariska äldreberedningen (S 98:08), som antagit namnet SENIOR 2005, har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Enligt direktiven (dir. 1998:109) är utgångspunkterna för beredningens arbete de förändrade krav som ställs på samhället när både antalet

och andelen äldre i befolkningen ökar. Beredningens analyser och förslag skall utformas med tanke på äldres situation i samhället från år 2005. Resultatet av arbetet ska redovisas till regeringen senast den 1 november 2003.

Beredningens arbete ska bidra till att de nationella målen för äldrepolitiken uppfylls. Om det finns skäl ska beredningen föreslå nya mål. De nationella mål som riksdagen beslutade om år 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307) innebär att äldre människor skall

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

I sitt arbete ska beredningen belysa skillnader mellan mäns och kvinnors förutsättningar och villkor. Beredningen ska också beakta det ökande antalet äldre med utländsk bakgrund.

Av direktiven framgår att det är angeläget att belysa frågor som rör service, vård och omsorg. Dessa områden har dock behandlats av ett flertal utredningar under senare år. Regeringen framhåller att beredningen bör ta till vara material som under senare år tagits fram av statliga utredningar, myndigheter, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och andra intressenter.

Enligt direktiven ska beredningens arbete bidra till att skapa en bred diskussion om äldrepolitikens roll, möjligheter och begränsningar. Arbetet ska bedrivas utåtriktat.

2.2 Nationella minoriteter och minoritetsspråk

Sedan den 1 april 2000 har Sverige, enligt riksdagens beslut (prop. 1998/99:143, bet. 1999/2000:KU6, rskr 1999/2000:69), fem nationella minoriteter och fem erkända minoritetsspråk. De nationella minoriteterna är samer, sverigefinnar, tornedalingar, romer och judar. Minoritetsspråken är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska), romani chib och jiddisch.

Enskilda har bl.a. rätt att få äldreomsorg helt eller delvis på dessa språk i vissa geografiska områden. För samiska omfattar det Arjeplogs, Gällivare, Jokkmokks och Kiruna kommuner och för

finska och meänkieli Gällivare, Haparanda, Kiruna, Pajala och Övertorneå kommuner.

När det gäller vård och omsorg för personer med utländsk bakgrund och för nationella minoriteter finns vissa gemensamma aspekter, som t.ex. språket. Beredningen kommer i sitt arbete även att beakta frågor som berör de nationella minoriteterna.

3 Diskussionsbetänkandet Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring (SOU 2002:29)

I april 2002 överlämnade beredningen diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* (SOU 2002:29) till regeringen.

Diskussionsbetänkandet omfattar ett kapitel om att åldras och ett om en åldrande befolkning. Beredningen presenterar därefter en framtidsbild samt fyra s.k. nycklar, verktyg som ska stödja arbetet med att förverkliga framtidsbilden. Slutligen redovisas bakgrundsmaterial och exempel på tillämpning av de fyra nycklarna inom tre områden: arbetsliv, samhällsliv och vardagsliv.

Beredningen har därefter skickat betänkandet på remiss till ca 200 remissinstanser. Remisstiden gick ut den 31 oktober 2002.

Följande redovisning bygger på innehållet i diskussionsbetänkandet. Det redovisade kan därmed i vissa avseenden förändras till slutbetänkandet.

3.1 Att åldras och en åldrande befolkning

Kapitel 2 Att åldras

- Åldrandet är en långsam process med stora skillnader mellan olika människor.
- Det finns stora möjligheter att påverka den del av åldrandet som har att göra med att människor lever och har levat i en viss miljö.
- Med ett livsloppsperspektiv kan åldrandet ses som en del av hela livet, lika sammansatt och värdefull som de andra delarna.
- Åldrandet är något normalt och ingen sjukdom. Med ökande ålder ökar dock risken för många sjukdomar.

- Äldre bedömer ofta sin hälsa mer positivt än man skulle kunna förvänta sig utifrån resultaten av mer objektiva mätningar, t.ex. en läkarundersökning.
- Äldres hälsoproblem består ofta av två eller flera icke-akuta sjukdomar eller funktionshinder. Kunskaper om hur sådana kombinationer påverkar det dagliga livet är i dag otillräckliga.
- Kön, etnicitet och socioekonomiska förhållanden är faktorer som i hög grad påverkar situationen för äldre människor under åldrandet. Skillnader mellan individer och grupper tenderar att öka med stigande ålder.

Kapitel 3 En åldrande befolkning

- Den demografiska utvecklingen kommer att innebära att antalet äldre ökar under perioden 2000–2030. Ökningen kommer enligt prognoserna att vara störst bland de äldsta.
- Medellivslängden beräknas vara högre för kvinnor än för män, ända fram till år 2050, medan ökningen av medellivslängden beräknas bli större för män än för kvinnor. Detta medför att kvinnoöverskottet kommer att minska i åldern 65–79 år, men öka bland personer som är 80 år och äldre fram till år 2050.
- Andelen äldre personer med utländsk bakgrund kommer att öka under de kommande trettio åren.
- De demografiska förändringarna beräknas leda till ökade skillnader mellan olika geografiska områden i Sverige.
- Den svenska ekonomin kommer att påverkas av bl.a. de demografiska förändringarna. Olika prognoser visar att ekonomin kan befinna sig i en svår situation redan inom ett par decennier. Samma prognoser visar samtidigt på en fortsatt ökning av den genomsnittliga materiella standarden. Hur denna standard skall fördelas kan därför bli en betydande utmaning för hela samhället.
- Det politiska beslutsfattandet måste kunna möta konsekvenserna av en åldrande befolkning utan att det uppstår stora motsättningar inom och mellan olika åldersgrupper.
- Morgondagens äldre, dvs. de som i dag är 50 år och äldre, förefaller ha relativt goda egna resurser. Det gäller såväl hälsa som ekonomi, sociala nätverk och utbildningsnivå. Den framtida utvecklingen av dessa resurser kommer att påverkas av flera faktorer, där kunskaperna i dag är mycket begränsade. Ändrade familjemönster och ny teknik är exempel på sådana faktorer.

- Skillnaderna i tillgång till olika resurser bland äldre personer kan under kommande decennier bli betydligt större än vad som varit vanligt i Sverige. Den ökade medellivslängden gör att flera generationer samtidigt kommer att ingå i äldregruppen, vilket innebär att skillnader mellan dessa kommer att få genomslag under längre tid och i högre åldrar än vad vi varit vana vid. Skillnader mellan kvinnor och män, olika socioekonomiska grupper och mellan invandrare och personer födda i Sverige kommer sannolikt också att bli större och tydligare inom vissa områden.

3.2 Om vård och omsorg

I beredningens diskussionsbetänkande *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* redovisas följande angående arbetet med vård och omsorg:

Frågor som berör vård och omsorg kommer att redovisas i beredningens slutbetänkande. Arbetet med dessa frågor skiljer sig något från arbetsprocessen inom de områden som tas upp i diskussionsbetänkandet. Vi kommer att utgå från innehållet i diskussionsbetänkandet, men också uppmärksamma hur vården och omsorgen har utvecklats under de senaste decennierna, situationen i dag och vad andra utredningar om framtida behov av vård och omsorg visar. Viktiga frågor är bl.a. dessa: Vilka behov ska i framtiden tillgodoses genom offentlig vård och omsorg? Vilka resurser behövs för att tillgodose dessa behov?

(SOU 2002:29, s. 50)

I kapitel 4 *Fyra nycklar till framtiden* redovisar beredningen ytterligare några aspekter på det kommande arbetet med vård och omsorg:

En aspekt på frågan om ansvarstagande och ömsesidighet över generationsgränserna som stått i centrum för den svenska diskussionen: möjligheterna att på sikt finansiera och utföra vård och omsorg till äldre personer. SENIOR 2005 har inte i uppdrag att särskilt föreslå hur de framtida vård- och omsorgsbehoven hos äldre personer skall mötas. I vårt slutbetänkande avser vi dock att ta upp frågan om det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre personer. Att analysera det åtagandet är en viktig förutsättning för att de framtida vård- och omsorgskostnaderna ska kunna beräknas.

(SOU 2002:29, s. 179)

I diskussionsbetänkandets avsnitt 7.4.3 om *Service i hemmet* redovisar beredningen följande dels i rutan *SENIOR 2005 anser*, dels i löpande text:

Frågan om service i hemmet berör många områden. Vi avser att särskilt behandla frågan om bostadsanknuten service och det offentliga åtagandet för vård och omsorg i vårt slutbetänkande.

(SOU 2002:29, s. 358)

3.3 Framtidsbilden och de fyra nycklarna

I diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring* beskrivs beredningens framtidsbild och fyra nycklar till framtiden. Där presenteras också en etisk värdegrund som skall ligga till grund för beredningens överväganden. Värdegrunden betonar både människans värde och människans väl.

Framtidsbilden och de fyra nycklarna är inte formulerade med avseende på vård och omsorg. En principiellt viktig fråga är om mainstreaming och de fyra nycklarna skall tillämpas även inom vård och omsorg, eller om det är andra nycklar som skall tillämpas inom dessa områden. Det är däremot klart att den etiska värdegrunden skall utvecklas och fördjupas under beredningens arbete med vård och omsorg.

- Framtidsbilden

Den framtidsbild som beredningen målar upp handlar om ett samhälle där ålder och äldre blir allt mer ointressanta begrepp. Åldrandet ska ses ur ett livsloppsperspektiv och man ska på ett annat sätt vilja behålla och använda de resurser som man har oavsett ålder. Kunskapen om åldrandets rikedom på variationer, möjligheter till utveckling och påverkan har ökat hos myndigheter, organisationer och företag liksom hos enskilda människor.

I betänkandet ifrågasätts om det behövs en särskild äldrepolitik eller om det skulle vara möjligt att, åtminstone när det gäller den del av äldrepolitiken som gäller människors möjligheter till inflytande, delaktighet och aktivitet, integrera den i de olika politikområden som berörs. Vidare anføres att en sådan mainstreaming inte får leda till att aspekter som gäller åldrande och äldre personer osynliggörs. För att förverkliga framtidsbilden krävs insatser utifrån fyra huvudprinciper.

- Riv ålderstrappan och forma flexibla livslopp

I diskussionsbetänkandet konstaterar beredningen att med *flexibla livsloppsmönster* kan utbildning, arbete, samhällsengagemang och fritid bli parallella spår i alla åldrar och inte bara aktiviteter förknippade med vissa åldrar. Flexibla livsloppsmönster kan bidra till en frigörelse från roller och begränsningar som i dag utgår ifrån uppdelningen av livsloppet i avgränsade fack.

- Bryt åldersbarriärer

Som exempel på att *bryta åldersbarriärer* framförs i diskussionsbetänkandet att negativ särbehandling av äldre är en diskrimineringsgrund bland andra.

- Planera för ett aktivt åldrande

Världshälsoorganisationen WHO betonar att *planering för ett aktivt åldrande* handlar om att skapa bästa möjliga förutsättningar för fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande under livsloppet. Syftet är att öka antalet friska levnadsår, förmågan att skapa olika värden samt livskvalitet i hög ålder. Att vara aktiv betyder i detta sammanhang att fortlöpande vara delaktig i sociala, ekonomiska, andliga, kulturella och medborgerliga frågor.

Planering för aktivt åldrande behöver också fokusera äldre människors rätt till lika möjligheter och jämlika bemötanden i alla delar av livet. Men det aktiva åldrandet är också en fråga för hela samhället och för enskilda människor i alla åldersgrupper. Insatser för att uppnå aktivt åldrande bör minska skillnader mellan kvinnor och män samt mellan socioekonomiska grupper och utformas med uppmärksamhet på förhållandet mellan generationer.

- Stärk ömsesidighet och ansvarstagande över generationsgränser

Den fjärde nyckeln *stärk ömsesidighet och ansvarstagande över generationsgränser* kan ses ur flera perspektiv. En konkret aspekt är att aktivt främja möten och samverkan mellan personer ur olika generationer. Det kan avse såväl inom familj och släkt (familjegenerationer) som med personer som tillhör andra generationer (kohortgenerationer).

En annan aspekt är att stärka och utveckla ömsesidigheten inom områden som är av betydelse för samhällsekonomin och maktstrukturen i samhället.

Flera forskare har i olika sammanhang pekat på risken för generationskonflikter när andelen äldre ökar i samhället. Detta är dock inget nytt. I Sverige och andra länder har det förekommit motsättningar mellan generationer när etablerade former för att säkerställa äldres levnadsvillkor inte längre visat sig hålla för nya ekonomiska, sociala och demografiska påfrestningar. I diskussionsbetänkandet redovisas exempel från 1800-talet på att lagar mot övergrepp mot äldre infördes när trycket på landsbygdens undantagssystem ökade i samband med flera år av missväxt och svält. I städerna ökade samtidigt antalet äldre som inte orkade arbeta och som inte kunde flytta in hos och bli försörjda av sina trångbodda, lågt avlönade barn. Det allmänna pensionssystemet och nya sätt att organisera vård och omsorg blev med tiden lösningar på de problem som ledde till ökade generationsmotsättningar.

4 Demografi och äldres ekonomiska situation

I detta avsnitt redogörs för den demografiska utvecklingen på nationell och regional nivå. Uppgifterna gäller ålderssammansättning, könsfördelning, civilstånd samt ensamboende/samboende bland personer 65 år och äldre samt de äldres ekonomiska situation. Därutöver redovisas uppgifter om äldre med utländsk bakgrund samt några uppgifter om de nationella minoriteterna.

Befolkningsprognoser för åren 2000–2050

Utgångspunkten för redovisningen är Statistiska Centralbyråns (SCB) befolkningsprognos för åren 2001–2050 (SCB 2001).

Enligt SCB kommer befolkningstillväxten under de närmaste 50 åren uteslutande att gälla personer 65 år och äldre. Det innebär att både antalet och andelen äldre kommer att förändras väsentligt. Ålderssammansättningen och könsfördelningen kommer också att förändras.

Under perioden 2000–2030 kommer antalet personer 65 år och äldre att öka med 734 000 personer, vilket är en ökning med 48 procent. Av denna ökning utgör personer 80 år och äldre drygt 40 procent eller 301 000 personer.

Enligt prognosen kommer kvinnors andel av personer 65 år och äldre att minska under prognosperioden. År 2000 var kvinnornas andel ca 58 procent och männens 42 procent. År 2030 beräknas motsvarande andelar vara 54 procent kvinnor och 46 procent män. Förändringen blir ännu större i åldersgruppen 80 år och äldre. Andelen kvinnor i åldern 80 år och äldre var 65 procent år 2000 och beräknas vara 58 procent år 2030.

Tabell 1. Folkmängd åren 1970–2000 och prognos för perioden 2005–2030 för personer 65 år och äldre. Båda könen

År	65–79 år	80–w år	Totalt
1970	923 000	191 000	1 114 000
1980	1 099 000	263 000	1 362 000
1990	1 156 000	370 000	1 526 000
1995	1 128 000	415 000	1 543 000
2000	1 078 000	454 000	1 532 000
2005	1 076 000	488 000	1 564 000
2010	1 229 000	492 000	1 721 000
2015	1 424 000	491 000	1 915 000
2020	1 514 000	525 000	2 039 000
2025	1 502 000	643 000	2 145 000
2030	1 511 000	755 000	2 266 000

Källa: SCB 2001.

Av ovanstående tabell framgår att antalet personer i åldern 65 år och äldre ökade under perioden 1970–1995 för att sedan minska under några år och därefter åter öka fram till år 2030. Antalet personer i åldersgruppen 65–79 år har minskat sedan år 1995 för att återigen börja öka efter år 2005. Antalet personer i åldersgruppen 80 år eller äldre har ökat konstant och kommer att fortsätta öka.

Motsvarande tabell uppdelad på män och kvinnor återfinns i bilaga 1.

Tabell 2. Folkmängd åren 1970–2000 samt prognos för perioden 2005–2030 för personer 80 år och äldre fördelat på åldersgrupper. Båda könen

År	80–84 år	85–89 år	90–94 år	95–w år	Totalt
1970	123 000	52 000	14 000	2 000	191 000
1980	163 000	74 000	22 000	4 000	263 000
1990	220 000	108 000	35 000	7 000	370 000
2000	248 000	140 000	54 000	12 000	454 000
2005	258 000	154 000	61 000	15 000	488 000
2010	242 000	163 000	69 000	18 000	492 000
2015	237 000	157 000	75 000	22 000	491 000
2020	271 000	156 000	74 000	24 000	525 000
2025	362 000	182 000	75 000	24 000	643 000
2030	393 000	248 000	89 000	25 000	755 000

Källa: SCB 2001.

Ovanstående tabell visar att i åldersgruppen 80 år och äldre är det de allra äldsta, dvs. åldersklasserna 90–94 år och 95-w år, som ökar mest under prognosperioden 2005–2030.

Motsvarande tabell uppdelad på kvinnor och män återfinns i bilaga 1.

Medellivslängd

År 2000 var medellivslängden för en nyfödd flicka 82 år och drygt 77 år för en nyfödd pojke. Medellivslängden har under hela 1900-talet varit högre för kvinnor än för män. Under de senaste decennierna har ökningen dock varit större för män än för kvinnor. Denna ökning beräknas fortsätta fram till år 2050 och kommer att påverka "överskottet" på kvinnor i högre åldrar. År 2000 fanns det cirka 100 000 fler kvinnor än män i åldersgruppen 65–79 år, ett antal som enligt prognoserna kommer att sjunka till ca 50 000 i mitten av 2000-talet. I åldersgruppen 80 år och äldre beräknas "överskottet" av kvinnor att öka från 130 000 år 2000 till 160 000 år 2050 (SCB 2001).

Tabell 3. Medellivslängden i Sverige åren 1901–2050. Återstående medellivslängd vid födelsen respektive 65 års ålder

År	Vid födseln		Vid 65 år	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
1901–10	56,7	54,8	13,7	12,8
1911–20	58,4	55,6	13,7	12,8
1921–30	63,2	61	13,8	13,2
1931–40	66,1	63,8	13,6	13,1
1941–50	70,6	68,1	14,3	13,6
1951–60	74,1	70,9	15	13,9
1961–70	76,1	71,7	16,1	13,9
1971–80	78,1	72,3	17,5	14,1
1981–90	79,9	74	18,7	14,9
1991–95	81	75,6	19,4	15,7
2000	82	77,4	20,1	16,7
2010	83,4	78,7	21,1	17,6
2020	84,4	80	21,8	18,4
2030	85,2	81	22,5	19,1
2040	86	82	23	19,8
2050	86,5	82,6	23,5	20,3

Källa: SCB 2001.

Familjerelationer

För en äldre person utgörs oftast familjen av make/maka eller sambo. Under de senaste tre–fyra decennierna har mönstren för familjebildning förändrats, vilket på sikt kommer att påverka äldres livssituation.

Civilstånd och om en person är ensamboende eller sammanboende är faktorer som visat sig ha stor betydelse för behov av vård och omsorg. Uppgifter om en persons civilstånd ger i dag bara till viss del information om en person är ensamboende eller sammanboende. I det följande redovisas befolkningens civilstånd år 2001 i åldern 45–w år.

Tabell 4. Civilstånd i åldern 45–w år fördelade efter kön och ålder. Procent. Hela riket

<i>Kön/Ålder</i>	<i>Ogifta</i>	<i>Gifta</i>	<i>Änkling/Änka</i>	<i>Frånskilda</i>
<i>Män</i>				
45–54 år	25,1	57,9	0,6	16,4
55–64 år	13,8	65,7	2,1	18,5
65–74 år	10,0	69,4	6,6	14,0
75–84 år	9,2	64,9	17,6	8,2
85–89 år	8,8	50,8	35,4	4,9
90–w år	8,6	34,6	53,2	3,6
<i>Kvinnor</i>				
45–54 år	17,5	60,6	2,0	19,8
55–64 år	8,6	63,2	7,2	21,0
65–74 år	6,0	55,6	23,3	15,1
75–84 år	6,4	33,4	50,6	9,6
85–89 år	7,8	12,9	72,3	6,9
90–w år	10,6	4,6	79,3	5,4

Källa: SCB 2002.

Andelen ensamboende och sammanboende i hela befolkningen undersöktes senast vid Folk- och bostadsräkningen år 1990. Därefter har man med hjälp av undersökningen om levnadsförhållanden (ULF), som är en urvalsundersökning, skattat antalet sammanboende ej gifta. ULF-undersökningarna omfattar personer i åldern 16–84 år, varför uppgifter om personer 85 år och äldre saknas (SCB 2002).

Tabell 5. Sammanboende och ensamboende i åldern 45–84 år fördelade efter kön och ålder enligt Undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) år 2001. Procent. Hela riket

Kön/Ålder	Ensamboende	Sammanboende	Totalt
<i>Män</i>			
45–54 år	27	73	100
55–64 år	23	77	100
65–74 år	27	73	100
75–84 år	36	64	100
<i>Kvinnor</i>			
45–54 år	23	77	100
55–64 år	27	73	100
65–74 år	43	57	100
75–84 år	65	35	100

Källa: SCB 2002.

Som framgår av tabell 5 är de flesta män sammanboende t.o.m. 84 års ålder. De flesta kvinnor är sammanboende upp t.o.m. åldersgruppen 65–74 år, medan två–tredjedelar är ensamboende i åldersgruppen 75–84 år.

En jämförelse mellan tabell 4 och tabell 5, för de åldersgrupper som återfinns i båda, visar att det enbart för åldersgruppen 75–84 år förefaller finnas ett klart samband mellan andelen gifta och andelen sammanboende. För personer i åldrarna 45–74 år finns det en betydligt lägre samstämmighet mellan civilstånd och om personen är ensamboende eller sammanboende.

Det finns också tecken på att sårbarrelationer ökar bland yngre äldre (Borell 2001 och Borell & Ghazanfaraeeon 2001). Internationella studier pekar på att det finns en viktig social könsskillnad. Ensamstående män i 60- och 70-årsåldern är intresserade av att etablera mer konventionella relationer medan kvinnorna däremot vill prova andra former för intimitet, utan de åtaganden och bindingar som är typiska för äktenskapet. Ett forskningsprojekt som berör dessa frågor har inletts vid Mitthögskolan. En pilotstudie som genomförts i Jämtland inför detta forskningsprojekt tyder på att det för kvinnor i 60- och 70-årsåldern kan vara viktigt att behålla det egna hemmet för att balansera behoven av intimitet och avskildhet. För några av de intervjuade kvinnorna innebär särboendet också ett slags skydd mot förväntningar om att bistå

partnern som anhörigvårdare, särskilt i förhållande till den kommunala vården och omsorgen. Särboendet är ännu inte särskilt utbrett. Uppskattningsvis 4 procent av svenskarna lever i särrelationer. Uppgifterna är osäkra, men andelen förefaller vara störst bland yngre äldre.

Barn

Barn är de anhöriga, som utöver make/maka och sambo, ger mest omsorg (Socialstyrelsen 1994, 2000a, 2002c, Lagergren m.fl. 2002 och Rahm Hallberg m.fl. 2002). Det är i första hand döttrar och svärdöttrar som är omsorgsgivare (Szebehely 2000 och Socialstyrelsen 2002c).

Andelen äldre som inte har barn har förändrats över tiden. Uppgifter från SCB:s Flergenerationsdatabas visar att 16 procent av kvinnorna födda år 1925 var barnlösa, 12 procent bland kvinnor födda år 1947 och 15 procent av kvinnorna födda år 1956. Motsvarande siffror för män är 23 procent bland män födda år 1925, 18 procent bland män födda år 1947 och 23 procent av männen födda år 1956. Av detta följer att en hög andel kommer att ha barn bland dem som går i pension under de närmaste tio åren, med en viss minskning därefter. En aktuell undersökning från AMF visar att av personer i åldern 62–70 år har 90 procent barn, 77 procent barnbarn och 10 procent saknar både barn och barnbarn (Socialstyrelsen 2002c).

Under första delen av 1900-talet var antalet barn i en barnkull i genomsnitt fler än i dag. Det har ofta tolkats som att de flesta hade många syskon. Fakta bakom visar att i genomsnitt hade man fler syskon, samtidigt som många fler helt saknade syskon. Andelen enda barn minskar stadigt i befolkningen. Som exempel kan nämnas att cirka 6 procent av dagens 20-åringar saknar syskon jämfört med cirka 13 procent bland medelålders personer (Socialstyrelsen 2002c).

Andelen personer i åldern 45–59 år som hade minst en förälder kvar i livet var 35 procent år 1981 och 58 procent år 2002. En annan undersökning visar att av personer i åldersgruppen 46–55 år hade 83 procent minst en förälder kvar i livet och 58 procent i åldersgruppen 56–64 år. Av personer i åldern 65–74 år hade 5 procent minst en förälder kvar i livet (Socialstyrelsen 2002c).

En uppgift som är av intresse är hur långt avståndet är mellan äldre personer och deras närmast boende barn. Uppgifter för personer i åldern 75–w år redovisas i tabell 6.

Tabell 6. Avstånd för personer i åldern 75–w år till närmast boende barn år 2000. Procent

<i>Avstånd till närmast boende barn</i>	<i>Andel</i>
Bor i samma bostad	2
0–15 km	51
16–54 km	15
55–150 km	5
> 150 km	10
Barnlös	17
<i>Summa</i>	<i>100</i>

Källa: Socialstyrelsen 2000a.

Med antalet barn ökar möjligheten att ha ett barn som bor nära. SCB:s Flergenerationsdatabas visar att den som har tre barn eller fler nästan dubbelt så ofta har ett barn boende i närheten som den som bara har ett barn. De regionala skillnaderna är små, dvs. äldre i glesbygd har nästan lika ofta något barn boende nära som äldre i tätorter eller större. Det är dock fler i glesbygd som har barnet(en) mycket långt bort. Det är relativt vanligt att akademiker, tjänstemän m.fl. i genomsnitt har barnen boende på långt avstånd (Socialstyrelsen 2002c).

Utrikes födda

Av alla personer som var 50 år och äldre och bosatta i Sverige den 31 december 1999 var knappt 300 000 födda i andra länder. Dessa 300 000 personer var födda i 203 länder, vilket kan ge en bild av hur svårt det är att beskriva invandrare eller äldre invandrare som en enhetlig grupp. Av dessa 300 000 personer var 60 procent i åldern 50–64 år. Andelen kvinnor är större än män i alla åldersgrupper. I de allra äldsta åldersgrupperna är skillnaden mycket stor. Av de utrikes födda i åldersgruppen 80 år och äldre är drygt 70 procent kvinnor.

Tabell 7. Utrikes födda personer 50 år och äldre, som var bosatta i Sverige den 31 december 1999

Ålder	Kvinnor	Män	Totalt
50–64 år	92 400	85 800	178 200
65–79 år	60 800	38 400	99 200
80–w år	13 900	5 400	19 300
Totalt	167 100	129 600	296 700

Källa: Integrationsverket 2002.

Den största gruppen personer är födda i Finland. Andra stora grupper är födda i Tyskland, Norge och Danmark. Antalet personer från andra europeiska länder och från andra icke-europeiska länder är betydligt färre, med undantag av dem som var födda i Jugoslavien. Andelen män och kvinnor varierar mycket i de olika grupperna, från 68 procent kvinnor bland personer födda i Polen till 38 procent bland personer födda i Etiopien.

Tabell 8. De tjugo största invandrargrupperna i åldern 50 år och äldre i Sverige och andelen män och kvinnor (procent) den 31 december 1999

Land	Antal totalt	Andel män	Andel kvinnor
Finland	116 700	42	58
Tyskland	25 400	42	58
Norge	23 900	37	63
Danmark	22 800	51	49
Jugoslavien	22 600	52	48
Polen	14 900	32	68
Bosnien-Hercegovina	10 900	45	55
Ungern	8 600	55	45
Iran	8 100	50	50
Turkiet	6 700	49	51
Chile	5 700	46	54
Irak	5 100	55	45
USA	4 900	49	51
Grekland	4 900	61	39
Storbritannien	4 100	60	40
Rumänien	3 700	45	55
Syrien	2 300	51	49
Libanon	1 900	53	47
Indien	1 287	59	41
Etiopien	895	62	38

Källa: Integrationsverket 2002.

Fördelningen på länder och kön är likartad när det gäller utrikes födda personer i åldern 65–79 år. De flesta har bott många år i Sverige, men tabell 9 visar att det även finns grupper där de flesta vistats bara några år i Sverige. Särskilt gäller det personer som kommit från krigsdrabbade områden.

Tabell 9. Antal år sedan invandringen* för personer i åldersgruppen 65–79 år som var bosatta i Sverige den 31 december 1999. Procent

Land	0–2	3–5	6–9	10–19	20–w
Finland	0,5	0,5	0,5	2	97
Tyskland	1	1	0,5	1	96
Norge	1	1	1	3	94
Danmark	1	1	1	0,5	95
Jugoslavien	2	11	10	8	69
Polen	1	4	7	18	69
Bosnien-Hercegovina	6	78	16	0	1
Ungern	0,5	1	2	3	93
Iran	4	13	29	52	2
Turkiet	2	8	12	22	45
Chile	3	6	14	56	21
Irak	22	30	30	14	4
USA	2	2	2	3	92
Grekland	3	2	3	10	83
Storbritannien	2	3	2	10	82
Rumänien	2	9	19	35	35
Syrien	4	10	31	43	13
Libanon	3	8	31	41	16
Indien	2	9	14	17	58
Etiopien	1	16	38	26	20

* Utgår från året för senaste invandring till Sverige. För personer som invandrat före år 1968 finns ingen uppgift om invandringsår.

Källa: Integrationsverket 2002.

Av äldre som är utrikes födda bor relativt många i kommuner med ett mycket litet antal personer i samma åldersgrupp och från samma land. I omkring 30 procent av landets kommuner bodde det den 31 december 1999 1–4 personer i åldersgruppen 65–79 år som var födda i Bosnien-Hercegovina. I drygt 20 procent av kommunerna bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Turkiet, och i ungefär lika många kommuner bodde det 1–4 personer i åldersgruppen 65–79 år som var födda i Irak.

Enligt uppgifter från Integrationsverket (2002) var de flesta utrikes födda personerna i åldersgruppen 65–79 år som bodde i Sverige den 31 december 1999 gifta. Det gäller särskilt personer från Sydeuropa och icke-europeiska länder, som t.ex. Bosnien-Hercegovina, Grekland, Iran, Turkiet, Syrien, Libanon, Indien och Etiopien. Andelen varierar mellan 65–76 procent. Att vara skild var vanligast bland personer födda i nordeuropeiska länder.

Nationella minoriteter

I regeringens proposition Nationella minoriteter i Sverige (prop. 1998/99:143) redovisas ungefärliga uppgifter om hur många som ingår i de fem nationella minoriteterna. Det finns inga uppgifter om köns- eller åldersfördelning.

Samer	15 000–20 000
Sverigefinnar	ca 450 000
Tornedalingar	ca 50 000
Romer	15 000–20 000
Judar	ca 25 000

Äldres ekonomiska situation

Ett annat område som också diskuteras i anslutning till den demografiska utvecklingen är de äldres ekonomiska situation.

Det är egentligen inte möjligt att uttala sig om *äldregruppens* ekonomiska situation, vare sig i dag eller i framtiden. Äldregruppen omfattar flera generationer samtidigt, och den äldres ekonomiska situation är i olika avseenden knuten till vilken generation en person hör till. Det innebär att skillnader mellan generationerna kommer att få genomslag under längre tid och i högre åldrar än vad vi varit vana vid i Sverige. Skillnader mellan kvinnor och män, olika socioekonomiska grupper och mellan invandrare och personer som är födda i Sverige kommer sannolikt också att bli större och tydligare (SOU 2002:29).

Socialdepartementets analys av pensionärernas ekonomiska situation under 1990-talet visade på stora skillnader beroende på om jämförelsen gjordes utifrån ett individperspektiv eller ett

grupperspektiv (Ds 1999:5 och Ds 2002:14). SCB (2000) har bl.a. studerat effekterna på inkomst och levnadsförhållanden för den make som blir änka/änkeman. Störst blir konsekvenserna för kvinnor som ofta har lägre pensioner än män och en högre medellivslängd.

Andelen pensionärer med de lägsta inkomsterna har successivt minskat och under 1990-talet fanns de huvudsakligen bland de allra äldsta pensionärerna. Pensionärernas inkomstnivå och inkomstspridning har varit mindre än i den övriga befolkningen under 1990-talet, men en utjämning är på väg i förhållande till den förvärvsaktiva befolkningen. Det innebär att den jämna inkomstfördelningen bland de äldre troligen kommer att ersättas med en fördelning med betydligt större spridning. Inte minst kan inkomtskillnader mellan kvinnor och män komma att få ökat genomslag efter pensioneringen. Jämfört med ensamstående män har kvinnor cirka 15 procent lägre inkomster, vare sig de är gifta, samboende eller ensamstående. Även icke-nordiska invandrare har en lägre inkomst, liksom egenföretagare och jordbrukare. De regionala skillnaderna är inte heller obetydliga. De högsta inkomstnivåerna finns i Stockholm och de lägsta i den norrländska glesbygden (SOU 2002:29).

Morgondagens pensionärer kommer i genomsnitt att ha en relativt god inkomststandard. Samtidigt kommer det fortfarande att finnas en grupp som huvudsakligen blir beroende av den offentliga garantipensionen. Det är inte möjligt att förutsäga hur stor denna grupp blir. Många av de pensionärer som i dag bara har garantipension kommer dock att finnas i denna grupp ännu under många år. Det beror bl.a. på att fler kvinnor än män ingår i denna grupp och att kvinnor i genomsnitt lever längre än män (SOU 2002:29).

För att garantera den grundläggande försörjningen för alla personer som är 65 år och äldre införs ett äldreförsörjningsstöd från den 1 januari 2003 (prop. 2000/01:136). Det statliga stödet är ekonomiskt behovsprövat och kommer att administreras av de allmänna försäkringskassorna. De flesta som kommer att beviljas detta stöd är personer som invandrat till Sverige i vuxen ålder och som inte hinner kvalificera sig för en pension som är möjlig att leva på. Det kommer även att finnas några andra äldre som kan beviljas stöd enligt lagen om äldreförsörjningsstöd (2001:853). Det gäller de äldre som har så låga inkomster att de understiger de nivåer som ger rätt till äldreförsörjningsstöd.

Regionala och lokala skillnader

Det är stora skillnader när det gäller ålderssammansättningen mellan kommuner och regioner. Den kommun i landet som hade högst andel personer i åldern 65 år och äldre den 31 december 2001 var Bjurholms kommun i Västerbottens län med knappt 30 procent. Håbo kommun i Uppsala län hade den lägsta andelen, knappt 8,5 procent, i samma åldersgrupp. Riksgenomsnittet var 17,2 procent. En jämförelse av andelen personer i åldern 80 år och äldre visar att Dorotea kommun i Västerbottens län var den kommun som hade högst andel, 8,9 procent. Håbo kommun i Uppsala län var den som hade lägst andel, 1,6 procent. För riket var motsvarande siffra 5,2 procent (SCB 2002).

Vid diskussioner om framtidens vård och omsorg är det inte enbart antalet och andelen äldre som är intressant, utan även befolkningens storlek och personer i förvärvsaktiv ålder i respektive kommun och län. Flera prognoser pekar på en fortsatt inflyttning till storstadsområdena under de närmaste 20 åren. I Landstingsförbundets rapport *Kan hela Sverige leva – Tre scenarier för länens befolkningsutveckling till 2030* (Landstingsförbundet 2000) analyseras den förväntade befolkningsutvecklingen i länen. I det scenario som betraktas som det mest sannolika väntas alla län utom Hallands, Skåne, Stockholms, Uppsala och Västra Götalands län minska sin befolkning fram till år 2030.

Även länens åldersstruktur förändras under den närmaste trettioårsperioden. Förändringen blir också ganska olika mellan länen. Det beror dels på att dagens åldersstruktur ser olika ut, dels på hur olika åldersgrupper påverkas av in- och utflyttningar. Förändringarna i antalet döda och antalet födda har också stor betydelse. Enligt denna rapport kommer antalet personer i åldern 65 år och äldre att öka med 47 procent i hela Sverige. Ökningen kommer att bli störst i de län som i dag har en ung befolkning – t.ex. Hallands och Stockholms län – medan den blir minst i län som i dag har en hög andel äldre – t.ex. Dalarnas och Kalmar län. Av de län som i dag har den högsta andelen äldre kommer flertalet även att ha det om 30 år.

Andelen personer i landet mellan 0–19 år och 20–64 år antas minska med några procent fram till år 2030. Skåne, Stockholms och Uppsala län är de län som antas få en ökning av personer i dessa åldrar. Alla andra län väntas minska sin befolkning i dessa ålders-

grupper. Minskningen är störst i Dalarnas, Kalmar, Norrbottens och Värmlands län.

I rapporten *Befolkningsutvecklingen fram till år 2010 och därefter* (SOU 2000:36, rapport 19) till den Regionalpolitiska utredningen analyseras befolkningsutvecklingen i Sveriges 109 lokala arbetsmarknader (LA). En lokal arbetsmarknad består oftast av flera kommuner som bildar gemensamma pendlingsregioner. De lokala arbetsmarknaderna delas in i nio regionfamiljer som liknar varandra sinsemellan när det gäller folkmängd, näringsstruktur och tillgång till högskola. Regionfamiljerna är Stockholmsregionen, Göteborgsregionen, Malmöregionen, högskoleregioner, övriga regionala centrum, större tjänsteregioner, små industriregioner, små tjänsteregioner och större industriregioner.

I rapporten presenteras sex scenarier med olika antaganden om flyttningsströmmar mellan LA fram till år 2030. Av de 109 lokala arbetsmarknaderna får 73 LA en minskning av befolkningen oavsett antagande. De tre storstadsregionerna kommer att fortsätta öka sin befolkning enligt samtliga antaganden. Förutom storstadsregionerna förväntas även högskoleregionerna öka sin befolkning. Alla andra regionfamiljer får sammantaget en minskande befolkning i de olika scenarierna.

Detta resultat beror inte bara på flyttströmmarna. I rapporten finns ett scenario med det realistiska antagandet att ingen flyttning sker mellan LA. Även i detta scenario ökar befolkningen i de tre storstadsregionerna och i högskoleregionerna, medan befolkningen i övriga regioner minskar. Detta beror på att åldersstrukturen i de sistnämnda regionerna är ogynnsam med få kvinnor i barnafödande åldrar.

Andelen av befolkningen i åldersgruppen 20–64 år förväntas minska från 58,5 procent år 1999 till 54,8 procent år 2030. Av tabell 10 framgår skillnaderna mellan de olika regionfamiljerna.

Tabell 10. Andel av befolkning i åldersgruppen 20–64 år i regionfamiljer åren 1999, 2010 samt 2030

	1999	2010	2030
Stockholm	61,9	61,2	58,2
Göteborg	59,9	59,9	56,9
Malmö	59,2	58,9	56,1
Högskoleregioner	58,5	58,4	54,9
Regionala centrum	57,5	57,1	53,0
Större industriregioner	56,3	55,7	51,2
Större tjänsteregioner	56,5	56,0	51,2
Mindre industriregioner	55,3	54,7	49,0
Mindre tjänsteregioner	54,7	54,3	47,9
Sverige	58,4	58,3	54,8

Källa: SOU 2000:36, rapport 19.

År 1999 varierade andelen personer i befolkningen i åldersgruppen 20–64 år med 11 procent mellan den LA som hade högst respektive lägst andel (Stockholm respektive Dorotea). Enligt rapporten kan skillnaderna år 2030 mellan den LA med högst respektive lägst andel (Stockholm respektive Laxå) nästan ha fördubblats, till 20 procent.

5 Vård och omsorg om äldre i dag

För att kunna diskutera framtidens vård och omsorg om de äldre är det viktigt med en beskrivning av hur dagens vård och omsorg om de äldre ser ut. Situationen kan beskrivas på många sätt och med utgångspunkt i uppgifter från olika källor. Det sistnämnda innebär att uppgifterna i vissa avseenden inte är jämförbara med varandra och inte heller kan summeras.

I detta faktaunderlag behandlas de två områden inom vård och omsorg som är av störst betydelse för äldre människor generellt, äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Däremot omfattas inte områden som berör alla åldersgrupper, t.ex. tandvård och läkemedel. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) tas inte heller upp i detta sammanhang.

Generellt kan konstateras att det finns stora brister när det gäller den statistik som finns tillgänglig när det gäller vård och omsorg om äldre. Som exempel på brister kan nämnas:

- Statistiken utgörs i princip enbart av tvärsnittundersökningar, vilket innebär att man undersöker hur många som t.ex. får hemhjälp vid en given tidpunkt.
- Det finns få longitudinella undersökningar, dvs. undersökningar där man under en längre tid studerar t.ex. en individs behov av och nyttjande av vård och omsorg.
- Statistiken beskriver i de flesta fall hur situationen ser ut i något avseende, men oftast utan att förklara det observerade eller peka på orsakssamband.
- Det splittrade ansvaret för statistik inom vård- och omsorgsområdet gör det inte möjligt att få en bild av en äldre persons nyttjande av olika former av vård och omsorg.
- Nationell statistik saknas när det gäller öppen hälso- och sjukvård.
- Statistiken är i vissa fall inte uppdelad på ålder och kön.
- Det saknas enhetliga begrepp på nationell nivå, vilket i många fall gör det svårt med jämförelser.

5.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) reglerar landstingens och kommunernas skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I detta ingår rehabilitering. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att vården ska vara av god kvalitet, vara trygg och säker för patienten, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Sjukvård tillhandahålls dels i slutenvård, dels i öppen vård. Det sistnämnda kan vara dels öppenvård vid kliniker vid sjukhus, dels inom primärvården.

Kommunerna är ansvariga för hälso- och sjukvården i alla särskilda boendeformer och i dagverksamheter enligt socialtjänstlagen. Landsting och kommun kan även komma överens om att kommunen är ansvarig för hälso- och sjukvård i ordinärt boende (hemsjukvård). Kommunernas ansvar omfattar inte hälso- och sjukvård som ges av läkare. Den kommunala hälso- och sjukvården är en del av primärvården.

År 2002 var kommunerna ansvariga för hemsjukvården i ordinärt boende i 143 av landets 289 kommuner (Svenska Kommunförbundet 2002a). Det är vanligt att ansvaret för hemsjukvården avgränsas i avtalen mellan landsting och kommuner. Ungefär hälften av de kommuner som tagit över hemsjukvården har en sådan avgränsning. De vanligaste avgränsningarna är att kommunerna endast ansvarar för hemsjukvården vid långvarigt behov och att ansvaret endast omfattar patienter från en viss ålder och uppåt (Svenska Kommunförbundet 2002b).

Socialtjänstlagen (2001:453, SoL) reglerar kommunernas ansvar för hela socialtjänsten vilket omfattar bl.a. äldreomsorgen. Målet för socialtjänsten beskrivs i den s.k. portalparagrafen och innebär att socialtjänsten på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Utöver individinriktade insatser ska socialtjänsten arbeta med allmänt inriktade insatser och strukturinriktade insatser. Öppna dagcentraler för äldre människor är ett exempel på allmänt inriktade insatser och deltagande i samhällsplaneringen ett exempel på strukturinriktade insatser.

Den enskilde har under vissa förutsättningar rätt till bistånd för sin försörjning eller livssituation om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Socialtjänsten har också ett i lagstiftningen uttalat yttersta ansvar för att de personer som vistas i kommunen får sina behov tillgodosedda. Det innebär inte någon inskränkning i andra huvudmäns ansvar, men kan innebära att socialtjänsten måste bistå en person i avvaktan på att annan huvudman tar sitt ansvar.

5.2 Äldreomsorg enligt socialtjänstlagen

Omfattningen år 2001

Kommunernas äldreomsorg enligt socialtjänstlagen omfattar många olika insatser varav flertalet kan ges i såväl ordinärt som särskilt boende. Hemtjänst i ordinärt boende respektive boende i särskilt boende med hemtjänst är de två vanligaste formerna av hjälp. Den 1 oktober 2001 var totalt 240 300 personer 65 år och äldre beviljade någon av dessa två insatser. Av dessa var 26 procent i åldern 65–79 år och 74 procent 80 år och äldre. Av de som mottog hjälp var 70 procent kvinnor och 30 procent män.

Den 1 oktober 2001 var sammanlagt 121 700 personer 65 år och äldre beviljade hemhjälp i ordinärt boende. Av dessa var nära 70 procent 80 år och äldre.

Tabell 11. Antal och andel (procent) av befolkningen 65 år och äldre med hemhjälp i ordinärt boende den 1 oktober 2001

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
65–79 år	23 405	4,2	13 520	2,8	36 925	3,6
80–w år	62 268	20,8	22 548	13,7	84 816	18,3
65–w år	85 673	9,7	36 068	5,5	121 741	7,9

Källa: Socialstyrelsen 2002h.

Inom åldersgruppen 80 år och äldre var det stora skillnader när det gäller andelen i olika åldersklasser och mellan könen som var beviljade hemhjälp i ordinärt boende, vilket framgår av tabell 12.

Tabell 12. Antal och andel (procent) av befolkningen 80 år och äldre med hemhjälp i ordinärt boende den 1 oktober 2001, fördelade på femårsklasser och kön

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
80–84 år	23 398	15,0	9 568	9,5	32 966	12,9
85–89 år	23 478	25,0	8 288	17,6	31 766	22,6
90–w år	15 392	31,0	4 692	27,2	20 084	30,0
80–w år	62 268	20,8	22 548	13,7	84 816	18,3

Källa: Socialstyrelsen 2002h.

Den 1 oktober 2001 var 118 600 personer 65 år och äldre permanent boende i särskilt boende. Av dessa var drygt 78 procent 80 år och äldre.

Tabell 13. Antal och andel (procent) av befolkningen 65 år och äldre som var permanent boende i särskilt boende den 1 oktober 2001

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
65–79 år	14 955	2,6	10 859	2,3	25 814	2,5
80–w år	68 215	22,8	24 592	14,9	92 807	20,0
65–w år	83 170	9,5	35 451	5,4	118 621	7,7

Källa: Socialstyrelsen 2002h.

Det var stora skillnader inom åldersgruppen 80 år och äldre när det gäller andelen i olika åldersklasser och mellan könen som bodde permanent i särskilt boende, vilket framgår av tabell 14.

Tabell 14. Antal och andel (procent) av befolkningen 80 år och äldre som var permanent boende i särskilt boende den 1 oktober 2001, fördelade på femårsklasser och kön

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
80–84 år	19 011	12,2	8 837	8,8	27 848	10,9
85–89 år	24 847	26,5	9 125	19,4	33 972	24,1
90–w år	24 357	49,0	6 630	38,4	30 987	46,3
80–w år	68 215	22,8	24 592	14,9	92 807	20,0

Källa: Socialstyrelsen 2002h.

Den 1 oktober 2001 var 8 500 personer i åldern 65 år och äldre beviljade korttidsboende och av dessa var 55 procent kvinnor.

Vid samma tidpunkt var 14 300 personer i åldersgruppen 65 år och äldre beviljade behovsprövad dagverksamhet. Av dessa var drygt 64 procent kvinnor. Denna form av hjälp beviljas äldre som bor såväl i ordinärt boende som särskilt boende. Knappt 65 procent bodde i ordinärt boende.

Inom ramen för kommunernas hemtjänst enligt socialtjänstlagen finns förutom hemhjälp även insatser som matdistribution, trygghetslarm, avlösarservice, och ledsagarservice. Dessa former av insatser ingår inte i den offentliga statistiken.

Uppgifter från kartläggningar i Härryda kommun och Jönköpings kommun visar att det är ett stort antal äldre som nås av andra insatser än hemhjälp från hemtjänsten (Johansson & Sundström 1999 och Sundström & Samuelsson 2001).

Variationer mellan kommunerna år 2001

Variationerna mellan kommunerna är stora när det gäller andelen äldre som får hemtjänst i ordinärt boende eller bor i en särskild boendeform. I den kommun (Salem) där andelen är lägst fick 8 procent av befolkningen över 65 år någon av dessa insatser, medan motsvarande siffra för kommunen (Vilhelmina) med högst andel var 25 procent. Medelvärdet för riket var 15 procent (Socialstyrelsen 2002e).

En jämförelse mellan kommunerna av hur många som får hemtjänst i ordinärt boende eller bor i en särskild boendeform visar på mycket stora skillnader.

Tabell 15. Jämförelse mellan kommuner av andelen personer 65 år eller äldre med hemtjänst i ordinärt boende respektive boende i en särskild boendeform. Procent

<i>Insats</i>	<i>Andel personer 65 år eller äldre</i>		
	<i>Minimivärde</i>	<i>Medianvärde</i>	<i>Maxvärde</i>
Hemtjänst i ordinärt boende	4	7	15
Särskilt boende	4	8	15

Källa: Socialstyrelsen 2002e.

Skillnaderna är ännu större vid en jämförelse mellan kommunerna där man utgår från andelen personer i olika åldersgrupper som får de olika insatserna, vilket framgår av tabell 16 och 17.

Tabell 16. Jämförelse mellan kommuner av andelen av befolkningen i respektive åldersgrupp med hemtjänst i ordinärt boende. Procent

	<i>Minimivärde</i>	<i>Medianvärde</i>	<i>Maxvärde</i>
65–79 år	1	3	8
80–89 år	7	16	33
90–w år	7	27	71
Hela riket (ovägt medelvärde)	3	16	28

Källa: Socialstyrelsen 2002e.

Tabell 17. Jämförelse mellan kommuner av andelen av befolkningen i respektive åldersgrupp boende i särskilt boende. Procent

	<i>Minimivärde</i>	<i>Medianvärde</i>	<i>Maxvärde</i>
65–79 år	1	2	5
80–89 år	8	16	33
90–w år	25	48	80
Hela riket (ovägt medelvärde)	2	16	48

Källa: Socialstyrelsen 2002e.

Det kan finnas brister i kvaliteten på statistiken, som medför att skillnaderna mellan kommuner med de lägsta och högsta värdena förefaller vara ännu större än vad de är. Vid en granskning av Svenska Kommunförbundet (Svenska Kommunförbundet 1999c) minskade skillnaderna betydligt, men de var fortfarande stora i vissa fall.

Hjälp någon gång efter 65 år

Som nämnts i inledningen till avsnitt 5 finns stora brister när det gäller statistik avseende vård och omsorg. De tidigare redovisade uppgifterna om antal och andel som får insatser från kommunens äldreomsorg avser förhållandet vid en given tidpunkt. Däremot är kunskaperna om hur många äldre som någon gång får hjälp från äldreomsorgen mycket begränsade. I det följande redovisas en jämförelse av två studier från olika tidsperioder och som omfattar dels en del av en kommun, dels en hel kommun.

Sundström och Samuelsson (2001) har med stöd av dessa studier gjort en jämförelse av hur många äldre som förr eller senare får hjälp från äldreomsorgen. Resultatet visar att det är stor skillnad mellan hur många som får hjälp vid en viss tidpunkt och hur många som får hjälp någon gång. I en undersökning i Dalby (del av Lunds kommun) följde man de som blev pensionärer (67 år) åren 1969–1970 fram till dess de allra flesta avlidit år 1994–1995. Resultatet visar att 53 procent hade hjälp från kommunens äldreomsorg i någon form, under kortare eller längre tid, innan de avled. I denna studie har man också identifierat tio mönster för hur behov av omsorg utvecklas. Fyra av dessa mönster är vanligast och täcker nio av tio individer.

När den äldre avlider har han eller hon

- 1) inte fått någon form av äldreomsorg innan (47 procent)
- 2) fått hemhjälp innan (14 procent)
- 3) haft hemhjälp innan flyttning till institution/särskilt boende (16 procent)
- 4) flyttat till institution/särskilt boende utan att ha haft hemhjälp innan (11 procent).

I en annan studie följde man personer 80 år eller äldre i Jönköping vid två tillfällen, år 1996 och år 1998. Den visade att år 1996 hade 30 procent hemhjälp och 25 procent år 1998. Däremot hade 41 procent haft hjälp någon gång under tvåårsperioden.

Resultatet av studien i Jönköping visar också att trefjärdedelar av de som avlidit under perioden hade fått hemhjälp eller bott i särskilt boende innan de avled. De flesta hade också fått hemhjälp innan flyttningen till särskilt boende. Nästan alla hade fått hjälp från offentlig vård och omsorg, om man också inkluderar distriktsköterskebesök eller annan hemsjukvård. Det finns också personer som får insatser från hemsjukvården men som inte får insatser från äldreomsorgen.

Med dessa studier som bakgrund drar Sundström & Samuelsson slutsatsen att andelen äldre som fick insatser från äldreomsorgen vid en given tidpunkt var lägre under senare delen av 1990-talet medan andelen äldre som fick hjälp någon gång var högre om man jämför med situationen 10–20 år tidigare.

Insatser för personer med utländsk bakgrund och nationella minoriteter

Under våren 2002 genomförde Svenska Kommunförbundet (Svenska Kommunförbundet 2002c) en enkätundersökning avseende äldreomsorg till äldre personer med utländsk bakgrund samt nationella minoriteter. Av de 252 kommuner som besvarade enkäten uppgav 47 procent att de hade någon äldre person med särskilda behov på grund av etnisk tillhörighet. Ytterligare 8 procent uppgav att behovet kommer att finnas inom en snar framtid.

I 115 kommuner tillhandahöll man personal som talade den äldres hemspråk och 99 kommuner hade personal med kulturkompetens. I 104 kommuner fanns möjlighet att få särskild kost

lagad/levererad och i 22 kommuner fanns aktiviteter anpassade till personer med utländsk bakgrund.

Kommunerna fick också ange om de hade några verksamheter som var speciellt avsedda eller anpassade för olika grupper med utländsk bakgrund eller etnisk tillhörighet samt om någon sådan planerades.

Tabell 18. Antal kommuner med verksamheter speciellt avsedda eller anpassade för olika grupper med utländsk bakgrund och nationella minoriteter

<i>Verksamhet</i>	<i>Våren 2002</i>	<i>Planeras</i>
Särskilt boende	20	5
Hemtjänst	14	32
Dagverksamhet	17	3
Förebyggande verksamhet	5	37
Anhörigstöd	27	5

Källa: Svenska Kommunförbundet 2002c.

Våren 2002 hade 20 kommuner ett eller flera särskilda boenden för grupper av äldre med utländsk bakgrund. Vanligast är boenden för finsktalande äldre, som fanns i 17 kommuner. I 3 kommuner fanns boenden med flerkulturell inriktning.

I Stockholm driver judiska församlingen ett särskilt boende för äldre judar (Svenska Kommunförbundet 2002c) och hemtjänst för äldre judar. Det finns även ett särskilt boende för judar i Göteborg (prop. 1998/99:143). I Jokkmokks kommun finns ett särskilt boende för äldre samer (Svenska Kommunförbundet 2002c).

I rapporten *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige* redovisade Socialstyrelsen (2001h) en kartläggning av och exempel på hur olika kommuner organiserar och genomför äldreomsorg för finsktalande.

5.3 Hälsa- och sjukvård för äldre

I december 2001 överlämnade Socialstyrelsen *Hälsa- och sjukvårdsrapport 2001* (Socialstyrelsen 2001b) till regeringen. Rapporten har publicerats vart tredje år sedan år 1995 och ska, tillsammans med Hälsa- och sjukvårdsstatistiska årsboken (Socialstyrelsen 2001c),

ge en bild av förhållandena inom hälso- och sjukvården på nationell nivå.

I Hälso- och sjukvårdsrapporten konstaterar Socialstyrelsen att utvecklingen inom hälso- och sjukvården under 1990-talet, ur de äldres perspektiv, uppvisar en kluven bild. Äldre har fått tillgång till mer avancerade vård- och behandlingsmöjligheter, samtidigt som sjukvårdshuvudmännen inte kunnat säkra deras tillgång till grundläggande vård och omsorg. De allt kortare vårdtiderna inom akutsjukvården, snabba utskrivningar och brister i samarbetet mellan huvudmännen och mellan olika vårdnivåer och professioner, har under 1990-talet skapat en otrygghet hos många sköra och kroniskt sjuka människor, som är beroende av en lättillgänglig och säker vård och omsorg dygnet runt.

Socialstyrelsen anför med detta som grund att sjukvårdshuvudmännen inte levt upp till riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, som anger att näst efter akut sjuka, skall vård av kroniskt sjuka och människor med nedsatt autonomi prioriteras.

När det gäller de äldres framtida hälsoutveckling framhåller Socialstyrelsen (2001b) kopplingen till de äldres tillgång till hälso- och sjukvård. Ett exempel som lyfts fram är att en del av den rapporterade förbättringen av äldres rörelseförmåga är en följd av förbättrad höft- och knäplastik. Ett annat är att den minskade andelen äldre med nedsatt syn till viss del kan förklaras av ett ökat antal starroperationer.

Under 1990-talet har andelen vårdtillfällen och den totala vårdtiden (räknad i dagar), relaterad till ålder, förändrats mycket kraftigt. Bland personer i åldersgruppen 80 år och äldre har antalet vårdtillfällen ökat kraftigt medan äldre patienters andel av den totala vårdtiden har minskat väsentligt. Detta innebär en ökad genomströmning av äldre inom akutsjukvården, dvs. fler läggs in på sjukhus, men stannar allt kortare tid.

Tabell 19. Äldre på sjukhus år 1990 och 2000. Vårdtillfällen^{a)} och vårdtid^{b)} (procent) relaterat till ålder och andel av befolkningen (bef)

Ålder	1990			2000		
	% av bef.	Vårdtillf.	Vårdtid	% av bef.	Vårdtillf.	Vårdtid
–64 år	82,2	60,0	35,2	82,7	54,3	45,7
65–79 år	13,5	26,3	31,4	12,4	27,6	30,9
80–w år	4,3	13,7	33,4	4,9	18,1	23,4

^{a)} Andel av totala antalet vårdtillfällen.

^{b)} Andel av den totala vårdtiden.

Källa: Socialstyrelsen 2001b.

Under perioden 1990–1999 minskade antalet sjukhusplatser med 50 procent. Störst var minskningen inom geriatriken, där antalet platser minskade med drygt 70 procent. Minskningen var nästan lika stor inom psykiatrin, drygt 60 procent. Inom medicin/kirurgi minskade antalet platser med 40 procent.

Tabell 20. Antalet sjukhusplatser i olika vårdgrenar åren 1990, 1993, 1997 och 2000. Förändringen angiven i procent

Vårdgren vid sjukhus	1990	1993	1997	2000	Förändring 1990–2000
Medicin/kirurgi	33 503	27 874	22 352	20 230	-40
Psykiatri	14 533	10 865	6 267	5 565	-62
Geriatrik	11 694	6 529	3 707	3 189	-73
Övrigt	3 214	2 654	2 292	1 736	-45
Totalt	62 854	47 922	34 618	31 765	-50

Källa: Socialstyrelsen 2002f.

En del av Ädelreformen, som genomfördes år 1992, innebar att kommunerna fick betalningsansvar för patienter, oavsett ålder, som är medicinskt färdigbehandlade inom den somatiska sjukhusvården. Andelen medicinskt färdigbehandlade har successivt minskat sedan betalningsansvaret genomfördes. År 1992 var 9,8 procent av de inskrivna patienterna medicinskt färdigbehandlade och år 1999 hade de minskat till 6,6 procent av alla inskrivna patienter, för att våren 2002 ha ökat till 6,7 procent. I maj 2002 fanns 1 329 medi-

cinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk vård. Av dessa väntade 93 procent på kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg, medan knappt 3 procent väntade på landstingsfinansierad öppen hälso- och sjukvård. Andelen medicinskt färdigbehandlade patienter som väntat mer än en vecka har också minskat – från 56 procent år 1992 till 28 procent år 2002. De allra flesta patienter som är medicinskt färdigbehandlade är äldre människor med fortsatta behov av vård- och omsorgsinsatser (Landstingsförbundet 2002a).

5.4 Ekonomi

Det är inte möjligt att ge ett exakt svar på frågan vad den offentliga vården och omsorgen om äldre kostar. När man försöker beräkna kostnaden utgår man ifrån kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre och personer med funktionshinder samt landstingens kostnader för hälso- och sjukvård, inklusive kostnader för läkemedel men exklusive kostnader för tandvård. Då det inte finns några exakta uppgifter om hur stor andel av respektive verksamhet som går till personer 65 år och äldre görs beräkningarna med hjälp av vissa skattningar.

År 2000 uppgick kostnaderna för den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre till drygt 106 miljarder kronor enligt dessa beräkningar. Kostnader utgjordes dels av kommunernas kostnader för äldreomsorg enligt socialtjänstlagen och kommunal hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, dels av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen till personer 65 år och äldre. Av kostnaderna utgjordes 67 miljarder av kommunernas kostnader och 39 miljarder av landstingens kostnader (Socialstyrelsen 2002f).

Under 1990-talet ökade de sammantagna kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Det finns inte några exakta uppgifter på nationell nivå om hur stor andel av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader som gått till de äldre och inte heller hur detta förändrats över tid. Även när det gäller fördelningen av kommunernas kostnader mellan äldreomsorg och omsorg om funktionshindrade finns en viss osäkerhet. Den gäller även om fördelningen mellan dessa områden har förändrats över tid. Det är därmed inte möjligt att bedöma hur den äldre befolkningen stått

sig i prioriteringen av resurser inom vård- och omsorgssektorn (Socialstyrelsen 2002f).

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv beräknades samhällets kostnader år 2000 för vård och omsorg om personer med demenssjukdom till 38,4 miljarder. Kostnaderna fördelade sig med 80 procent på kommunerna, 4 procent på landstingen, 14 procent utgjordes av "kostnader" för informell omsorg och mindre än 1 procent var produktionsbortfall relaterat till personer med demenssjukdom i arbetsför ålder (Socialstyrelsen 2000b).

Kostnaden för vård och omsorg ökar med åldern. De första fem åren i livet är kostnaden för hälso- och sjukvård (exklusive läkemedel och tandvård) relativt hög per invånare i åldersgruppen. Därefter minskar kostnaden så att den i åldersgruppen 5–14 år är ungefär hälften av vad den är för de yngsta. Kostnaden ökar sedan med stigande ålder för att i 45-årsåldern vara ungefär lika stor som för de yngsta. Fram till 85 års ålder fortsätter kostnaden att öka, för att sedan minska något. Personer i åldern 65 år eller äldre får mer än dubbelt så mycket resurser per invånare som personer i åldersgruppen 25–44 år (Socialstyrelsen 2002g).

Kostnaden per invånare har under perioden 1990-1999 ökat mer för äldre än för övriga åldersgrupper. Kostnadsökningen är störst för personer i åldern 65–74 år och beror främst på ökade kostnader för slutenvård och primärvård. För personer i åldern 85 år och äldre har dock kostnaden per invånare ökat mindre än för hela befolkningen (Socialstyrelsen 2002g).

Kostnader för kommunernas vård och omsorg om äldre år 2001

Den totala kostnaden för kommunernas insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen till äldre i ordinärt och särskilt boende uppgick till 69,5 miljarder år 2001 (exklusive kostnader för förebyggande verksamhet). Ungefär 70 procent av den totala kostnaden avsåg vård och omsorg i särskilt boende (Socialstyrelsen 2002e).

En kartläggning av den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning visar att cirka 15 procent av personalens tid inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen används för hälso- och sjukvårdsuppgifter (Socialstyrelsen 2001a).

Kostnaden för vård och omsorg om äldre fördelad per invånare 65 år eller äldre varierar mellan kommuner och även mellan olika

kommungrupper. Medianen för riket är cirka 44 000 kronor. De högsta genomsnittliga kostnaderna per invånare 65 år eller äldre har glesbygdskommunerna, medan förortskommunerna har de lägsta genomsnittliga kostnaderna.

Tabell 21. Kostnader för insatser till äldre i ordinärt och särskilt boende (exklusive hyresintäkterna) per invånare 65 år eller äldre (kronor). Variationer mellan kommunerna¹

<i>10-percentilen</i>	<i>Median</i>	<i>90-percentilen</i>
36 900	44 000	54 300

¹ Med 10-percentilen menas att 10 procent av kommunerna ligger under och 90 procent över värdet. Medianen är det värde som lika många kommuner ligger under som över. 90-percentilen anger det värde som 90 procent av kommunerna ligger under och 10 procent över.

Källa: Socialstyrelsen 2002e.

5.5 Personal

I november 2001 fanns totalt 250 200 anställda inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade (Svenska Kommunförbundet 2002a). I enskild verksamhet inom vård och omsorg arbetade 28 500 personer år 2000 (Socialstyrelsen 2001e).

I tabell 22 redovisas antalet kommunalt anställda i olika yrkesgrupper och förändringen mellan åren 1995 och 2001.

Tabell 22. Antalet anställda i olika yrkesgrupper inom kommunernas vård och omsorg om äldre och funktionshindrade år 2001

Yrkeskategori	Antal	Förändring 1995-2001
Arbetsledare	8 000	-1 300
Undersköterskor, vårdbiträden m.fl.	190 900	10 500
Sjuksköterskor (inkl. medicinskt ansvariga sjuksköterskor)	11 900	2 100
Arbetssterapeuter	2 500	800
Sjukgymnaster	1 100	600
Övrig vårdpersonal	24 100	13 900
Övrig personal	11 700	2 900
<i>Totalt</i>	<i>250 200</i>	<i>29 500</i>

Gruppen "övrig vårdpersonal" innefattar personliga assistenter (som utgör den största gruppen), kuratorer, psykologer, hemvårdare, arbetsterapibiträden, fotvårdsspecialister med flera. Gruppen "övrig personal" innefattar bl.a. måltidspersonal, administrativ personal, lokalvårdare och vaktmästare.

Källa: Svenska Kommunförbundet 2002a.

I tabell 23 redovisas antalet anställda i några yrkesgrupper inom landstingens hälso- och sjukvård år 2000 och förändringen under åren 1993-2000.

Tabell 23. Antal anställda i några yrkesgrupper år 2000 och förändringen under perioden 1993-2000 i procent

Yrkesgrupp	2000	Förändring 1993-2000
Läkare	24 035	8,8
Sjuksköterskor	75 039	5,0
Undersköterskor/sjukvårdsbiträden	38 445	-33,6
Skötare	10 166	-38,7
Psykolog	3 131	18,0
Kurator	3 688	-2,4
Sjukgymnast	5 823	5,5
Arbetssterapeut	3 948	-8,9
Logoped	558	25,3

Källa: Landstingsförbundet 2002c.

5.6 Anhörigomsorg

Anhörigomsorgen har alltid varit den vanligaste formen för vård och omsorg om de äldre. Olika undersökningar visar att omfattande anhörigomsorg nästan uteslutande ges av personer som hör till den närmaste familjen. För gifta personer är make/maka den vanligaste omsorgsgivaren och få gifta personer har hemhjälp. För ensamstående äldre är barnen de vanligaste omsorgsgivarna. Syskon, syskonbarn och barnbarn ger också omsorg och är av stor betydelse i enskilda fall. Vänner och grannar ger också stöd och hjälp, som är viktiga i speciella avseenden, men ger i mycket få fall mer omfattande omsorg (Socialstyrelsen 2002c).

Som nämnts tidigare är make/maka den viktigaste omsorgsgivaren. Av gifta personer i åldern 75 år eller äldre med hjälpbehov får 9 av 10 dem tillgodosedda av partnern. Flera undersökningar (t.ex. Szebehely 1998) har visat att det är vanligare att gifta kvinnor ger vård och omsorg till maken än tvärtom. Andra undersökningar (t.ex. Socialstyrelsen 2000a och Socialstyrelsen 2002c) visar att det är ungefär lika många gifta män som vårdar sin hustru som det omvända. En förklaring till detta skulle kunna vara att män och kvinnors behov av hjälp skiljer sig åt. Män drabbas oftare av akut och allvarlig sjukdom och avlider utan att behöva hjälp dessförinnan. Kvinnor drabbas oftare av långvariga sjukdomar, som leder till behov av hjälp under längre tid, innan de dör. Det är mycket få gifta män och kvinnor som flyttar till särskilt boende, vilket innebär att män och kvinnor med behov av hjälp i stor utsträckning bor kvar i hemmet med make/maka.

Barnens insatser har ökat under 1990-talet vilket visas i nedanstående tabell.

Tabell 24. Omsorg från barnen och från hemhjälpn år 1994 och 2000 för ensamboende äldre 75–w år. Procent

	Alla		Har barn		Har barn inom 15 km		Barnlös	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Hjälp av								
Barn	12	22	16	28	16	36
Hemhjälp	25	20	24	18	23	19	27	29

Källa: Socialstyrelsen 2002c.

Av barnen är det döttrarna som ger den mesta hjälpen, och deras insatser har ökat kraftigt mellan åren 1994 och 2000. En analys av arbetsfördelningen mellan döttrar och söner visar att ensamstående föräldrar som får hjälp av söner oftare också har hjälp av döttrar än när det omvända är utgångspunkten. De flesta barn, döttrar eller söner, är ensamma omsorgsgivare och får inte hjälp av sina syskon. Äldre som enbart har söner får oftare hjälp av svärdöttrar än när de har egna döttrar (Socialstyrelsen 2002c).

Det är mycket svårt att mäta omfattningen av den informella omsorgen, av en mängd olika skäl. En orsak kan vara att det är svårt att dra gränsen mellan den hjälp som ges mellan närstående just för att man är närstående och sådan hjälp som ges för att den ena personen behöver det. En annan orsak är att svaret beror på vem man frågar, den som ger hjälp eller den som får hjälp (bl.a. Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000).

När det gäller omfattningen av anhörigomsorgen visar studier på både riksnivå och lokal nivå att den utgör majoriteten av den omsorg som ges till äldre.

När det gäller vilka insatser anhöriga hjälper till med varierar det mycket, dels beroende på den äldres behov, dels beroende på den anhöriges möjligheter att ge insatser. I undersökningar om anhörigas insatser frågar man oftast om praktiska insatser som serviceinsatser (IADL) och personlig omvårdnad (PADL) som utförs hos den äldre (t.ex. Socialstyrelsen 1994, Socialstyrelsen 2000, Lagergren m.fl. 2002 och Rahm Hallberg m.fl. 2002). Andra insatser som förekommer är t.ex. telefonkontakter där man påminner anhöriga om att ta medicin och hjälp med kontakter med äldreomsorg och hälso- och sjukvården. När det gäller personer med demenssjukdom är "tillsyn" en insats som omfattar ungefär lika mycket tid som hjälp med praktiska sysslor (Socialstyrelsen 2000b).

Om anhörigomsorg förekommer i lika stor utsträckning inom olika socioekonomiska grupper är inte klarlagt. Ett skäl till detta är att man i de flesta undersökningar inte har uppgifter om socioekonomiska förhållanden för både givare och mottagare av omsorg. Det finns dock uppgifter som tyder på att skillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna är små (Socialstyrelsen 2002c).

I en kvalitativ studie (Winqvist 1999) där man intervjuat vuxna barn till föräldrar med behov av hjälp har man studerat barnens förhållningssätt till att hjälpa föräldrarna med utgångspunkt i barnens livssituation. Winqvist har kategoriserat de vuxna barnens

livsform som egenföretagarens, lönearbetarens och karriäristens. Med detta som utgångspunkt har hon jämfört hur de förhåller sig till föräldrarnas hjälpbehov utifrån i vilken utsträckning de har tillgodosett föräldrarnas behov, oberoende av vilken sorts hjälp, och hur mycket hjälp föräldern behöver. Med detta som grund har hon sedan identifierat olika hjälpstrategier. Resultatet av studien visar att det finns skillnader mellan barnens livsform och hjälpstrategi.

Äldre som givare av stöd och omsorg

De äldre är inte bara mottagare av hjälp utan även givare av hjälp och stöd i olika former.

I en ny undersökning om ekonomiskt stöd mellan generationer framkommer att 42 procent av 62–70 åringarna hjälper vuxna barn ekonomiskt och 28 procent sina barnbarn. Bland 71–79 åringar är andelarna 37 respektive 28 procent. En mindre andel av de äldre, 7 procent, tar emot ekonomisk hjälp av sina barn. Det är vanligare att tjänstemän ger sådan hjälp och att arbetare tar emot den. Vanligast att ta emot ekonomisk hjälp är det bland f.d. hemarbetande, dvs. främst kvinnor, där 20 procent tar emot hjälp av sina barn (AMF 2002 enligt Socialstyrelsen 2002c).

När det gäller praktisk hjälp från äldre till yngre finns det få undersökningar som visar på omfattningen av denna. Det finns dock uppgifter om att de äldre hjälper till med bl.a. tillsyn av barnbarn.

En vanlig situation där äldre är givare av hjälp är omsorg om anhöriga både i samma hushåll och utanför (Socialstyrelsen 2000a). År 2000 vårdade 14 procent av personer 75 år och äldre någon gång anhöriga (Institutet för Gerontologi 2001).

6 Utgångspunkter för det fortsatta arbetet

I diskussionsbetänkandet har beredningen redovisat att den inte har i uppgift att föreslå hur den framtida vården och omsorgen ska finansieras. Avsikten är i stället främst att behandla frågan om det offentliga åtagandet inom vård och omsorg.

Diskussionerna om framtidens vård och omsorg om äldre har ofta gällt de ökade kostnaderna och hur dessa ska finansieras. I princip samtliga beräkningar av de framtida kostnaderna utgår från aktuella kostnader och vissa antaganden om framtida förhållanden. Mycket få av dessa beräkningar innehåller någon form av analys av vad som ingår i den nuvarande vården och omsorgen. Har vården och omsorgen rätt innehåll, tillgodoser den de behov som finns och är vården och omsorgen av rätt kvalitet? I få fall har diskussionen gällt vilka behov som skall tillgodoses inom ramen för den offentligt finansierade vården och omsorgen och – utifrån detta – vilka resurser som behövs för att tillgodose dessa behov. SENIOR 2005 har i sitt arbete med vård och omsorg om äldre valt att ta några steg tillbaka och börja med att analysera behoven av vård och omsorg hos äldre.

Mot bakgrund av detta så har några viktiga avgränsningar gjorts när det gäller beredningens arbete. Beredningen tar *inte* upp frågor som *direkt* berör

- framtida finansiering av vård och omsorg
- huvudmannaskap för olika former av vård och omsorg
- personal- och kompetensförsörjning
- avgifter för vård och omsorg.

När det gäller framtida finansiering av vård och omsorg anser beredningen att en första uppgift är att klarlägga vilka behov som skall tillgodoses inom ramen för offentlig vård och omsorg. De andra tre punkterna har behandlats i andra statliga utredningar under de senaste åren. Beredningen kan trots detta komma att behandla frågor som berör dessa områden i ett slutbetänkande, men då som en del av helheten.

7 Framtidsbilden och möjligheten att förverkliga den inom vård och omsorg

SENIOR 2005 konstaterar:

Principen om mainstreaming och de fyra nycklarna som presenterades i diskussionsbetänkandet bör användas i beredningens fortsatta arbete med vård och omsorg. I det sammanhanget bör nycklarna dock kompletteras med en femte nyckel som mer direkt avser vård- och omsorgsområdet.

Den femte nyckeln skulle innebära att man tydliggör det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer.

7.1 Kan mainstreaming och de fyra nycklarna användas inom vård och omsorg?

7.1.1 Exempel på tillämpning

I det följande görs ett försök att visa hur mainstreaming och de fyra nycklarna skulle kunna tillämpas inom vård och omsorg och vad detta skulle kunna innebära.

När det gäller vård och omsorg och *mainstreaming* kan flera aspekter belysas. Beredningens utgångspunkt – att frågor skall behandlas inom respektive politikområde för alla invånare oberoende av ålder – är av stor vikt när det gäller att skapa ett samhälle för alla åldrar. Detta innebär att stat, kommuner, landsting, företag och organisationer har ett ansvar för att, var och en inom sitt område, beakta att människor har olika förutsättningar. Ett samhälle som beaktar att människor har olika behov och förutsättningar, vilka bara till viss del är relaterade till ålder, minskar i många fall behov av särlösningar. I vissa fall minskar även behovet av hjälp från andra och den äldre kan leva ett självständigt liv utan behov av hjälp från andra, vilket i sin tur kan bidra till både högre livskvalitet för den äldre och minskade behov och kostnader för omsorg om äldre. Det sistnämnda omfattar såväl insatser av anhöriga och andra närstående som insatser från den offentligt finansierade äldreomsorgen.

För att klara framtidens vård och omsorg, behöver ett tydligt mainstreamingsperspektiv tillämpas i betydligt större omfattning när det gäller många områden i samhället. Ett samhälle för alla måste innebära att alla delar i samhället – myndigheter, organisationer och företag – tar hänsyn till både antalet och andelen äldre när man planerar och genomför olika verksamheter. Om detta inte sker kommer behoven av främst omsorg att öka väsentligt. En sådan utveckling skulle också ställa helt andra krav på resurser, både ekonomiska och personella, på ett sätt som inga prognoser hittills tagit hänsyn till.

Diskussionen om mainstreamning leder till nya infallsvinklar även på positiv särbehandling av äldre i förhållande till andra åldersgrupper, t.ex. när det gäller lagstiftning inom vård och omsorg. Under de tjugo år som socialtjänstlagen funnits har av och till diskussionen förts om att äldreomsorgen borde regleras i en särskild lag, en "äldreomsorgslag" (t.ex. dir. 1991:50 och SOU 1994:139). Ett skäl för detta skulle vara att det finns svårigheter med att hantera insatser inom äldreomsorgen inom socialtjänstlagens ram, då dessa på avgörande punkter skiljer sig från barnomsorg (som t.o.m. 31 december 1997 var en del av socialtjänsten) och insatser inom individ- och familjeomsorg (socialbidrag och missbruksvård m.m.).

Under 1990-talet har behovet av en gemensam reglering för både hälso- och sjukvård och socialtjänst, en vård- och omsorgslag, aktualiserats i olika sammanhang. Diskussionen har ofta haft sin utgångspunkt i situationen för äldre människor eftersom Ädelreformen och omstruktureringen av hälso- och sjukvården bidragit till att det blivit svårare att dra en tydlig gräns mellan äldreomsorg och hälso- och sjukvård (t.ex. dir. 1997:109). I några fall har diskussionen även omfattat andra målgrupper. I slutbetänkandet från Socialtjänstutredningen (SOU 1999:97) konstaterar man att det finns behov av en tydligare samlad lagstiftning inom vård och omsorg för äldre och funktionshindrade. Svenska Kommunförbundet har behandlat frågan i två rapporter, dels i slutrapporten från Svenska Kommunförbundets *Äldreberedning Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet* (1999b), dels i rapporten *En samlad lag om vård och omsorg* (1998a). I den förstnämnda rapporten föreslås en ny vård- och omsorgslag som skulle ersätta hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Utan att föregripa denna diskussion kan konstateras att en positiv särbehandling av äldre i lagstiftning inom vård och omsorg

skulle innebära att äldre, helt eller delvis, inte omfattas av lagstiftningen inom dessa områden som gäller för övriga åldersgrupper i befolkningen.

En tillämpning av ett *flexiblares livsloppsmönster* inom vård och omsorg kan ses ur olika perspektiv. Det kan avse dels befolkningen i alla åldrar, dels personer i behov av vård och omsorg.

För att det skall vara möjligt med ett flexiblares livsloppsmönster under hela livet behöver människor veta att man kan få behov av vård och omsorg under ålderdomen tillgodosedda och vilka villkor som gäller för detta.

Ett flexiblares livsloppsmönster innebär att en äldre person i behov av vård och omsorg under hela livet skall ses som en individ med egna resurser, erfarenheter och önskemål. Den äldre är inte i första hand en vård- och omsorgsbehövande, utan en vuxen människa med rättigheter och skyldigheter. Det är individens behov och förutsättningar som skall vara i fokus även för äldre människor i behov av vård och omsorg.

En tillämpning av att *bryta åldersbarriärer* inom vård och omsorg skulle innebära att, i likhet med de nuvarande prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvård, (hög) ålder i sig inte får utesluta människor från att få olika former av omsorg.

En tillämpning av den tredje nyckeln, *planering för ett aktivt åldrande*, inom vård och omsorg skulle kunna innebära följande:

- Det förebyggande arbetet ges stor vikt även för människor med behov av vård och omsorg, dvs. både sekundär och tertiär prevention.
- Vård och omsorg om äldre människor bör bidra till att skapa bästa möjliga förutsättningar för fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande under hela livsloppet i syfte att ge en god livskvalitet.
- Äldre människor i behov av vård och omsorg har samma rätt till möjligheter att leva ett aktivt och självständigt liv jämfört med andra åldersgrupper. Det skulle därmed inte vara acceptabelt att äldre i behov av vård och omsorg har en sämre situation eller får ett sämre bemötande på grund av ålder. Ett konkret exempel skulle vara att det inte är rimligt att den äldre inte får möjlighet att duscha när han eller hon vill eller att det inte ges möjlighet att komma ut.

Den fjärde nyckeln *stärk ömsesidighet och ansvarstagande över generationsgränser* kan ges flera betydelser inom vård och omsorg.

En konkret aspekt är att aktivt främja möten och samverkan mellan personer ur olika generationer även när äldre behöver vård och omsorg. Det kan avse såväl inom familj och släkt (familjegenerationer) som med personer som tillhör andra generationer (kohortgenerationer).

En annan aspekt är de utmaningar som en åldrande befolkning innebär för samhället med krav på insatser för en hållbar utveckling mellan generationer över tid. Ett område där detta blir mycket påtagligt är effekterna på samhällsekonomin när det gäller behov och kostnader för vård och omsorg om de äldre.

7.1.2 Bedömning

Bör mainstreaming och de fyra nycklarna tillämpas även inom vård och omsorg? Svaret på den frågan måste vara ja – så långt som möjligt. Om inte, så blir värdet av nycklarna betydligt begränsat. Då kvarstår vård och omsorg samt äldre i behov av vård och omsorg som något avgränsat som ligger helt skiljt från allt annat i samhället.

Mainstreamingperspektivet bör vara grunden även när det gäller vård och omsorg för äldre. I många avseenden skiljer sig inte äldres behov från andra åldersgruppers. Ett renodlat mainstreamingperspektiv skulle dock kunna innebära att aspekter som gäller åldrande och äldre osynliggörs och inte beaktas. En förutsättning för att tillämpa de fyra nycklarna inom vård och omsorg är att innehållet i dessa utvecklas och kommenteras för att få en reell innebörd inom dessa områden. Det finns även några viktiga aspekter på vård och omsorg som inte täcks av de fyra nycklarna. Nycklarna behöver därför kompletteras med en femte som direkt avser vård- och omsorgsområdet:

- *Tydliggör det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer*

Syftet med en femte nyckel skulle vara att för samhället, organisationer, företag och enskilda individer i olika åldrar förtydliga det gemensamma ansvaret för äldre i behov av vård och omsorg.

Den tidigare presenterade framtidsbilden behöver också kompletteras med en del som berör vård- och omsorgsområdet. Kompletteringen skulle kunna bygga på följande idé:

Det är av stor betydelse för människors trygghet, både under livet som helhet och för att kunna åldras i trygghet, att man vet och känner förtroende för att äldre människor, när behov av vård och omsorg uppkommer, kan få dessa tillgodosedda. En äldre människa är, oavsett behov av vård och omsorg, en individ med resurser, erfarenheter och önskemål. Detta gäller även om den äldre har behov av omfattande vård och omsorg.

7.2 Varför behövs en femte nyckel inom vård och omsorg?

I det följande redovisas bakgrundsmaterial som varit underlag vid beredningens bedömning att det behövs en femte nyckel som direkt avser vård- och omsorgsområdet.

7.2.1 Äldres behov

Det finns många sätt att beskriva behov. Gemensamt för olika definitioner är att med behov avses att en individ saknar något som han eller hon antingen behöver för att överleva eller för att hans eller hennes välbefinnande skulle förbättras i något avseende. Man kan också konstatera att behov är något relativt. Uppfattningen om vad som är nödvändigt för att överleva har både en kulturell och en materiell innebörd som varierar från samhälle till samhälle och som förändras i takt med att de ekonomiska förhållandena utvecklas (Thorslund & Larsson 2002).

Ett sätt att beskriva en människas behov (i allmänhet) är att dela in dem i fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. I många avseenden skiljer sig inte äldre människors behov från andra åldersgrupper. De grundläggande behoven är de samma hela livet, och andra behov är gemensamma för vuxna människor.

När det gäller behov av social omsorg, dvs. behov som inte är av direkt medicinsk karaktär, har man i en studie (Thoraeus Olsson 1990) låtit den äldres egen beskrivning av de svårigheter som han eller hon mötte i sin livsföring, och som den äldre inte kunde hantera på ett för honom eller henne tillfredsställande sätt, vara

utgångspunkten. Begreppet sociala omsorgsbehov definierades som hjälp eller stöd för att komma till rätta med dessa svårigheter. Behoven delades in i tre kategorier: praktiska omsorgsbehov, emotionella omsorgsbehov och existentiella omsorgsbehov.

Begreppet behov blandas ibland ihop med efterfrågan, vilket inte är samma sak. En individ kan anse sig ha behov av något och det kan leda till att individen efterfrågar något eller avstår från det. Bedömningen av behov kan ske både av den enskilde själv och av en utomstående bedömare (Smedby m.fl.1977).

Många faktorer påverkar en äldre människas behov av vård och omsorg. Ålder är den enskilda faktor som visat sig ha störst betydelse för behov av vård och omsorg. Behoven av hälso- och sjukvård och äldreomsorg ökar med stigande ålder. Kön, civilstånd, ensamboende/samboende, utbildning och ekonomiska förhållanden är andra faktorer som påverkar behov av vård och omsorg. Några av dessa faktorer är möjliga att påverka och förändra. De förbättrade levnadsvillkoren och framsteg inom medicinen har inneburit bättre hälsa och funktionsförmåga för äldre människor, vilket gör det möjligt för allt fler att leva ett självständigt liv vid högre ålder än för bara tjugo-trettio år sedan. De skillnader i hälsa som funnits mellan olika sociala grupper sedan slutet på 1980-talet kvarstår dock (Thorslund m.fl. 1996, Socialstyrelsen 2000a, Socialstyrelsen 2001d och Aldrecentrum 2001).

Även om det finns ett tydligt samband mellan ålder och behov av vård och omsorg är det viktigt att påpeka att det bland personer som blir äldre finns dem som drabbats av kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar i tidigare skeden av livet. Dessa kan vara medfödda eller förvärvade, och medföra behov av stöd, vård och omsorg i varierande omfattning (t.ex. prop. 1999/2000:79).

Hälsa och funktionsförmåga är avgörande faktorer när det gäller äldre människors livskvalitet och behov av vård och omsorg. Av stor betydelse är därför folkhälsoarbetet bland barn, ungdomar och vuxna i förvärvsaktiv ålder, vilket påverkar situationen för morgondagens äldre. Under andra halvan av 1990-talet har intresset för hälsofrämjande och förebyggande arbete bland äldre ökat hos bl.a. kommuner och landsting, dock från en mycket låg nivå (prop. 1997/98:113, Svenska Kommunförbundet 1998b och Aldrecentrum 2001).

Trots att det finns få vetenskapliga studier om effekter av folkhälsoarbete bland äldre, visar forskningsresultat att förebyggande arbete kan vara mycket framgångsrikt även i högre åldrar (Svenska

Kommunförbundet 1998b, Äldrecentrum 2001, Avlund, K. m.fl. 2001, Statens folkhälsoinstitut 2001 och Winfridsson 2002). Hälsofrämjande insatser och insatser för att förebygga sjukdom och skada ökar förutsättningarna för äldre att kunna leva ett självständigt liv med god livskvalitet och senarelägga eller minska behov av vård och omsorg. Förutsättningarna för folkhälsoarbete bland äldre ser dock annorlunda ut än bland andra åldersgrupper. Det omfattar inte bara de allmänna hälsofrämjande och förebyggande insatserna som syftar till att förhindra uppkomst av sjukdom och skador (primär prevention). Även åtgärder som syftar till tidig upptäckt av sjukdom och som på olika sätt kan förhindra att sjukdomen utvecklas vidare (sekundär prevention) samt åtgärder som syftar till att försöka förhindra återfall eller som vidtas i syfte att på bästa möjliga sätt kompensera funktionsnedsättningar (tertiär prevention) kan vara av stor betydelse för livskvalitet och behov av vård och omsorg (Äldrecentrum 2001).

När det gäller äldres behov av vård och omsorg är dessa i vissa avseenden annorlunda än andra åldersgruppers. Det är t.ex. vanligare att äldre personer har flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar än yngre, vilket på olika sätt kan påverka behov av såväl hälso- och sjukvård som omsorg. Ett annat exempel är att den äldre människans reservkapacitet för att klara olika påfrestningar minskar med ökande ålder, vilket kan innebära att behov av hälso- och sjukvård och omsorg uppkommer i andra situationer än för yngre personer. En äldre person kan få en bestående funktionsnedsättning som påverkar livssituationen i andra situationer än yngre personer. Som exempel kan nämnas att ett benbrott för en yngre eller medelålders person vanligtvis inte leder till några bestående men, medan det för en person i hög ålder kan leda till bestående funktionsnedsättningar som påverkar livssituationen. Det är inte heller ovanligt att en äldre människas behov är mer sammansatta och kräver insatser från både hälso- och sjukvården och kommunernas äldreomsorg samt i många fall anhörigomsorg.

Det är angeläget att framhålla att de flesta äldre inte är antingen pigga och friska eller sjuka och vårdbehövande. Många äldre har i allt väsentligt en bra hälsa och klarar sig själva, men sjukdomar och skador kan medföra att man i något avseende har en funktionsnedsättning som gör att man behöver hjälp och stöd för att kunna hantera denna. Hur stora effekterna av en funktionsnedsättning blir, och därmed hur stort behovet av hjälp och stöd blir, beror bland annat på hur tillgängligt samhället är och om det i samhället

tas hänsyn till att människor har olika förutsättningar att klara olika situationer.

7.2.2 Olika former av vård och omsorg

De flesta äldre som har behov av vård och omsorg klarar sig i allt väsentligt själva, men får hjälp med vissa insatser från någon annan. Några äldre har omfattande eller mycket omfattande behov av hälso- och sjukvård samt omsorg (i vid mening). Det gäller främst personer i mycket hög ålder, med svåra sjukdomar och/eller under de sista åren av livet.

Det finns olika sätt att kategorisera vård och omsorg till äldre. Ett sätt är att dela upp det i insatser av medicinsk karaktär respektive insatser i form av omvårdnad och annan hjälp och stöd. Denna indelning överensstämmer till stor del med gällande lagstiftning, hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Hälso- och sjukvård omfattar dock viss omvårdnad och i kommunernas vård och omsorg ingår både hälso- och sjukvård och omsorg.

Vården och omsorgen kan utföras av anhöriga och andra närstående, anställda inom offentligt finansierad vård och omsorg, frivilligorganisationer och privat köpt vård och hjälp.

7.2.3 Utvecklingen av vård och omsorg för äldre

Den moderna äldreomsorgen har vuxit fram sedan mitten av 1900-talet. Fram till år 1950 omfattade samhällets äldreomsorg boende på ålderdomshem. Detta år startade Röda Korset i Uppsala en försöksverksamhet med hemhjälp. Denna hjälpform blev snabbt mycket populär bland de äldre. Hjälpformen var mindre kostnadskrävande än institutionsvården, vilket ledde till en mycket omfattande utbyggnad i hela landet. Med stöd av statsbidrag fortsatte expansionen och utvecklingen av hemhjälp och andra former av hjälp som matdistribution, telefonservice, dagcentraler och färdtjänst under 1960- och 1970-talen.

År 1982 trädde socialtjänstlagen i kraft och därmed lagreglerades för första gången hela äldreomsorgen i Sverige. Fram till denna tidpunkt hade enbart ålderdomshem och rätt till socialbidrag på grund av ålder varit lagreglerade. Andelen äldre som fick del av samhällets äldreomsorg var högst år 1978 (Eliasson Lappalainen &

Szebehely 1996). Under 1980-talet och 1990-talet har andelen äldre som får insatser från samhället minskat betydligt. Utvecklingen har inneburit att de som får hjälp får allt större insatser, i timmar räknat, medan personer med mindre omfattande hjälpbehov inte får hjälp (Socialstyrelsen 2000c och Socialstyrelsen 2002f). I Socialstyrelsens slutrapport från Äldreuppdraget (Socialstyrelsen 2000c) konstaterar man att en mer generös fördelning fått vika för en mer restriktiv hjälptilldelning, att denna oftare utgått från tillgängliga resurser i stället för från befintliga behov och att en ökad andel vårduppgifter förts över till anhöriga och andra närstående. Att prioritera de äldre som har de största hjälpbehoven har varit det vanliga, vilket ansluter till riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården har också förändrats väsentligt under 1990-talet. Omstruktureringen av sjukhusvården har inneburit att antalet sjukhusplatser har halverats (Socialstyrelsen 2002f). (Se även avsnitt 5.3.)

Konsekvenserna av denna förändring är allt kortare vårdtider, ett ökat antal vårdtillfällen och en större genomströmning av patienter. De äldres andel av planerad sjukvård, t.ex. operativa ingrepp har ökat jämfört med andra grupper i befolkningen. Socialstyrelsen konstaterar (2000c och 2002f) att de allt kortare vårdtiderna framför allt drabbar de äldre då det inte finns tillräckligt med tid för adekvat utredning och behandling. Många äldre, särskilt de allra äldsta, behöver mer tid för att återhämta sig eller för att klara av att återgå till det tidigare boendet. Denna utveckling skapar både stress hos den äldre människan och innebär att det finns kvarstående behov av behandling, rehabilitering och framför allt av omvårdnad. En kvalificerad omvårdnad som förutsätts kunna tillgodoses av den öppna hälso- och sjukvården och kommunernas äldreomsorg är, enligt Socialstyrelsen, i dag långt ifrån någon självklarhet.

Förändringarna under 1990-talet inom både hälso- och sjukvården och kommunernas äldreomsorg har varit både positiva och negativa. Att fler äldre kan behandlas med goda resultat inom hälso- och sjukvården i allt högre ålder, och att fler äldre kan erhålla vård och omsorg i det ordinära boendet även vid omfattande behov av vård och omsorg, är några exempel på positiv utveckling. Brister vad gäller tillgänglighet och kvalitet inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är exempel på problem som både påverkar den äldres livssituation och livskvalitet samt den äldres behov av vård och omsorg.

Prioriteringar

Under 1990-talet har, som tidigare nämnts, regering och riksdag inte fattat beslut om några avgörande förändringar när det gäller inriktningen av äldreomsorgen. Den ekonomiska krisen under 1990-talet förefaller vara den enskilda faktor som till stor del kan förklara utvecklingen. Under denna tidsperiod har det inte förts några tydliga diskussioner om inriktningen på vare sig den nuvarande eller den framtida äldreomsorgen.

Inom hälso- och sjukvården har frågor om prioriteringar behandlats av Prioriteringsutredningen. Riksdagen fattade i april 1997 beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården enligt förslagen i regeringens proposition *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Utgångspunkten för förslagen var Prioriteringsutredningens slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5). I propositionen redovisades några allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna är baserade på tre grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Riktlinjerna exemplifieras med breda prioriteringsgrupper. Avsikten är att riktlinjerna ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården och vara utgångspunkt för vidare överväganden och diskussioner.

Den etiska plattformen slår fast att tre principer bör ligga till grund för prioriteringar inom vården:

- Människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs-solidaritetsprincipen, resurserna bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder, bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Kostnadseffektivitetsprincipen är dock underordnad människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen. I propositionen betonas att kostnadseffektiv verksamhet är något principiellt eftersträvävärt eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma fler till del. Däremot får en kostnadseffektiv verksamhet aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten i vården av döende, svårt eller

långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i en liknande situation.

I propositionen konstateras att det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behov stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Ålder bör exempelvis inte vara en prioriteringsgrund i sig. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder.

Riktlinjerna för prioriteringar baseras på de etiska principerna och exemplifieras i propositionen med breda prioriteringsgrupper.

Prioriteringsgrupp I

Vård av livshotande akuta sjukdomar

Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invaliderande tillstånd eller för tidig död

Vård av kroniska sjukdomar

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

Prevention

Habilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

I samband med riksdagens beslut tillsattes en nationell delegation med uppgift att först och främst sprida information och kunskap om riksdagens beslut om riktlinjerna för prioriteringar. Delegationen skulle även följa tillämpningen av riktlinjerna och då ägna särskild uppmärksamhet åt äldre, funktionshindrade och andra grupper med svaga resurser. Prioriteringsdelegationen lämnade i

januari 2001 sitt slutbetänkande *Prioriteringar i vården* (SOU 2001:8) till regeringen. Sammanfattningsvis konstaterade delegationen att riksdagsbeslutet har fått ett genomslag i det praktiska och politiska arbetet på nationell, regional och lokal nivå, även om variationerna är stora mellan huvudmännen. Det har dock varit svårare för kommunerna än för landstingen att omsätta riksdagens beslut i det konkreta arbetet. Riksdagsbeslutet innebär ringa vägledning för kommunerna i deras arbete med prioriteringar. Ansvar för att riktlinjerna följs åvilar ytterst riksdag och regering, medan huvudansvaret för att föra prioriteringsprocessen vidare vilar på sjukvårdshuvudmännen. Delegationen anför också att en av de viktigaste politiska utmaningarna är att tydliggöra riktlinjer för vad sjukvården ska ägna sig åt och vilken kvalitet den ska ha. Om inga beslut fattas kommer prioriteringar ändå att ske, men då av vårdpersonalen och starka patientgrupper och utan öppenhet och enhetlighet.

Inom äldreomsorgen finns det inte något beslut om motsvarande riktlinjer för prioriteringar. Däremot visar utvecklingen under 1980- och 1990-talen att äldre med omfattande behov har fått hjälp i större utsträckning än de som har mindre omfattande behov (Socialstyrelsen 2000c, Szebehely 2000 och Socialstyrelsen 2002f).

Under senare år har flera studier inriktats på s.k. multisjuka äldre eller multiviktade äldre. Med detta avses äldre personer som har en eller flera komplicerade och/eller kroniska sjukdomsdiagnoser och som är i behov av både hälso- och sjukvård och omsorg inklusive upprätthållande funktionsträning och rehabiliteringsinsatser under lång tid. Resultatet av dessa studier visar att behoven av vård, omsorg och rehabilitering hos multiviktade äldre i ordinärt boende i allt väsentligt kan jämföras med behoven hos de äldre som bor i särskilt boende. En slutsats är att de långsiktiga och sammansatta behoven hos multiviktade äldre allvarligt försummas till följd av 1990-talets omstrukturering av sjukhusvården och kommunernas äldreomsorg (Gurner & Thorslund 2001).

Möjligheten att flytta till en annan kommun

Svårigheterna för äldre (och funktionshindrade) med behov av vård och omsorg att flytta till en annan kommun uppmärksammades redan i slutet av 1980-talet (t.ex. prop. 1987/88:176 och Ds 1989:27). Den 1 januari 1998 infördes en ny bestämmelse i social-

tjänstlagen som reglerar möjligheterna att flytta till en annan kommun för människor som på grund av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och därför inte kan flytta utan att inflyttningsskommunen erbjuder detta (prop. 1996/97:124). Socialstyrelsens uppföljning av denna bestämmelse visar att för flertalet kommuner har denna bestämmelse inte inneburit några större problem (Socialstyrelsen 2001i). I några kommuner, främst förortskommuner till storstäderna, har det varit svårigheter att kunna verkställa beslut när det gäller särskilt boende.

Rättsäkerheten inom äldreomsorgen

Under senare år har rättsäkerheten inom äldreomsorgen uppmärksammat. Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna gjort en kartläggning av hur kommunerna tillgodoser den enskildes rättssäkerhet. Resultatet visar att den 31 januari 2000 fanns det 2 800 personer som väntade på verkställighet av beviljade insatser från kommunen. Vid samma tidpunkt fanns det drygt 2 000 personer som, trots att kommunerna bedömt att de var i behov av stöd från äldreomsorgen, fått avslag på sina ansökningar om stöd och hjälp. I princip samtliga dessa beslut gällde ansökan om plats i särskilt boende (Socialstyrelsen 2001f). Det beskrivna problemet har behandlats av Riksdagens revisorer som i november 2002 lämnat förslag till riksdagen om åtgärder för att klara det rättsliga åtagande för de äldre (Riksdagens revisorer 2002/03:RR4).

7.2.4 Otydlighet kring det offentliga åtagandet

Under de senaste åren har det kommit flera rapporter som berör frågan vilken vård och omsorg man har rätt till som äldre. Socialstyrelsen (2000c) och Szebehely (2000) pekar på problemet med att det är otydligt vilken vård och omsorg man har rätt till. I ESO-rapporten *Samhällets stöd till de äldre* (Ds 1999:61) framför man att förutom detta problem så är även den långsiktiga tryggheten inom äldreomsorgen ett annat problemområde.

I ESO-rapporten framförs att det i dag finns en osäkerhet bland medborgarna kring vården och omsorgen av de äldre liknande den

som fanns om pensionerna före pensionsuppgörelsen. Författarna anser att det vore önskvärt att politikerna kunde skapa en ökad tydlighet och trygghet även när det gäller dessa frågor. Det önskvärda i detta förstärks av det faktum att det finns ett starkt samband mellan tydlighet och trygghet inom områdena pensioner och bidrag respektive vård och omsorg. Personer som ännu inte uppnått pensionsåldern är intresserade av att känna trygghet i att få en acceptabel ålderdom. I detta ligger hela den situation som man som äldre befinner sig i, inte bara hur det offentliga pensionssystemet ser ut. Att inte veta om man kan räkna med att få vård och omsorg av samhället, eller om hela eller stora delar av såväl den offentliga pensionen som andra ekonomiska tillgångar måste användas för att få vård och omsorg, skapar otrygghet. Slutsatsen i ESO-rapporten blir att en stor del av värdet av ett stabilt och för individen tryggt pensionssystem kan gå förlorat om inte samma stabilitet och trygghet skapas inom vården och omsorgen.

7.2.5 Förtroende för och betyg på sjukvård och äldreomsorg

Ett sätt att bedöma medborgarnas inställning till vård och omsorg om de äldre i framtiden är att ta reda på hur de ser på dagens sjukvård och äldreomsorg. Medborgarnas förtroende för dessa verksamheter och bedömning av hur nöjda de är med den service som ges är två sätt att ”mäta” detta.

I det följande redovisas en sammanfattning av resultaten från SOM-institutets undersökningar under åren 1987–2001 (Holmberg & Weibull 2002, Nilsson 2002 och Johansson, Nilsson & Strömberg 2001), Statskontorets Medborgarundersökning 2001 (Statskontoret 2002a och 2002b), Svallfors undersökningar av välfärdsopinionen 1997–2000 (Svallfors 2001) samt Socialdepartementets redovisning av vad brukarundersökningar m.m. säger om kvaliteten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen (Ds 2002:23). En mer utförlig redovisning finns i bilaga 7.

SOM-institutets undersökningar

SOM-institutets undersökningar visar att sjukvård och utbildning sedan slutet av 1990-talet är de två viktigaste samhällsproblemen för medborgarna. Under senare delen av 1990-talet har andelen

som anser att pensioner/äldreomsorg är ett viktigt samhällsproblem ökat och åren 2000 och 2001 är äldrefrågor det tredje viktigaste problemet. De samhällsinstitutioner som får högst betyg är sjukvården och universiteten. Medborgarnas betyg på servicen inom äldreomsorgen sjönk väsentligt under perioden 1991–1996 och har därefter, med mindre förändringar, fortfarande ett negativt värde år 2001. Medborgarna är mindre nöjda med sjukhusvården år 2001 jämfört med år 1991. Däremot blev medborgarna mer nöjda med vårdcentralerna under åren 1991-1995 för att därefter bli mindre nöjda varje år (Holmberg & Weibull 2002 och Nilsson 2002).

SOM-institutet framhåller att en rad undersökningar har visat att brukare med egen erfarenhet av service inom ett visst område är mer nöjda än medborgare i allmänhet, dvs. de med egna erfarenheter är klart mindre kritiska än de som saknar personlig kontakt med verksamhetsområdet. Anhöriga till dem som nyttjar servicen och som har möjlighet till en indirekt kontakt med verksamhetsområdet, intar i detta sammanhang en mellanställning. Det är också så att invånare på landsbygden är mer nöjda än de som bor i storstäder (Johansson, Nilsson & Strömberg 2001).

Statskontorets Medborgarundersökning

Statskontorets Medborgarundersökning (Statskontoret 2002a och 2002b) hade i uppgift att ta reda på medborgarnas uppfattning om den offentliga förvaltningen. Resultatet redovisades i maj 2002. Svarsfrekvensen blev låg och Statskontoret framhåller i sin bedömning att resultaten bör tolkas med försiktighet. Analysen av bortfallet visar dock att resultaten inte skulle ha förändrats nämnvärt om svarsfrekvensen varit högre.

När det gäller verksamhetsområde är förskolan den verksamhet som medborgarna känner störst förtroende för och är nöjdast med. Äldreomsorgen och arbetsförmedlingen är de verksamheter som får lägst betyg när det gäller såväl förtroende som nöjdhet totalt. Även när det gäller medborgarnas värdering av rättssäkerhetsaspekter så har äldreomsorgen och arbetsförmedlingen fått lägst betyg.

Brukarna (dvs. de som använder en viss verksamhet) har fått sätta betyg utifrån åtta kvalitetsfaktorer. Äldreomsorgen har högre värde än medelvärdet för samtliga verksamhetsområden när det

gäller två kvalitetsfaktorer: bemötande och effektivitet. Tillgänglighet och inflytande är exempel på kvalitetsfaktorer där äldreomsorgen har lägre värden än medelvärdet.

Stefan Svallfors undersökningar av den svenska välfärdsopinionen

I antologin *Välfärdens finansiering och fördelning* (SOU 2001:57) från Kommittén Välfärdsbokslut redovisas resultatet av Stefan Svallfors undersökningar av den svenska välfärdsopinionen under åren 1986–2000. Trots vissa tillitsproblem för pensionssystemet tycks det, enligt Svallfors, som om det stora tillitsproblemet i svensk välfärdsolitik håller på att förskjutas från de statliga socialförsäkringarna till den kommunala vården, omsorgen och utbildningen.

Brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

På uppdrag av Nationella rådet för vårdpolitik presenterades i april 2002 rapporten *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? – Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvaliteten?* (Ds 2002:23). Syftet med rapporten är att ge en sammanfattande bild av resultaten i undersökningar om brukares upplevelser av äldreomsorg och hälso- och sjukvård samt värdera dessa resultat.

Avseende hälso- och sjukvården redovisas i rapporten resultatet av Landstingsförbundets rikstäckande undersökning Vårdbarometern. Resultatet innebär att nio av tio medborgare ger sjukvården godkänt betyg. Bemötande från sjukvårdspersonalen får bäst betyg, medan möjligheten att komma i kontakt med vården bedöms vara sämre. I rapporten konstateras att andelen som är missnöjda med hälso- och sjukvården är förhållandevis liten, men att SCB:s ULF-undersökningar visar att de ökat kraftigt under de senaste femton åren. Nästan hela ökningen inträffade under perioden 1984–1992. Författarna anför att detta kanske är överraskande mot bakgrund av att kritiken mot hälso- och sjukvården ofta hänvisat till de nedskärningar som blivit följderna av den ekonomiska krisen på 1990-talet.

För äldreomsorgen saknas nationella data om brukarnas bedömning av kvalitet, men det har gjorts många lokala undersökningar, framför allt under 1990-talet. Resultatet av dessa undersökningar visar att äldreomsorgen genomgående får ett gott betyg och att den allmänna nöjdheten ligger mellan 80 och 100 procent. Författarna uppskattar andelen ganska eller mycket nöjda av brukarna till omkring 85 procent. Andelen något eller mycket missnöjda bedöms ligga mellan 5 och 10 procent. Vidare konstateras att allmän nöjdhet är ett trubbigt mått på kvaliteten inom äldreomsorgen. Bristerna i äldreomsorgen framkommer tydligare när man ställer specifika frågor. Som exempel anges att det är mycket vanligt att brukarna anser att personalkontinuiteten är för låg, att det kommer ny personal utan att man fått information om detta i förväg samt att personalen har bråttom. Det sistnämnda ger författarna till rapporten en bild av stressad personal som bara hinner med den nödvändigaste servicen och fysiska omvårdnaden men som inte har tid för samtal och annan social samvaro.

Rapportförfattarna konstaterar att det inte är möjligt att med stöd av tillgängligt material uttala sig om kvaliteten i hälso- och sjukvården och äldreomsorgen har förbättrats eller försämrats under de senaste tio åren. Man anser däremot att det finns stöd för att flertalet patienter och brukare i stort sett tycks vara nöjda, men att det inte utesluter att det finns problem. Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården och bristen på flexibilitet inom äldreomsorgen lyfts fram som två stora problemområden.

7.2.6 Prognoser för behov och kostnader för vård och omsorg om äldre i framtiden

Kostnaderna för kommunernas vård och omsorg om de äldre påverkas av en mängd faktorer. De viktigaste är ålder, kön, civilstånd eller samboende/ensamboende, hälsa, utbildningsbakgrund samt etnicitet. Som exempel kan nämnas att kostnaden ökar med stigande ålder och att kostnaderna är högre för kvinnor än för män. När det gäller utvecklingen av kostnader för hälso- och sjukvård på grund av den demografiska utvecklingen är kön och ålder två faktorer som är av stor betydelse (Batljan & Lagergren 2000).

Under 1990-talet har olika prognoser för de framtida kostnaderna för vård och omsorg tagits fram. Prognoserna har gjorts med olika metoder och leder därmed till mycket olika resultat. Vid enkla

linjära framskrivningar utgår man från dagens kostnader för vård och omsorg för olika grupper och multiplicerar det med det ökande antalet äldre. Sådana framskrivningar ger mycket stora ökningar av kostnaderna. Vid komplexa linjära framskrivningar tar man förutom ökningen av antalet äldre även hänsyn till att andra faktorer som t.ex. att hälsan bland de äldre kan förbättras. Ökningen av kostnaderna blir betydligt mindre med sådana framskrivningar.

Statskontoret har på uppdrag av SENIOR 2005 gjort en genomgång av prognoser för behov och kostnader för vård och omsorg om de äldre i framtiden. Det som är gemensamt för dessa prognoser är att de utgår från samhällets kostnader ett visst år (Statskontoret 2002c). Det är ovanligt att prognoserna utgår ifrån en analys av vilken vård och omsorg som ingår i den aktuella summan eller vilken kvalitet som vården och omsorgen har. Aspekter som de stora skillnaderna mellan olika kommuner respektive olika landsting samt tillgänglighets- och kvalitetsproblem tas vanligen inte upp ens till diskussion. Ett undantag är slutrapporten från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning (Svenska Kommunförbundet 1999b).

7.3 Viktiga områden inom vård och omsorg

Det redovisade visar att det finns en osäkerhet avseende vården och omsorgen om äldre som påverkar dels de som nu är äldre och deras anhöriga, dels personer i alla åldersgrupper. Under hela livsloppet är det av vikt att människor kan känna trygghet när det gäller vård och omsorg för äldre personer. Både yngre personer och de som är äldre vid en viss tidpunkt har behov av att kunna förutse vilken hjälp, och med vilken kvalitet, man kan få från samhället i olika situationer när man är äldre och i behov av vård och omsorg. För yngre personer är denna vetskap av betydelse både som anhörig/närstående till någon som nu är äldre och inför den egna ålderdomen.

Om människor i olika åldrar känner att det är otydligt vad det gemensamma åtagandet för vård och omsorg om äldre innebär så kan det påverka tilltron och viljan att ekonomiskt bidra till den gemensamma finansieringen av vård och omsorg. I sin tur kan detta leda till att människor i olika åldrar vidtar handlingar enbart i syfte att gardera sig inför framtiden. Att människor av detta skäl, för säkerhets skull, tecknar olika former av privata försäkringar eller

börjar spara för sin ålderdom är exempel på sådana åtgärder. Dessa åtgärder kan påverka såväl den enskildes ekonomi som samhälls-ekonomin.

Mot denna bakgrund gör SENIOR 2005 bedömningen att de fyra nycklarna bör kompletteras med en femte nyckel som direkt avser vård- och omsorgsområdet:

- *Tydliggör det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer*

I arbetet med framtidens vård och omsorg om äldre har beredningen identifierat följande fem områden, som det är av stor vikt att diskutera.

- Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?
- Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle
- Hälso- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter
- Hemtjänstens innehåll
- Kvarboende

8 Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?

SENIOR 2005 konstaterar:

Socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982. Den omfattar dels socialtjänsten som helhet, dels delområden som t.ex. äldreomsorg, handikappomsorg och individ- och familjeomsorg. Socialtjänsten ska förutom individriktade insatser arbeta med strukturinriktade insatser och allmänt inriktade insatser. Kommunen har det yttersta ansvaret för att den som vistas i kommunen får den hjälp han eller hon behöver.

Under 1990-talet har de individinriktade insatserna prioriterats både inom socialtjänsten som helhet och inom äldreomsorgen. Socialtjänsten har enbart i begränsad omfattning arbetat med strukturinriktade och allmänt inriktade insatser, vilka främst varit inriktade på andra åldersgrupper än äldre.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har sjukvårdshuvudmännen (landsting och kommuner) ett ansvar för att förebygga ohälsa och verka för god hälsa i hela befolkningen.

Under senare delen av 1990-talet har intresset för hälsofrämjande och förebyggande arbete bland äldre ökat hos bl.a. kommuner och landsting, dock från en mycket låg nivå.

I vilken grad ett samhälle beaktar att människor i alla åldrar har olika behov och förutsättningar påverkar förutsättningarna för bl.a. äldre att klara sig själva i vissa situationer och att därmed kunna leva ett självständigt och oberoende liv. Bostäder, tillgänglighet till både fysiska miljöer och information, trafik, handel m.m. är exempel på några centrala områden.

Viktiga frågeställningar:

- Vilket ansvar ska hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen ha i framtiden för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?
- Hur kan stat, landsting och kommun stimulera andra aktörer i samhället att aktivt bidra till planeringen för ett samhälle med en åldrande befolkning?
- Vad kan kommuner och landsting göra för att senarelägga och/eller minska behov av vård och omsorg?

En äldre människas möjligheter att klara sig själv och inte behöva vara beroende av hjälp från andra påverkas av en mängd faktorer. De viktigaste är hälsa och funktionsförmåga. Hälso- och sjukvårdens möjligheter att diagnostisera och behandla sjukdomar och skador är en annan viktig faktor. Dessutom påverkar en mängd omgivningsfaktorer, som tillgången på bra bostäder och tillgänglighet i samhället, hur stora konsekvenserna blir av funktionsnedsättningar som beror på åldrandet, sjukdom eller skada eller kombinationer av dessa.

Mot denna bakgrund är det intressant att ur såväl ett samhälls- som ett individperspektiv uppmärksamma frågor som berör möjlig-

heterna att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador bland äldre samt hur samhället kan planera för en åldrande befolkning.

Samhället förändras kontinuerligt och många förändringar påverkar förutsättningarna för äldre att klara vissa situationer och att därmed kunna leva ett självständigt och oberoende liv. En del förändringar är främst positiva, t.ex. förbättrad tillgänglighet i kollektivtrafiken, trygghetslarm och mobiltelefoner. Andra förändringar kan vara negativa, som t.ex. nedläggning av lokala dagligvarubutiker till förmån för stormarknader utanför tätorterna, bristande tillgänglighet när det gäller såväl den fysiska miljön som möjlighet att ta del av information, omstrukturering av post- och bankverksamhet samt införande av sopsortering och återvinning av förpackningsmaterial. Förändringar av olika slag påverkar självklart alla åldersgrupper inklusive alla äldre. Däremot kan förändringarna få andra konsekvenser för äldre som har nedsatt hälsa och funktionsförmåga, och därmed är eller blir i behov av hjälp av någon annan.

Livssituationen för äldre påverkas av de flesta sektorer i samhället och ett stort antal aktörer. Ett samhälle som inte tar hänsyn till att människor har olika förutsättningar att klara olika nödvändiga aktiviteter i ett "normalt" liv bidrar till att det ställs krav på särlösningar och att enskilda människor blir i behov av hjälp och stöd i situationer som kunnat lösas på andra sätt. Kan samhället genom bättre planering och generella lösningar eliminera behoven av individuellt stöd och hjälp? Nej, det kommer aldrig att vara möjligt, utan det kommer alltid att finnas individer och situationer där det krävs speciella lösningar. Däremot borde det finnas tydliga fördelar för såväl individen som samhället om fler personer klarar sig själva utan att behöva bli beroende av hjälp från närstående eller samhällets vård och omsorg. Det finns mycket få studier av omgivningsfaktorers betydelse för äldres behov av hjälp och stöd där man belyst konsekvenser för både individen och samhället. Ett område där denna typ av resonemang tillämpats är dock färdtjänst. Sedan den 1 januari 1998 är färdtjänsten inte längre en del av socialtjänstens insatser utan en fråga inom kollektivtrafiken. Utgångspunkten för denna förändring var att om kollektiva transportmedel var bättre tillgängliga för människor med funktionshinder skulle behovet av färdtjänst minska (SOU 1995:70, prop. 1996/97:115 samt prop. 1997/98:56).

I detta sammanhang finns anledning att fundera på vilket ansvar hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen har för

såväl samhällsplanering som för hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Den nu gällande lagstiftningen som reglerar äldreomsorgen, socialtjänstlagen (1980:620 t.o.m. den 31 december 2001 och därefter 2001:453, SoL), trädde i kraft den 1 januari 1982. Lagstiftningen innebar något helt nytt på många områden, bl.a. fick socialtjänsten i uppgift att arbeta med både strukturinriktade och allmänt inriktade insatser i syfte att förebygga sociala problem förutom de individinriktade insatserna. Inom ramen för de strukturinriktade insatserna ska socialtjänsten medverka i samhällsplaneringen och bedriva uppsökande verksamhet. Information, öppna dagcentraler och uppsökande verksamhet är exempel på allmänt inriktade insatser för äldre. I socialtjänstlagen fastslås att det är kommunen som har det yttersta ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp han behöver. Det innebär att kommunen inte får avvisa någon som behöver hjälp, utan att kommunen antingen själv ska ge hjälp eller hänvisa till rätt instans. Detta ansvar innebär inte någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän, men kommunen kan vara skyldig att hjälpa till tills den egentligt ansvariga myndigheten tar över (prop. 1979/80:1 och prop. 2000/01:80). Enligt socialtjänstlagen ska kommunen planera sina insatser både för äldre och för personer med fysiska och psykiska funktionshinder. Kommunen ska i planeringen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (prop. 1987/88:176 och prop. 2000/01:80).

Den nya lagstiftningen medförde omfattande förväntningar på att socialtjänsten i allmänhet och kommunernas äldreomsorg i synnerhet skulle ta hand om och lösa problem som berörde äldre människor. Under 1980-talet och i ännu högre grad under 1990-talet har socialtjänstens och äldreomsorgens insatser för äldre fokuserats till individuellt behovsprövad vård och omsorg. Genomförandet av bl.a. Ädelreformen, den ekonomiska krisen och förändringarna inom hälso- och sjukvården, främst sjukhusvården, kan till stor del förklara denna fokusering. Under 1990-talet har de individinriktade insatserna prioriterats både inom socialtjänsten som helhet och inom äldreomsorgen. Många uppgifter tyder på att socialtjänsten enbart i begränsad omfattning har arbetat med strukturinriktade och allmänt inriktade insatser, och dessa har då främst varit inriktade på andra åldersgrupper än äldre (t.ex. Esping 1994 s. 143, SOU 2000:38 och SOU 2001:79).

Sjukvårdshuvudmännen (landsting och kommuner) har ett i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) reglerat ansvar för att förebygga ohälsa och att verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Landstingen och kommunerna ska även medverka vid finansiering, planering och genomförande av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har sjukvårdshuvudmännen ett särskilt planeringsansvar som ska ha sin utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I planeringsarbetet ska sjukvårdshuvudmännen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.

9 Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle

SENIOR 2005 konstaterar:

För att tillgodose en äldre människas behov krävs insatser från flera aktörer. Olika omsorgsgivare är olika bra på att tillgodose olika behov. Omsorgsgivarna kan komplettera varandra, men inte ersätta varandra.

Stat, landsting och kommun har det yttersta ansvaret för att den äldre människan får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Anhöriga och andra närstående utför omfattande och viktiga insatser för den enskilde. Insatser från olika frivilligorganisationer kan ha stor betydelse för enskilda.

Viktiga frågeställningar:

- Ska stat, landsting och kommun även i framtiden ha det yttersta ansvaret för att äldre människor får sina behov av vård och omsorg tillgodosedda?
- Hur kan stat, landsting och kommun främja samspelet mellan olika aktörer när det gäller vård och omsorg om de äldre?
- Finns det behov som den äldre själv eller anhöriga bör ha ett tydligare ansvar för att tillgodose?

Många äldre människor har en god hälsa och funktionsförmåga högt upp i åren och kan leva ett självständigt liv där han eller hon inte är i behov av vård och omsorg. För många äldre kommer dock en period av livet där man behöver hälso- och sjukvård eller annan hjälp under längre eller kortare tid. Insatserna kan vara begränsade eller mycket omfattande. Behov av medicinsk karaktär tillgodoses oftast av utbildad personal inom hälso- och sjukvården, medan behov av omvårdnad, omsorg och service tillgodoses av såväl familj och andra närstående, som av utbildad personal inom äldreomsorgen. I detta sammanhang är det värt att understryka att en äldre människa som har behov av vård och omsorg i något avseende i de allra flesta fall fortfarande själv kan vara givare av omsorg. Om den äldre har behov av hjälp med tyngre praktiska sysslor, kan den äldre själv ge omsorg till någon annan, äldre eller yngre, när det gäller t.ex. känslomässiga eller existentiella behov.

För människor i alla åldrar är det viktigt att kunna klara sig själv i olika situationer. Det gäller även äldre människor och då blir det även mycket viktigt att inte behöva bli mer beroende av vård och omsorg än nödvändigt. Man vill kunna "rå sig själv". När den äldre inte klarar sig själv försöker man i de flesta fall lösa situationen inom familjen, dvs. med hjälp av make/maka/sambo. Beroende på vad hjälpbehovet avser, t.ex. tyngre sysslor, kan det vara så att man vänder sig till barn och barnbarn som är bosatta i närheten. Utöver barn och barnbarn kan andra anhöriga, grannar och vänner bidra med viktiga insatser. När behoven av vård och omsorg blir mer omfattande så blir ofta den offentligt finansierade vården och omsorgen involverad. I vilket skede samhällets vård och omsorg efterfrågas varierar av naturliga skäl mycket. Den som är ensamboende och saknar nära anhöriga har troligen kontakt med samhällets vård och omsorg i ett tidigare skede än en äldre samboende person med barn och barnbarn som bor i närheten och där såväl den äldre som anhöriga vill hantera den uppkomna situationen själva. I många fall får den äldre vård och omsorg från både anhöriga och den offentliga vården och omsorgen.

Frivilligorganisationerna har under lång tid spelat en roll i svensk äldreomsorg. Detta har skett på olika sätt: genom individuella eller kollektiva insatser riktade till äldre eller genom att introducera nya verksamheter, ofta efter utländsk förebild, som Röda Korsets introduktion av hemhjälp i Uppsala.

Under 1990-talet har frivilligorganisationer åter uppmärksamats som viktiga aktörer för att tillgodose behov hos äldre (se t.ex.

prop. 1996/97:124 och prop. 1997/98:113). Det har inte genomförts några större studier eller nationella kartläggningar av vilka frivilligorganisationer som har verksamhet som riktar sig till äldre. Allmänt känt är dock att pensionärs- och handikapporganisationerna, Svenska Kyrkan, frikyrkor och andra religiösa organisationer och Röda Korset är några aktörer med verksamhet riktad till äldre (t.ex. SOU 1993:82 och Jeppson Grassman och Svedberg 1999).

Frivilligorganisationernas insatser är inte heller systematiskt kartlagda, varför det saknas kunskap om såväl vilka insatser som utförs som omfattningen av dem. Det tycks dock vara så att det främst är fråga om service och sociala insatser och sällan om omvårdnad. Som exempel på sådana aktiviteter kan nämnas studiecirklar, träffpunkter, föreläsningar, fester, utflykter och vän- eller besökstjänst. Aktiviteterna kan rikta sig både till personer i ordinarie boende och till personer i särskilt boende. Kvinnor ägnar mycket mer tid åt arbete inom de socialt inriktade frivilligorganisationerna än män (Stark & Hamrén 2000). Vissa frivilligorganisationer har aktiviteter för att stödja anhöriga som vårdar äldre (Socialstyrelsen 2002d). På några platser i landet samordnas vissa former av frivilliginsatser vid s.k. frivilligcentraler (Dahlberg 2002).

För enskilda äldre som bor i ordinarie boende med hemtjänst finns uppgifter om att det är mycket få personer som får hjälp från frivilligorganisationer. I samtliga fall är det fråga om serviceinsatser, och inte i något fall omvårdnadsinsatser (Lagergren m.fl. 2002).

Privat köpt vård och omsorg står för en mycket liten del av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen i Sverige.

Uppgifter avseende äldre i ordinarie boende med hemtjänst tyder på att det i mycket begränsad omfattning förekommer privat betald hjälp, men att detta är vanligare än insatser från frivilligorganisationer (Rahm Hallberg m.fl. 2002 och Lagergren m.fl. 2002).

Synen på vem som skall ansvara för äldre människors behov av vård och omsorg varierar mellan olika länder och kulturer och även över tid (t.ex. Europarådet 2001, Andersson & Minell 2002 och Socialstyrelsen 2002c). (För internationella utblickar se bilaga 6.) I Sverige är sedan drygt femtio år den officiella uppfattningen att samhället har det yttersta ansvaret för att äldre får behov av vård och omsorg tillgodosedda. Under lång tid var även uppfattningen att det var samhället som tillgodosåg äldres behov av omsorg. Under 1980-talet och 1990-talet publicerades flera studier (t.ex.

Sundström 1983 och Johansson 1991) som visade att anhöriga utförde den mesta omsorgen.

Det finns flera uppgifter som tyder på att de offentliga vård- och omsorgssystemens inriktning har förändrats under 1980- och 1990-talen. I ökad utsträckning har vården och omsorgen koncentrerats till de äldre som har störst behov. Det finns vidare indikationer på att minskningen av den offentliga äldreomsorgens täckningsgrad har lett till ökad anhörigomsorg, ökad användning av tjänster köpta på den öppna marknaden och eventuellt också ökade insatser från frivilligsektorn (Szebehely 2000).

En fråga som uppkommer i detta sammanhang är vilket ansvar den enskilde har för att tillgodose behov av vård och omsorg, innan han eller hon kan få vård och omsorg inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen.

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Genom biståndet ska den enskilde tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. I propositionen *Ny socialtjänstlag m.m.* (prop. 2000/01:80) anför regeringen att med uttrycket ”inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt” avses bl.a. att den enskilde måste utnyttja alla de möjligheter som står honom eller henne till buds. När det gäller försörjning innebär det att den enskilde har ansvar för att göra vad han eller hon kan för att försörja sig själv. När det gäller bistånd i form av vård- och behandlingsinsatser, stöd och hjälp – biståndsinsatser som inte har karaktären av ekonomiskt stöd för livsföringen – blir biståndsbedömningen en annan. Enligt regeringens mening får inte den enskildes ekonomi avgöra om han eller hon ska få biståndsinsatser som han eller hon är i behov av. Äldre och funktionshindrade människor ska inte behöva få sina biståndsbehov bedömda i relation till sin ekonomi.

Det finns inga motsvarande regler i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avseende den enskildes skyldigheter att själv tillgodose behov av hälso- och sjukvård. Bedömningen av behov och tillämpningen av prioriteringsgrunderna i hälso- och sjukvårdslagen kan däremot påverka om och under vilka förutsättningar den enskilde får hälso- och sjukvård.

En annan fråga som uppkommer är vilka skyldigheter anhöriga har när det gäller äldres behov av vård och omsorg i Sverige. Denna

fråga kan behandlas ur många aspekter: juridiskt, känslomässigt och praktiskt m.m.

Enligt Äktenskapsbalken (1987:230) har äkta makar en ömsidig skyldighet att bidra till familjens underhåll. Dessa regler gäller även för registrerade partner enligt lagen (1994:1117) om registrerat partnerskap. Till familjens underhåll räknas såväl ekonomi som andra insatser för den gemensamma hushållningen. Den gemensamma hushållningen innefattar de sysslor som normalt förekommer i ett hem såsom städning, matlagning, tvätt, inköp m.m. Lagstiftningen som reglerar makars rättsförhållanden förutsätter att makarna fördelar dessa sysslor mellan sig. I ett hem där ena maken på grund av sjukdom eller funktionshinder inte kan utföra en syssla får det ankomma på den andra maken att utföra den. Det innebär bl.a. att den enskilde inte har rätt till bistånd enligt socialtjänstlagen om makar kan bistå varandra ekonomiskt eller med olika sysslor i hemmet. När det gäller äkta makars skyldighet att bistå varandra praktiskt tyder de få domar som finns på att man dragit en gräns mellan sysslor i hemmet och personlig omvårdnad (Socialstyrelsen 1985a och 1985b och Esping 1994, s. 153). Domarna visar att makar har en långtgående skyldighet när det gäller att gemensamt ta ansvar för sysslor i hushållet, medan denna skyldighet inte omfattar personlig omvårdnad. För sambor finns det inte någon motsvarande reglering när det gäller äkta makars biståndsplikt mot varandra. Lagen om sambors gemensamma hem (1987:232), den s.k. sambolagen, omfattar enbart sambors gemensamma bostad och bohag. Denna lag omfattar även homosexuella sambor enligt lag (1987:813) om homosexuella sambor.

I Sverige har vuxna barn inga lagliga skyldigheter att tillgodose föräldrars behov av vård och omsorg. Denna skyldighet upphörde år 1957 när socialhjälpslagen trädde i kraft. I familjerätten fanns dock sådana regler kvar till år 1978 (Winqvist 1999).

Valet av form för familjebildning, äktenskap eller samboförhållande, har med stor sannolikhet ingen eller liten betydelse för de känslomässiga och praktiska aspekterna när det gäller att makar och sambor hjälps åt med praktiska sysslor i hemmet och i övrigt hjälper varandra.

Vuxna barn är också viktiga givare av omsorg när det gäller framför allt ensamboende föräldrar med behov av omsorg, trots att det inte är någon skyldighet enligt lag (t.ex. Winqvist 1999, Szebehely 1998, Socialstyrelsen 2002c och Lagergren m.fl. 2002).

Under 1990-talets senare del har anhörigas insatser inom vård och omsorg uppmärksammats på olika sätt. Den 1 januari 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som föreskrev att kommunen borde stödja anhöriga i deras arbete med att ge äldre, funktionshindrade och långvarigt sjuka omsorg (prop. 1996/97:124). I samband med *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113) infördes ett treårigt (1999–2001) stimulansbidrag till landets samtliga kommuner för att utveckla stödet till anhöriga. Arbetet har kommit igång och det har bedömts som mycket angeläget att det fortsätter. Mot den bakgrunden är detta ett prioriterat område i *Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården* (prop. 1999/2000:149).

I flera undersökningar, t.ex. Eurobarometern 1994 och 1999 (Andersson 1993, Walker & Maltby 1997 och Walker 1999), har man frågat både yngre och äldre om vem de vill skall utföra omsorgsinsatser om behov uppkommer. En majoritet av de svarande i Sverige vill att äldreomsorgen skall vara offentligt finansierad och utföras av samhällets äldreomsorg (Andersson & Johansson 1996, Svallfors 2001 och Andersson 2002).

För att tillgodose äldre människors behov krävs insatser från flera aktörer. I rapporten *Efter 80* (Thoraues Ohlsson 1990) redovisas att olika omsorgsgivare är olika bra på att tillgodose olika behov. Omsorgsgivarna kan komplettera varandra, men inte ersätta varandra. När det gäller behov av medicinska insatser inom hälso- och sjukvården är professionellt utbildad personal med expertkunskap de som i de allra flesta fall bäst kan utföra denna typ av insatser. Vid känslomässiga behov är ofta anhöriga och andra närstående bättre lämpade än anställd personal. Avseende existentiella behov är anhöriga och vänner ofta mer lämpade att bistå den äldre än t.ex. personal (i allmänhet) inom vård och omsorg. Personal med särskild utbildning, t.ex. psykologer och kuratorer, samt företrädare för olika trossamfund kan också ge stöd vid existentiella behov.

Det finns däremot inget svar på vem som bäst kan tillgodose praktiska behov. I vissa fall är det anhöriga och andra närstående och i andra fall är det utbildad personal som bäst utför dessa insatser. Detta kan ha många olika orsaker, t.ex. om det finns anhöriga och närstående och om de har en sådan relation att såväl den äldre som de anhöriga anser att detta är den bästa lösningen. Det kan också vara så att den äldres hälsotillstånd och funk-

tionsförmåga innebär att det krävs insatser av utbildad personal, oftast tillsammans med insatser av anhöriga och andra närstående.

Även bland anhöriga och andra närstående finns skillnader när det gäller förutsättningar att tillgodose behov. I rapporten *Efter 80* (1990) lyfter Thoraeus Olsson fram dels den särställning som livspartnern har, dels skillnaden mellan äldre och yngre omsorgsgivare. Livspartnern är den omsorgsgivare som har bäst förutsättningar i flera avseenden att tillgodose känslomässiga och existentiella behov. Äldre omsorgsgivare – livspartner, syskon, äldre anhöriga och vänner i samma ålder – är i många fall bättre på att tillgodose behov där det är en fördel att man har gemensam livsstil som ofta är relaterad till ålder. De äldre informella omsorgsgivarna är samtidigt ett bräckligare system, där personernas egen hälsa och funktionsförmåga snabbt kan förändras. Yngre omsorgsgivare – barn, barnbarn, syskonbarn – är ofta bättre än äldre omsorgsgivare att tillgodose praktiska omsorgsbehov som fordrar kraft och styrka.

På uppdrag av SENIOR 2005 har Socialstyrelsen studerat och försökt belysa framtidens anhörigomsorg samt erfarenheter av samverkan mellan den offentliga vården och anhöriga som vårdar en äldre person.

I sammanfattningen pekar Socialstyrelsen på följande:

- betydelsen av äktenskap/samboende som omsorgsform,
- betydelsen av barnens omsorgsinsatser,
- att anhöriginsatserna har ökat under 1990-talet,
- att det finns en stor beredvillighet hos medelålders och äldre svenskar i alla samhällsklasser att hjälpa gamla föräldrar i den mån man inte redan gör det,
- att kommunernas stöd till anhöriga utvecklats under senare år, men att det fortfarande finns tveksamhet kring om det når rätt personer och om det är rätt kvalitet på de insatser som ges,
- att erfarenheter från en modell med ett lättillgängligt och generöst stöd för anhöriga i Varbergs kommun visar att mycket står att vinna på ett utbyggt och lättillgängligt stöd av god kvalitet, både när det gäller vårdtagarens och anhörigas livskvalitet, samtidigt som det innebär ett bättre utnyttjande av kommunens resurser för vård och omsorg,
- att anhörigstödet i många länder utanför Norden har en stark subsidiaritetsprägel, med vilket menas att stödet främst är av ekonomisk natur och inriktat på att stärka hushållets och familjens ekonomiska situation, och därmed finns inget

ansvarstagande från samhället förrän familjens resurser är helt uttömda eller saknas av andra skäl, och

- att det i andra länder finns intressanta försök med utvecklat samarbete mellan den offentliga äldreomsorgen och frivilliginsatser, till stöd för anhöriga som kan tillämpas inom ramen för svenska förhållanden.

Inom ramen för ovan nämnda uppdrag har Socialstyrelsen låtit utföra en attitydundersökning under september 2002, där 1 040 personer i åldern 45 år och äldre intervjuades. Frågor ställdes om föräldrar, deras hjälpbehov, vem som hjälper dem och möjligheten att hjälpa dem eller ge mer hjälp än i dag respektive eventuell hjälp i framtiden. Därutöver ställdes frågor om hur man såg på den offentliga äldreomsorgen.

Av resultatet framgår att drygt 10 procent av alla personer över 45 år hade en förälder eller föräldrar som behövde tillsyn, hjälp eller vård, dvs. det var aktuellt för en tredjedel av dem som hade föräldrar i livet. I åldersgruppen 45–59 år hade 30 procent föräldrar med behov av hjälp och av dem som var 60 år eller äldre hade varannan som hade föräldrar i livet behov av hjälp.

I drygt hälften av fallen, 54 procent, uppgav de intervjuade att kommunen hade huvudansvaret för omsorgen. I 40 procent av fallen uppgav anhöriga att de hade huvudansvaret för omsorgen. I 30 procent av fallen var det så att kommunen och anhöriga delade på omsorgen, dvs. hade ett gemensamt ansvar. Äldre anhöriga uppgav mycket oftare än yngre att kommunen bar det totala ansvaret och kvinnor uppgav mycket oftare än män att ansvaret var delat mellan anhöriga och kommun. Bland högutbildade anhöriga var det vanligare än bland lågutbildade anhöriga att man delade ansvaret med kommunen, men också att man tog det totala ansvaret själv. Det var också betydligt vanligare att anhöriga tog ansvaret i storstäderna (Stockholm, Göteborg och Malmö) än i mindre städer eller i glesbygd (44 procent, respektive 38 och 29 procent).

Av de intervjuade med föräldrar i behov av hjälp såg 60 procent den nuvarande ansvarsfördelningen som den totalt sett bästa lösningen, medan 25 procent ansåg att kommunen borde ta ett större ansvar, 14 procent att både kommun och anhöriga borde ta ett större ansvar och 2 procent att anhöriga borde ta ett större ansvar. Det fanns inga ålderskillnader, men det var vanligare att kvinnor ansåg att kommunen borde ta ett större ansvar än män. De största skillnaderna fanns mellan olika ortstyper. I storstäderna var 50 pro-

cent nöjda med ansvarsfördelningen, i mindre städer 60 procent och i glesbygden 82 procent. Att kommunen borde ta ett större ansvar varierade omvänt, från 40 procent till 18 procent respektive 12 procent.

Samtliga tillfrågades om föräldrarna hade hjälp från kommunen och hur hjälpen fungerade. Föräldrarna hade ingen kommunal hjälp i 33 procent av fallen. Av de som hade hjälp tyckte 12 procent att hjälpen hade stora brister, 30 procent att den hade mindre brister och nästan hälften (48 procent) var helt nöjd.

Kvinnor var betydligt mer kritiska än män beträffande hjälpens kvalitet. Skillnaderna var också stora mellan olika ortstyper.

Tabell 25. Anhörigas uppfattning om den kommunala hjälpens kvalitet. Procent

	<i>Storstad</i>	<i>Mindre städer</i>	<i>Glesbygd</i>
Stora brister	20	14	4
Mindre brister	44	27	33
Bra hjälp	36	59	63

Källa: Socialstyrelsen 2002c.

En annan fråga gällde de intervjuades möjligheter att hjälpa äldre föräldrar.

Tabell 26. ”Att hjälpa gamla föräldrar handlar både om vad man vill och vad man kan göra samt om vad de äldre själva önskar. Vilket av följande stämmer bäst för dig?” Intervjuade personer i åldern 45–w år med förälder/föräldrar i livet. Procent

Hinder och möjligheter att hjälpa	Män	Kvinnor	Totalt
Kan inte göra mer på grund av avståndet	22	35	28
Kan inte göra mer på grund av mitt arbete	8	10	9
Kan göra mer om kommunen tar ett större ansvar	8	14	11
Kan göra mer om andra anhöriga tar ett större ansvar	3	4	3
Kan göra mer om både kommun och andra anhöriga tar ett större ansvar	8	10	9
Gör redan mycket, kan inte göra mer	25	20	22
Gör redan mycket, skulle helst vilja skära ner på ansvaret	3	4	4
Vet ej/ej svar	31	26	29

Källa: Socialstyrelsen 2002c.

Sammanfattningsvis uppger 37 procent att de inte kan göra mer, 23 procent att de kan göra mer (under vissa förutsättningar) och 25 procent att de redan gör mycket. Det är vanligare att kvinnor uppger att de inte kan göra mer, främst på grund av stort avstånd. Avstånd är ett betydligt vanligare hinder än arbete. Avståndsfaktorn är ett något större hinder för högutbildade, som oftare bor längre bort från föräldrarna.

De som hade föräldrar i livet tillfrågades också om en tänkbar framtida situation där förälder/föräldrar skulle behöva hjälp eller mer hjälp och vad som då skulle bli den sammantaget bästa lösningen för föräldern/föräldrarna och familjen i stort. Majoriteten, 75 procent, ansåg att ansvaret för tillsyn, hjälp och vård även i framtiden bör ligga huvudsakligen på kommunen, men att de flesta räknar med att anhöriga ska göra vissa insatser (48 procent). Att ansvaret huvudsakligen bör ligga på anhöriga ansåg 19 procent och i så fall önskade de allra flesta av dem vissa insatser från kommunen. Att ansvaret bör ligga helt på anhöriga ansåg 4 procent. Det innebär att de flesta, 63 procent, förespråkar ett gemensamt ansvar för äldre föräldrar. Skillnader mellan kön, utbildning och ortstyp är

små när det gäller denna fråga. De intervjuade i åldern 60 år och äldre, som troligen har äldre föräldrar med större behov av vård och omsorg, anser dock oftare att kommunen bör ha totalansvaret.

Den sista frågan som ställdes till alla, oavsett om man hade föräldrar i livet eller ej avsåg äldreomsorgens utveckling och varför färre använder offentlig äldreomsorg.

Tabell 27. ”Undersökningar visar att allt färre gamla använder kommunal hjälp och att allt fler får hjälp av sina anhöriga. Vad tror Du detta beror på? Får man inte hjälp eller avstår man av någon anledning, därför att?” Andel (procent) av samtliga intervjuade 45–w år (Flera svarsalternativ kunde lämnas.)

Åsikter om äldreomsorgens utveckling	Män	Kvinnor	Totalt
Det har blivit svårare att få kommunal hjälp	4	7	6
Kommunen gör inte det som folk behöver hjälp med	26	27	26
Den kommunala hjälpen är för dyr	26	29	28
Den kommunala hjälpen är för dålig	22	21	22
Anhörig/privat hjälp framstår i dag som bättre än kommunal hjälp	14	16	15
Annan orsak, nämligen...	21	20	14
Vet ej/ej svar	15	14	14

Källa: Socialstyrelsen 2002c.

Av dessa svar framgår att få tror att andelen äldre som får hjälp från kommunen minskat på grund av att det är svårare att få hjälp. Huvudskälet är snarare att man avstår för att man inte får den hjälp man behöver, för att den är för dyr eller för att hjälpen är för dålig. Svaren varierar mellan ortstyper. Att man avstår för att hjälpen är för dyr är ett betydligt vanligare svar i mindre städer och glesbygd än i storstäderna, där man oftare anser att det beror på att hjälpen är för dålig. Att man inte får den hjälp man behöver är ett betydligt vanligare svar i storstäderna, bland högutbildade och bland yngre intervjuade.

10 Hälsa- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter

SENIOR 2005 konstaterar:

Den nuvarande lagstiftningen inom hälso- och sjukvården reglerar landstingens och kommunernas skyldigheter att ge hälso- och sjukvård. Den enskilde har inte rätt till några särskilda insatser i olika situationer, och beslut som har fattats är inte möjliga att överklaga.

Socialtjänstlagen, som omfattar äldreomsorgen, reglerar både kommunens skyldigheter att ge insatser inom äldreomsorgen och den enskildes rätt till insatser i vissa situationer. De sistnämnda besluten är möjliga att överklaga för den enskilde.

De nuvarande lagarna inom hälso- och sjukvården respektive äldreomsorgen innebär både för- och nackdelar. För individen innebär ramlagstiftningen å ena sidan flexibilitet när det gäller både vilka problem och insatser som han eller hon kan få hjälp med, medan det å andra sidan är svårt för den enskilde att förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, man kan få i olika situationer.

Skillnaderna mellan kommuner och landsting när det gäller äldres möjligheter att få vård och omsorg och kvaliteten på den är i vissa fall mycket stora.

Viktiga frågeställningar:

- Vad kan man göra inom nuvarande lagstiftning för att förbättra möjligheterna för den äldre och dennes anhöriga att förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, som man kan få i olika situationer?
- Vad kan i övrigt göras för att den äldre och dennes anhöriga ska kunna förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, som man kan få i olika situationer?
- Finns det någon gräns för vilka skillnader mellan olika kommuner respektive landsting som är acceptabla för att enskilda i olika åldrar ska ha förtroende för vården och omsorgen om de äldre?

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten regleras främst av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (2001:453). Båda dessa lagar är s.k. ramlagar. I det följande görs ett försök att beskriva vad en ramlag är. I någon mån kommer detta även att beröra den debatt som förts och förs om denna form av lagstiftning.

Inledningsvis kan man konstatera att det vare sig inom politiken eller juridiken finns någon enhetlig och allmänt accepterad uppfattning om vad som avses med en ramlag och därmed inte heller någon definition (Esping 1994).

Ramlagstiftning har blivit vanligare under de senaste fyrtio åren, vilket till viss del hänger samman med tillväxten av den offentliga sektorn (Hydén 1984 och Esping 1994). Samhället har blivit mer komplicerat och svåröverskådligt. Behovet av offentlig styrning har ökat, vilket delvis beror på samhällets ökande sociala, ekonomiska och tekniska komplexitet, men också på ökade politiska ambitioner (Esping 1994). Nya uppgifter har tillförts den offentliga sektorn, vilket har krävt inte bara nya regler utan också en ny lagstiftningsteknik. Framväxten av ramlagar anses allmänt ha sin grund i att olika förhållanden i det moderna samhället förändras relativt snabbt och att lagstiftningen måste anpassas till dessa samhällsförändringar (Hydén 1984).

Man kan beskriva en ramlag som en lag som innehåller mål och riktlinjer. Ett annat sätt att uttrycka det är att en ramlag endast innehåller grundregler som kompletteras med mer specificerade föreskrifter. Esping beskriver begreppet ramlag enligt följande:

En lag som innehåller eller utgår ifrån en materiell målbestämning som, efter vissa regler, skall preciseras och konkretiseras av förvaltningsmyndighet, genom prejudikat från domstol, genom kommunala beslut eller genom kollektivavtal eller kombinationer därav.

(Esping 1994, s. 376)

I diskussionen om för- och nackdelar med ramlagstiftning är rättighet och rättssäkerhet två centrala begrepp.

I Socialtjänstutredningens slutbetänkande Socialtjänst i utveckling (SOU 1999:97) konstaterade man att om en social rättighet ska anses föreligga, så måste den uppfylla vissa krav. Rättigheten ska vara noga preciserad vad gäller innehåll och förutsättningar och den ska vara utkrävbar. Tydlighet och förutsebarhet är två nyckelord.

Begreppet rättssäkerhet kan ha både en formell och materiell mening. Formell rättssäkerhet avser regler kring beslutsfattande medan den materiella rättssäkerheten berör innehållet i besluten. En hög grad av rättssäkerhet kräver att juridiska beslut är bl.a. förutsebara, att rättsreglerna har ett visst mått av precision (dvs. de får inte vara för vaga och mångtydiga) och att de är generella. Genom de rättsliga beslutens förutsebarhet minskar risken för godtycklig maktutövning samtidigt som den enskilde medborgaren ges möjlighet att handla planmässigt. Medborgaren kan också kontrollera att utfallet av det rättsliga beslutet är i överensstämmelse med rättsregeln (Vahlne Westerhäll 2002).

Inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns det speciella frågor som av rättssäkerhetsskäl brutits ut från ramlagarna och reglerats i speciell lagstiftning. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kompletteras av ett antal lagar som i detalj reglerar olika förhållanden, som t.ex. lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och smittskyddslagen (1988:1472). Socialtjänstlagen (2001:453) kompletteras på ett liknande sätt av lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870) och lag om vård av unga i vissa fall (1990:52).

Hälso- och sjukvårdslagen reglerar landstingens och kommunernas skyldigheter att ge hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården skall ges på lika villkor i hela landet och vara av god kvalitet. Den enskilde har inte rätt till några särskilda insatser i olika situationer, och beslut som har fattats är inte möjliga att överklaga. Det finns dock regler i annan lagstiftning som behandlar situationen om någon felbehandlats.

Socialtjänstlagen, som omfattar äldreomsorgen, reglerar både kommunens skyldigheter att ge insatser inom äldreomsorgen och i vissa situationer även den enskildes rätt till insatser. (För ytterligare information se bilaga 3.) De sistnämnda besluten är möjliga att överklaga för den enskilde. Rättigheterna och skyldigheterna är inte detaljreglerade. (För ytterligare information se bilaga 4.)

Kommunens skyldigheter beskrivs dels i de allmänna delarna av lagen, dels i den paragraf som reglerar den enskildes rätt till bistånd (4 kap. 1 §). De allmänna delarna omfattar dels generella regler för hela socialtjänsten (2 kap. och 3 kap.), dels regler med inriktning på särskilda målgrupper som t.ex. äldre människor och människor med funktionshinder (5 kap. 5–6 §§ och 5 kap 7–8 §§).

Den enskildes rättigheter och villkoren för dessa beskrivs i den s.k. biståndsparagrafen (4 kap. 1 §).

Utformningen av socialtjänstlagen kan bl.a. ses mot bakgrund av den tidigare lagstiftningen inom det sociala området, vilken dock inte i någon större utsträckning omfattade äldreomsorgen. Lagstiftningen före år 1982, dvs. socialhjälpslag (1956:2), nykterhetsvårdslag (1954:579) och barnavårdslag (1960:7), var mycket detaljerad och reglerade exakt vilka åtgärder som skulle vidtas i olika situationer. Då socialtjänstlagen kom att omfatta betydligt fler målgrupper och situationer än tidigare lagstiftning var det vare sig möjligt eller önskvärt att t.ex. i detalj reglera skyldigheter och rättigheter. I propositionen (prop. 1979/80:1) framhölls att en mindre fast reglerad lagstiftning skulle ge större frihet vid val av tillvägagångssätt och göra det möjligt att ta större hänsyn till vad den enskilde vill och behöver. I linje med socialtjänstreformens princip om helhetssyn skulle hänsyn kunna tas till en mängd samverkande faktorer när socialtjänsten tillsammans med den enskilde skulle finna den mest ändamålsenliga åtgärden eller kombinationen av insatser. En alltför detaljerad lagstiftning skulle kunna utgöra ett hinder. Riskerna för stora standardskillnader mellan kommunerna och otydlighet avseende skyldigheter och rättigheter lyftes fram i propositionen. Möjligheten att överklaga och domstolarnas prövning av beslut samt tillsynsmyndigheternas roll anfördes som viktiga funktioner för att konkretisera den enskildes rättigheter och skyldigheter och verka för en jämnare standard mellan kommunerna.

Socialtjänstutredningen behandlade i sitt slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97) frågor om ramlag eller detaljerad lagstiftning, rättighets- eller skyldighetslagstiftning och den enskildes rättssäkerhet. Denna genomgång avsåg socialtjänsten som helhet, och uppmärksammade inte eventuella skillnader mellan olika målgrupper eller typer av insatser.

I propositionen *Ny socialtjänstlag m.m.* (prop. 2000/01:80) anför regeringen att ramlagstiftning har ansetts vara det mest effektiva sättet för regleringar som syftar till att uppnå välfärds mål. Ramlagstekniken har också gjort det möjligt att anpassa både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen till nya behov och på så sätt bidragit till att de "överlevt" trots förändringar i samhället under de senaste tjugo åren. Under dessa år har man gjort flera förändringar och några av dem har inneburit att detaljerade regler införts, t.ex. avseende försörjningsstödet.

När det gäller äldreomsorgen kan man konstatera att domstolsprövningen inte fyllt den funktion som förespeglades vid socialtjänstlagens tillkomst. Efter tjugo år finns ett fåtal prejudice-rande domar som berör äldreomsorgen. Det finns fyra domar från Regeringsrätten som avser äldreomsorg (Socialstyrelsen 2002b) och ett förhållandevis begränsat antal domar från kammarrätterna. Det har därmed inte utvecklats någon rättspraxis som kan vara till vägledning för vare sig kommunen eller den enskilde.

Kunskapen om hur möjligheten att överklaga beslut har använts inom äldreomsorgen har varit i princip obefintlig fram till november 2002. Socialstyrelsen har låtit genomföra en studie som publiceras i rapporten *De äldre och besvärsrätten* (Socialstyrelsen 2002b). Resultatet visar att antalet avslagsbeslut är mycket litet i förhållande till det stora antalet beslut som fattas (3 procent av 360 000 beslut per år i Sverige). Majoriteten av avslagsbesluten avser särskilt boende. Av dessa beslut överklagas cirka 10 procent. Det är vanligare att avslagsbeslut om särskilt boende överklagas jämfört med hemtjänst i ordinärt, 10 procent jämfört med 5 procent. Länsrätterna bifaller 40 procent av överklagandena. En betydande del av överklagandena avser emellertid beslut där kommunen inte ifrågasatt den sökandens behov utan motiverat avslaget med platsbrist. Om man räknar bort dessa mål, där man inte är oense om behovet, bifaller länsrätterna 23 procent av målen. Socialstyrelsen anför att den höga ändringsfrekvensen visar att länsrättsprövningen är viktig. Medelåldern bland dem som överklagar är 83 år. De är lågutbildade, besvärar oftare av ensamhet och har fysiska funktionshinder i betydligt högre omfattning än vad som är fallet för äldre i allmänhet. Många har betydande svårigheter att klara sin dagliga tillvaro. De äldre har sällan använt sig av ett formellt ombud vid överklagandet, men nio av tio har fått hjälp av barn eller annan nära anhörig. De anhöriga har en högre utbildningsnivå än de äldre. I rapporten redovisas också att det är stora skillnader mellan länsrätterna, och ibland även inom samma länsrätt, när det gäller t.ex. ändringsfrekvens, om man dömer målen med ensamdomare eller med nämndemän och domstolarnas avvägningar när de fattar beslutet. Socialstyrelsen konstaterar att för den äldre är möjligheten att överklaga ett beslut betydligt viktigare än att kunna vända sig med klagomål till länsstyrelsen (som tillsynsmyndighet för socialtjänsten) eller till Justitieombudsmannen (JO).

För individen innebär ramlagstiftningen å ena sidan flexibilitet när det gäller både vilka problem och insatser som han eller hon kan få hjälp med, medan det å andra sidan är svårt för den enskilde att förutse vilken vård och omsorg, och med vilken kvalitet, man kan få i olika situationer. För kommunen innebär kombinationen av ramlagstiftningen och rättighetslagstiftning möjligheter att med hänsyn till lokala förutsättningar ordna äldreomsorgen. Samtidigt är kommunens ansvar och skyldigheter inte preciserade utan kan ytterst avgöras av domstol.

Att detaljreglera kommunens skyldigheter och den enskildes rättigheter avseende äldreomsorgen skulle ställa helt andra krav på precisering av såväl de behov och/eller situationer där den enskilde ska få hjälp som de insatser som kommunen ska tillhandahålla. För den enskilde skulle det kunna bli tydligare vilken hjälp han eller hon kan förvänta sig om man uppfyller de kriterier som är preciserade i lagstiftningen. Däremot skulle en ny situation uppstå för behov som inte omfattas av detaljreglerna. För kommunen skulle en sådan reglering å ena sidan innebära att ansvar och skyldigheter preciseras så att kommunen vet vilka åtgärder som den ska vidta i olika situationer, men också minskade förutsättningar att ta hänsyn till individuella behov och förutsättningar samt till lokala förutsättningar.

Som framgår av avsnitten 5.2 och 5.4 är skillnaderna mellan olika kommuner mycket stora när det gäller andelen äldre som får insatser inom äldreomsorgen och kommunens kostnad för äldreomsorgen per invånare 65 år och äldre. En analys av förklaringarna till de lokala variationerna visar att det inte finns något tydligt samband mellan andelen med hemtjänst i ordinärt boende och andelen äldre i särskilt boende i åldersgruppen 80 år och äldre. En låg andel med hemtjänst i ordinärt boende kompenseras i mycket liten utsträckning av en hög andel i särskilt boende och tvärtom (Trydegård 2000).

Flera forskare (Berg & Sundström 1989 och Trydegård 2000) har försökt härleda variationerna till skilda kommunala förutsättningar såsom befolkning, skattekraft och politisk majoritet. Några systematiska förklaringar har dock inte kunnat påvisas.

Det finns dock starka historiska samband när det gäller utbyggnaden av hemtjänsten i ordinärt boende under perioden 1976–1997. De flesta kommuner föreföll ha en given, historiskt betingad ambitionsnivå. Denna nivå gav kommunerna en inbördes rangordning i förhållande till varandra och i förhållande till riksgenom-

snittet. Rangordningen påverkades inte nämnvärt av vare sig tvingande lagstiftning eller statliga ekonomiska stimulanser. Över tiden behöll kommunerna denna rangordning. De enskilda kommunernas utbyggnad av hemtjänsten i ordinärt boende följde dock riksgenomsnittets (Trydegård 2000).

Det finns betydande regionala skillnader även inom hälso- och sjukvården i såväl kostnader som resurstillgång och resursutnyttjande. Ett exempel på regionala variationer gäller total höftledsplastik. År 1998 varierade antalet vårdtillfällen för kvinnor sedan man tagit hänsyn till skillnader i ålder mellan landstingen från 147 per 100 000 invånare i Jönköpings län till 234 i Västerbottens län. Sannolikheten för en kvinna att få en ny höftled inopererad var alltså 60 procent högre i Västerbotten än i Jönköping år 1998. För kvinnor 85 år och äldre, som är den åldersgrupp som har det största antalet operationer per 100 000 invånare, är denna operation nästan fyra gånger vanligare i Region Skåne än i Jönköpings län (Socialstyrelsen 2002g).

Sjukvårdskostnaden per invånare varierar mycket mellan landstingen. År 2000 kostade sjukvården cirka 40 procent mer i Norrbottens län än i Kronobergs län. För primärvården var skillnaden nästan 90 procent mellan landstinget med den högsta kostnaden respektive den lägsta kostnaden, Dalarnas län respektive Kronobergs län (Socialstyrelsen 2002g).

Det är också stora skillnader mellan landstingen när det gäller vårdnivå. Samma typ av undersökning eller behandling ges i öppen vård på vissa kliniker men i slutenvård på andra. Ett sådant exempel är gråstarrsoperationer, där andelen operationer som utförs i dagkirurgi varierade mellan 82 och 100 procent. Socialstyrelsen anför att variationerna endast till mindre del kan förklaras av behovsrelaterade faktorer (Socialstyrelsen 2002g).

Enligt Socialstyrelsen är det ett generellt problem i hälso- och sjukvården att det råder brist på vetenskaplig kunskap om nyttan av och riskerna med många vård- och behandlingsinsatser. I många fall är det särskilt svagt när det gäller behandling av kvinnor, barn och äldre, vilket beror på att dessa grupper inte tagits med i kliniska studier i samma utsträckning som t.ex. yngre män. Denna situation innebär ett allvarligt praktiskt hinder för öppna, rationella prioriteringar i vården. Bristen på vetenskapliga kunskapsunderlag kan också bidra till de oförklarligt stora variationer i medicinsk praxis och vårdutnyttjande som finns i Sverige (Socialstyrelsen 2001b).

11 Hemtjänstens innehåll

SENIOR 2005 konstaterar:

Begreppet hemtjänst är inte definierat i nuvarande lagstiftning, men vad som skall ingå beskrivs i förarbeten till lagstiftningen. Den vanligaste insatsen är hemhjälp, som kan omfatta både serviceinsatser (praktisk hjälp i hemmet) och personlig omvårdnad (insatser som behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov).

Andelen äldre som får hemhjälp i ordinärt boende minskade väsentligt under 1980- och 1990-talen. Omstruktureringen har inneburit en minskad andel med (i tid räknad) mindre insatser och en ökande andel med mer omfattande insatser. Under 1990-talet förbättrades möjligheterna att få hjälp dygnet runt även vid omfattande behov av vård och omsorg, vilket gör det möjligt för äldre personer att få vård och omsorg i sin bostad. Det är personer med mindre omfattande behov som inte längre får hjälp från äldreomsorgen. Flera kommuner ger t.ex. inte längre hjälp med enbart serviceinsatser.

Olika rapporter pekar på att kvaliteten på den personliga omvårdnaden är god när det gäller den grundläggande omvårdnaden, medan det finns brister såväl när det gäller medicinsk omvårdnad som det sociala innehållet. Som exempel kan nämnas otillräckliga möjligheter till social samvaro och utevistelse samt hjälp vid rehabilitering.

Viktiga frågeställningar:

- Finns det skäl att reglera innehållet i begreppet hemtjänst i socialtjänstlagen?
- Hur skulle i så fall en sådan reglering väga omvårdnad mot serviceinsatser?
- Vad skulle i så fall en reglering innebära dels för stat och kommun, dels för individen?

Begreppet hemtjänst är inte definierat i lagtexten. I propositionen *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg* (prop. 2000/01:149) görs en genomgång av vad som anförts i tidigare propositioner och betänkanden om vad hemtjänst innefattar.

Hemtjänst innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade mot personlig omvårdnad. Av tidigare lagstiftningsärenden framgår det vilka typer av insatser som skall ingå i hemtjänsten (prop. 1997/98:113 s. 121, prop. 1996/97:124 s. 84 ff., bet. 1996/97:SoU18 s. 40 ff., jfr även prop. 1992/93:129 s. 17 f.). Med serviceuppgifter avses bl.a. praktisk hjälp med hemmets skötsel, såsom städning och tvätt, hjälp med inköp, ärenden på post- och bankkontor och hjälp med tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä och förflytta sig, sköta personlig hygien och i övrigt insatser som behövs för att bryta isolering eller för att den enskilde skall känna sig trygg och säker i det egna hemmet. Vidare ingår i hemtjänstbegreppet även viss ledsagning respektive avlösning av anhörig (bet. 1996/97:SoU18 s. 46 f.).

(prop. 2000/01:149 s. 23)

Av samma proposition framgår att hemtjänst kan ges i såväl ordinarie boende som i särskilt boende. I författningskommentaren (s. 57) framhåller regeringen särskilt att även de omvårdnads- och serviceinsatser som tillhandahålls i särskilt boende, inklusive s.k. korttidsboende, omfattas av begreppet hemtjänst.

Under 1980-talet minskade andelen äldre som får del av äldreomsorgen mycket kraftigt. Minskningen fortsatte under 1990-talet om än inte i samma takt som tidigare (SOU 2001:79). Minskningen var störst bland personer i åldersgruppen 65–79 år, men även bland personer 80 år eller äldre minskade andelen. Förändringen var större i det ordinarie boendet än i det särskilda boendet. Minskningen av andelen äldre som erhåller hjälp kan inte förklaras av en motsvarande förbättring av äldre människors hälsa, framför allt inte bland de äldsta (Szebehely 2000). Äldres hälsa och funktionsförmåga förbättrades under perioden, men ”inte så mycket att det motiverar minskningen av insatser” inom äldreomsorgen (Batljan & Lagergren 2000).

Omstruktureringen av hemtjänsten i det ordinarie boendet har inneburit en minskande andel med (i tid räknat) mindre omfattande insatser och en ökande andel med mer omfattande insatser. Andelen äldre personer med hjälpinsatser 1–9 timmar per månad minskade med cirka 4 procentenheter under perioden 1992–1997,

samtidigt som andelen med hjälpinsatser överstigande 50 timmar per månad ökade med knappt 6 procentenheter. Ett sätt att beskriva den förändringen har varit uttrycket att "omvårdnad prioriterats framför service" (Socialstyrelsen 2002f).

Utvecklingen av hemtjänsten i ordinärt boende under 1980-talen och 1990-talen innebar att insatserna koncentrerats till personlig omvårdnad medan möjligheterna att få hjälp med serviceinsatser har begränsats. Insatserna blev även mer standardiserade, vilket minskat möjligheterna för den äldre att påverka hur hjälpen utförs (t.ex. Socialstyrelsen 1997, Szebehely 2000, Socialstyrelsen 2000c och Socialstyrelsen 2002f). Denna förändring påverkade män och kvinnor på olika sätt (Szebehely 1998).

En särskild aspekt av denna utveckling är dels att insatser av social karaktär beviljas i mindre utsträckning än tidigare, dels att det sociala innehållet i den vård och omsorg som ges blivit mindre. Samtidigt finns det tecken på att behovet av sociala insatser i vissa fall blivit större (Socialstyrelsen 2002f och Länsstyrelsen i Östergötland 2002).

Den beskrivna förändringen av hemtjänstens innehåll och utformning har inte sin grund i av regering och riksdag fattade beslut som innebär att hemtjänst ges en annan innebörd än den som tidigare redovisats i propositioner och betänkanden. Den ekonomiska krisen under 1990-talet och omstruktureringen av den slutna sjukvården förefaller vara faktorer som till stor del kan förklara den förändrade inriktningen.

Det beskrivna uppmärksammar två områden inom hemtjänsten i både ordinärt och särskilt boende där det råder en otydlighet om innehållet. Det första berör serviceinsatserna i hemtjänsten och det andra berör både det medicinska och sociala innehållet i hemtjänsten.

Tillgång till service i hemmet är avgörande för äldres möjligheter till kvarboende. Att äldres behov av service kan ordnas är därför en viktig fråga inför framtiden. Det är en fråga som berör många områden, och som omfattar både insatser som kan ingå i hemtjänsten och insatser som inte ingår eller har ingått i hemtjänsten. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet gavs statligt stöd till boserviceprojekt, som byggde på att service i hemmet var en fråga med koppling till både boende och behov av äldreomsorg. Ett uttalat syfte med dessa projekt var att främja samverkan mellan kommunal hemtjänst å ena sidan och bostadsbolag och andra aktörer inom boendesektorn å andra sidan.

Under senare år har flera förslag om subventionerade service-tjänster presenterats i olika sammanhang, ibland som ett alternativ till hemtjänstens insatser. Under 1990-talet berördes möjligheterna att sänka priset på hushållstjänster av flera statliga utredningar inom ramen för bl.a. arbetsmarknadspolitiken, näringspolitiken, invandrarpolitiken och storstadspolitiken. På statlig nivå har frågan tagits upp i *Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn* (SOU 1994:43), betänkande av Tjänsteutredningen, *Sverige, framtiden och mångfalden* (SOU 1996:55), slutbetänkande från Invandrarpolitiska kommittén, *Behov och resurser i vården – en analys* (SOU 1996:163), betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), *Skatter, tjänster och sysselsättning* (SOU 1997:17), betänkande av Tjänstebeskattningsutredningen och *Tre städer – En storstadspolitik för hela landet* (SOU 1998:25), slutbetänkande av Storstadskommittén. Med två undantag, HSU 2000 och Tjänstebeskattningsutredningen, saknas socialpolitiska resonemang i dessa utredningar. Inom ramen för Svenska Kommunförbundets Äldreberedning publicerades år 1999 rapporten *Prisnedsättning av tjänster Kartläggning och analys* (Svenska Kommunförbundet 1999a).

Under senare år har det gjorts olika försök, både inom äldreomsorgen och utanför, att hitta nya lösningar för att tillgodose äldres behov av serviceinsatser. Två av de mer uppmärksammade är Svenska Kommunalarbetarförbundets pilotprojekt i Örebro (Svenska Kommunalarbetareförbundet 2001) och Linköpings kommuns modell för serviceinsatser inom ramen för äldreomsorgen (Önstorps 2002).

De prisnivåer som nämnts i utredningar och som tillämpades i Örebro-projektet är 75–100 kronor per timme. I propositionen *Avgifter inom äldre- och handikappomsorgen* (prop. 2000/01:149) redovisas att 10 procent av de äldre som får hemtjänst inte betalar någon avgift på grund av för låga inkomster. I framtiden kommer äldre som grupp att ha högre inkomster än i dag, och andelen med låga inkomster kommer successivt att minska. Under lång tid kommer det dock att finnas äldre, särskilt kvinnor, som har små inkomster (SOU 2002:29).

12 Kvarboende

SENIOR 2005 konstaterar:

Äldres möjligheter till kvarboende även när man behöver vård och omsorg har diskuterats under de senaste femtio åren. Resonemang om detta går att finna i bl.a. utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens olika utskott. Den s.k. kvarboendepincipen är dock inte entydigt definierad i vare sig förarbeten eller lagtext.

De allra flesta äldre vill bo kvar i sin bostad i ordinärt boende och få vård och omsorg där även när behoven är omfattande. I många fall innebär kvarboende en högre livskvalitet för den äldre och dennes anhöriga.

Möjligheterna till kvarboende även vid omfattande behov av vård och omsorg har förbättrats under 1990-talet genom utbyggnad av t.ex. hemtjänst dygnet runt och av hemsjukvård.

Det finns inga säkra uppgifter som visar hur det fungerar efter Ädel-reformen när det gäller den äldres möjligheter till kvarboende när han eller hon har flyttat till ett särskilt boende.

Reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ser olika ut när det gäller den äldres rätt att få insatser i det ordinära boendet. Det är ingen rättighet när det gäller hälso- och sjukvård. Däremot är det en rättighet enligt socialtjänstlagen och den enskilde kan överklaga ett avslagsbeslut till domstol.

I domar som berör frågan om den enskildes rätt att få omfattande hjälp i det ordinära boendet i förhållande till att kommunen tillhandahåller insatserna i ett särskilt boende har den enskilde i allmänhet fått rätt till omfattande insatser i det ordinära boendet. Att kommunen erbjuder plats i särskilt boende med hänvisning till ekonomiska och personella resurser förefaller ha saknat betydelse.

Det har inte gjorts några nationella utvärderingar av hur kvarboendepincipen fungerar för äldre i ordinärt boende under 1990-talet.

Viktiga frågeställningar:

- Bör den enskildes rätt till kvarboende, i både ordinärt och särskilt boende, klarläggas på ett tydligare sätt än i nuvarande lagstiftning?
- Bör det finnas gränser för när den enskilde kan kräva att insatserna ges i det ordinära boendet?
- Vilka särskilda skäl skulle i så fall kunna vara avgörande för ett sådant beslut?

Fram till mitten av 1900-talet var institutionsboende, i form av ålderdomshem, den insats som samhällets äldreomsorg kunde erbjuda en äldre person som inte längre klarade sig själv. I början av 1950-talet introducerades en ny ideologi inom äldreomsorgen, den äldre skulle få vård och omsorg i sitt hem i stället för att behöva flytta till ålderdomshem. Uttrycket ”hemvård i stället för vårdhem” myntades (Edebalk 1990 och 1991).

I samtliga kommuner utvecklades och expanderade hemhjälp och andra insatser, som färdtjänst, matdistribution och trygghetslarm under 1950-, 1960- och 1970-talen. Landstingen byggde samtidigt ut hälso- och sjukvården både i allmänhet, och med inriktning på äldre i form av långvårdskliniker, sjukhem och sjukvård i hemmet. Den allmänt förbättrade bostadsstandarden och pensionärernas förbättrade ekonomiska situation har tillsammans med utvecklingen av hemtjänsten och primärvården gjort det möjligt för äldre med behov av vård och omsorg att bo kvar i det ordinära boendet. Sedan 1970-talet har den s.k. kvarboendepincipen varit den rådande ideologin inom äldreomsorgen. Under 1980- och 1990-talen förbättrades denna möjlighet till kvarboende väsentligt, så att den i dag, i stora delar av landet, även omfattar äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg dygnet runt.

Bostadens standard och tillgänglighet samt utformningen av närmiljön i anslutning till bostaden är av stor betydelse för den äldres möjligheter att bo kvar. Det gäller både förutsättningarna för att den äldre ska kunna klara sig själv och för att anhöriga och personal ska kunna ge den vård och omsorg som behövs.

I dag bor ca 8 procent av de äldre i någon form av särskilt boende. Ädel-reformen och omstruktureringen av hälso- och sjukvården under 1990-talet har medfört att de äldre som i dag bor i ett särskilt boende har ett mycket omfattande behov av vård och omsorg (t.ex. Socialstyrelsen 1998, Socialstyrelsen 2000d, Socialstyrelsen 2001g och Socialstyrelsen 2002f).

När kvarboendepincipen introducerades var det dels ett sätt att tillgodose äldres önskemål om att få bo kvar i sin invanda miljö, dels motiverades det med att det var mindre kostsamt jämfört med institutionsboende (Edebalk 1990 och 1991).

I samband med Ädel-reformen gavs kvarboendepincipen ännu en innebörd: den äldre skulle även efter flyttning till en särskild boendeform kunna få bo kvar där resten av livet, och inte behöva flytta mellan olika särskilda boendeformer. I arbetet inför Ädel-reformen hade det framkommit att det inte var ovanligt att äldre fick flytta mellan olika särskilda boendeformer när hälsan försämrades och vård- och omsorgsbehovet blev större. Det fanns exempel på äldre som flyttat från det ordinära boendet till ett servicehus, och sen till ett ålderdomshem för att till sist vårdas på ett sjukhem.

Konsekvenserna av kvarboendepincipen är i de allra flesta fall positiva. Att kunna bo kvar i sin invanda miljö, tillsammans med nära anhöriga, ger bättre livskvalitet. Möjligheten till integritet och ett självständigt liv är större än vid flyttning till en särskild boendeform.

Möjligheterna för äldre att bo kvar i sin ursprungliga bostad även när man behöver vård och omsorg har diskuterats under de senaste femtio åren. Resonemang om detta går att finna i bl.a. utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens olika utskott (t.ex. prop. 1979/80:1, SOU 1984:78, prop. 1984/85:142, 1987/88:176 och Ds 1989:27). Den s.k. kvarboendepincipen är dock inte entydigt definierad i vare sig förarbeten eller lagtext. Det är dock möjligt att se två olika innebörder av kvarboende. Den första avser den äldres möjlighet att bo kvar i sin bostad och där få den vård och omsorg som han eller hon behöver. Den andra gäller den situation där den äldre bor i ett särskilt boende och förutsättningarna för att bo kvar där och inte behöva flytta, oavsett om behoven av vård och omsorg förändras.

I domar som berör frågan om den enskildes rätt att få omfattande hjälp i det ordinära boendet i förhållande till att kommunen tillhandahåller insatserna i ett särskilt boende har den enskilde i allmänhet fått rätt till omfattande insatser i det ordinära boendet. Att kommunen erbjuder plats i särskilt boende med hänvisning till ekonomiska och personella resurser förefaller ha saknat betydelse (Landelius 1996).

Det har inte gjorts några nationella utvärderingar av hur kvarboendeprincipen fungerar under 1990-talet. Däremot har i olika sammanhang följande aspekter på kvarboende lyfts fram:

- det ställer större krav på anhöriga,
- den äldre har inte kunnat välja att flytta till en särskild boendeform utan valfriheten har inskränkts till att kunna välja bort institutionsboende,
- att tillgodose omfattande behov av vård och omsorg i ordinärt boende är i vissa fall dyrare än att tillgodose dem i en särskild boendeform,
- ifrågasättande av om det är möjligt att tillgodose vissa behov på ett tryggt och värdigt sätt i ordinärt boende (för t.ex. personer med demenssjukdom).

Ytterligare en aspekt är om kvarboendeprincipen i vissa fall drivs så långt att den äldre vid flyttning till ett särskilt boende är i behov av så omfattande vård och omsorg att han eller hon inte har nytta av den vård och omsorg som kan erbjudas vid vissa särskilda boendeformer. Det kan t.ex. gälla för personer med långt framskriden demenssjukdom som flyttar till ett gruppboende som främst är inriktat på att tillgodose behov i ett betydligt tidigare skede av sjukdomen.

Referenser

Bilagor till fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg

1. Antal personer i åldern 65–w år fördelade på kön och åldersklasser åren 1970–2030
2. Begreppet behov och äldres behov
3. Omsorg om äldre människor enligt socialtjänstlagen
4. Utformning och tillämpning av lagstiftningen inom äldreomsorgen
5. Önskemål om vård- och omsorgsgivare
6. Internationella utblickar när det gäller vård och omsorg om äldre
7. Förtroende för och betyg på vård och omsorg för äldre

Lagar och förordningar

SFS 1954:579 Nykterhetsvårdslag
SFS 1956:2 Socialhjälpslag
SFS 1960:7 Barnavårdslag
SFS 1980:620 Socialtjänstlag
SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag
SFS 1987:230 Äktenskapsbalken
SFS 1987:232 Lag om sambors gemensamma hem
SFS 1987:813 Lag om homosexuella sambor
SFS 1988:870 Lag om vård av missbrukare i vissa fall
SFS 1988:1472 Smittskyddslag
SFS 1990:52 Lag om vård av unga i vissa fall
SFS 1991:1128 Lag om psykiatrisk tvångsvård
SFS 1993:387 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
SFS 1994:1117 Lag om registrerat partnerskap
SFS 1998:531 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
SFS 2001:453 Socialtjänstlag
SFS 2001:853 Lag om äldreförsörjningsstöd

Betänkanden från riksdagsutskott och annat material från Sveriges riksdag

Konstitutionsutskottets betänkande 1999/2000:KU6 *Nationella minoriteter i Sverige*

Riksdagens Revisorer Förslag till riksdagen 2002/03:RR4 *Nationella mål i kommunernas äldreomsorg*

rskr. 1997/98:307

rskr. 1999/2000:69

Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18 *Ändring i socialtjänstlagen*

Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU24 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Socialutskottets betänkande 2000/01:SoU18 *Ny socialtjänstlag m.m.*

Propositioner

Regeringens proposition 1979/80:1 *Om socialtjänsten*

Regeringens proposition 1984/85:142 *Om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka*

Regeringens proposition 1987/88:176 *Äldreomsorgen inför 90-talet*

Regeringens proposition 1990/91:14 *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m. (den s.k. Ädel-propositionen)*

Regeringens proposition 1992/93:129 *om avgifter inom äldre- och handikappomsorgen*

Regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*

Regeringens proposition 1996/97:115 *Mer tillgänglig kollektivtrafik*

Regeringens proposition 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*

Regeringens proposition 1997/98:56 *Transportpolitik för en hållbar utveckling*

Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Regeringens proposition 1998/99:143 *Nationella minoriteter i Sverige*

Regeringens proposition 1999/2000:79 *Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*

Regeringens proposition 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*

Regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*

Regeringens proposition 2000/01:136 *Äldreförsörjningsstöd*
Regeringens proposition 2000/01:149 *Avgifter inom äldre- och
handikappomsorg*

Skrivelser, kommittédirektiv m.m. från regeringskansliet

Regeringens direktiv 1991:50 *Översyn av socialtjänstlagen*
Regeringens direktiv 1997:109 *Översyn av vissa frågor rörande
socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter*
Regeringens direktiv 1998:109 *Parlamentarisk äldreberedning med
uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av
äldrepolitiken*

Skrifter i departementsserien

Ds C 1984:12 *Ram eller lag? Om ramlagstiftning och samhälls-
organisation.*
Ds 1989:27 *Ansvar för äldreomsorgen*
Ds 1999:5 *Sämré för Mig. Bättre för oss – En analys av pensionärer-
nas ekonomiska situation under 1990-talet*
Ds 1999:61 *Samhällets stöd till de äldre i Europa*
Ds 2002:14 *Gyllene år med silverhår – för vissa eller för alla? Ett
boksut över pensionärerens ekonomiska situation under 1990-talet*
Ds 2002:23 *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldre-
omsorgen? – Vad säger brukarundersökningar och andra mått på
kvaliteten?*

Skrifter i serien Statens Offentliga Utredningar

SOU 1984:78 *Bo på egna villkor. Om att förbättra boendet för
gamla, handikappade och långvarigt sjuka.* Betänkande från
arbetsgruppen för vissa boendefrågor avseende äldre och
handikappade.
SOU 1993:82 *Frivilligt socialt arbete. Kartläggning och kun-
skapsöversikt.* Rapport av Socialtjänstkommittén
SOU 1994:43 *Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för
den privata tjänstesektorn.* Betänkande av Tjänsteutredningen
SOU 1994:139 *Ny socialtjänstlag.* Huvudbetänkande av Social-
tjänstkommittén

- SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen
- SOU 1995:70 *Allmänna kommunikationer – för alla*. Betänkande av Samreseutredningen
- SOU 1996:55 *Sverige, framtiden och mångfalden*. Slutbetänkande från Invandrapolitiska kommittén
- SOU 1996:163 *Behov och resurser i vården – en analys*. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)
- SOU 1997:17 *Skatter, tjänster och sysselsättning*. Betänkande av Tjänstebeskattningsutredningen.
- SOU 1998:25 *Tre städer. En storstadspolitik för hela landet*. Slutbetänkande av Storstadskommittén
- SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Forskarvolym VIII från Demokratiutredningen
- SOU 1999:97 *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen. Del A och Del B
- SOU 2000:36 *Utgångspunkter för 2000-talets regionalpolitik*. Delbetänkande från Regionalpolitiska utredningen. – Bilaga/Rapport 19 Befolkningsutveckling fram till år 2010 och därefter av Ola Nygren och Lars Olof Persson
- SOU 2000:38 *Välfärd, vård och omsorg*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut
- SOU 2001:8 *Prioriteringar i vården*. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen
- SOU 2001:57 *Välfärdens finansiering och fördelning*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut
- SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut
- SOU 2002:29 *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring*. Diskussionsbetänkande av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005

Övrig litteratur

- Andersson, Lars & Johansson, Lennarth (1996) Äldres behov av och inställning till hjälp. I *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädelutvärderingen 96:6
- Andersson, Lars (2002) Äldres önskemål om vård- och omsorgsgivare. I *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 2/2002

- Andersson, Lars & Minell, Marita (2002) Familjens roll i ett EU-perspektiv. I *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 2/2002
- Avlund, Kirsten, Dyrholm, Inger-Lise, Holstein, Björn E. & Ingerslev, Jette (2001) *Forebyggelse i alderdommen*. Dafolo Forlag & Dansk Gerontologisk Selskab
- Batljan, Ilija & Lagergen, Mårten (2000) *Kommer det att finnas en hjälpsande hand?* Bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000
- Berg, Stig & Sundström, Gerdt (1989) *Kommunal och regional variation inom äldreomsorgen*. Institutet för Gerontologi i Jönköping. Rapport nr 70.
- Borell, Klas (2001) I stället för äktenskap. Åldrande och nya intimitetsformer. I *Gerontologia* 2/2001
- Borell, Klas & Ghazanfareon Karlsson, Sofie (2001) Living Apart Together. Balancing Intimacy and Autonomy in Old Age. A Contribution to the symposium on Repartnering After late Life Widowhood: The Gender Perspective, The 17th Congress of the International Association of Gerontology, Vancouver, Canada, July 1-6. Mitthögskolan i Östersund
- Dahlberg, Lena (2002) Äldreomsorgens aktörer. I *Socialgerontologi* Andersson, Lars (red.)
- Edebalk, Per Gunnar (1991) *Drömmen om ålderdomshemmet – Åldrvård och socialpolitik 1900–1952*. Meddelande från Socialhögskolan (Lund) 1991:5
- Edebalk, Per Gunnar (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – åldrvård och socialpolitik 1945–1965*. Meddelande från Socialhögskolan (Lund) 1990:4
- Eliasson Lappalainen, Rosemari & Szebehely, Marta (1996) Äldreomsorg, kvalitetssäkring och välfärdspolitik. I *Generell välfärd. Hot eller möjligheter?* Palme, Joakim & Wennemo, Irene (red). Skrift nr 3 från Socialdepartementets Välfärdsprojekt
- Esping, Hans (1994) *Ramlagar i förvaltningspolitiken*
- Europarådet (2001) *Elderly people within their family – legal and social responsibilities*. Rapport från European Committee for social cohesion CDCS(2000) 27
- Gurner, Ulla & Thorslund, Mats (2001) Helhetssyn behövs i vården av multisviktande äldre. I *Läkartidningen* 21/2001: s. 2596–2602
- Hansson, Jan-Håkan, Jegermalm, Magnus & Whitaker, Anna. (2000) *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser och anhörigstöd – en kunskapsöversikt*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 15

- Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (2002) Institutionsförtroende i *Det våras för politiken* Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (red) SOM-undersökningen 2001 SOM-rapport nr 30
- Hydén, Håkan (1984) *Ram eller lag? Om ramlagstiftning och samhällsorganisation*. Ds C 1984:12
- Integrationsverket (2002) För SENIOR 2005 bearbetad statistik från STATIV
- Institutet för Gerontologi (2001) *Om åtminstone blöjleveransen kunde komma i tid. Vårda och vårdas. Äldre och deras anhöriga, två undersökningar 2000*. (<http://hj.se/hhj/ifg/index/htm>)
- Jeppsson Grassman, Eva & Svedberg, Lars (1999) Medborgarskapets gestaltningar. Insatser i och utanför föreningslivet. I SOU 1999:84 *Civilsamhället*. Demokratiutredningens forskarvolym VIII
- Johansson, Folke, Nilsson, Lennart & Strömberg, Lars. (2001) *Kommunal demokrati under fyra decennier*.
- Johansson, Lennarth (1991) *Caring for the Next of Kin. On Informal Care of the Elderly in Sweden*. Akademisk avhandling vid Institutionen för socialmedicin vid Uppsala universitet
- Johansson, Lennarth & Sundström, Gerdt (1999) Obelysta insatser kastar nytt ljus över nedskärningar. I *Äldre i Centrum* nr 4/1999
- Lagergren, Mårten, Hedberg, Rose-Marie, Lundberg, Lena & Meinow, Bettina (2002) *Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen-Essingen. Baslinjeundersökning 2001-02-01 på Kungsholmen-Essingöarna*. SNAC-rapport nr. 1. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2002:3
- Landelius, Ann-Charlotte (1996) *Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten*. Nerenius & Santerus Förlag
- Landstingsförbundet (2000) *Kan hela Sverige leva? – Tre scenarier för länens befolkningsutveckling till 2030*
- Landstingsförbundet (2002a) *Medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk sjukhusvård 22 maj 2002*
- Landstingsförbundet (2002b) *Statistisk årsbok för landsting 2000*
- Landstingsförbundet (2002c) *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992–2000*
- Länsstyrelsen i Östergötland (2002) *Vardagsituationer i särskilt boende*. Rapport 2002:1
- Nilsson, Lennart (2002) Flernivådemokrati och välfärdspolitik i *Det våras för politiken* Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (red) SOM-undersökningen 2001 SOM-rapport nr 30

- Rahm Hallberg, Ingalill m.fl (2002) *Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65 år och däröver, våren 2001*. En delstudie i SNAC. Rapport 1. Medicinska fakulteten, Lunds universitet och Region Skåne
- SCB (2000) *Äldres levnadsförhållanden 1980-1998*. I samarbete med Socialdepartementet och Socialstyrelsen. Rapport 93
- SCB (2001) *Befolkningsprognos för åren 2001-2050*.
- SCB (2002) *Befolkningsstatistik 2001, del 3*
- Smedby, B, Wennström, G & Wictorsson, K-E. (1977) *Vårdkonsumtion, resursutveckling och planering*. I *Prevention, vård och kontroll* Inge, G. (red) Scandinavian University Books
- Socialstyrelsen (1985a) *Rättsfall om social hemtjänst – 2 Meddelandeblad nr 8/85*
- Socialstyrelsen (1985b) *Rättsfall om färdtjänst Meddelandeblad nr 30/85*.
- Socialstyrelsen (1993) *Äldre i Sverige och Europa*. Ädelutvärderingen 93:4
- Socialstyrelsen (1994) *Hemma på äldre da´r*. Ädelutvärderingen 94:17
- Socialstyrelsen (1996) *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädel-utvärderingen 96:6
- Socialstyrelsen (1997) *Hjälp till vardags – kommunala riktlinjer och rättspraxis inom äldreomsorgen*. Äldreuppdraget 97:2
- Socialstyrelsen (1998) *Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädel-reformen*. Äldreuppdraget 98:11
- Socialstyrelsen (1999) *Hur gick det sen? En uppföljning av 1996 års studie av hemmaboende äldre i Jönköping*. Äldreuppdraget 1999:3
- Socialstyrelsen (2000a) *Bo hemma på äldre da´r*. Äldreuppdraget 2000:11
- Socialstyrelsen (2000b) *Demenssjukdomarnas samhällskostnader*. Äldreuppdraget 2000:14
- Socialstyrelsen (2000c) *Äldreuppdraget Slutrapport*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:4
- Socialstyrelsen (2000d) *20 års erfarenhet av Äldres flyttningar till service och vård*. Äldreuppdraget 2000:4
- Socialstyrelsen (2001a) *Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning*
- Socialstyrelsen (2001b) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*
- Socialstyrelsen (2001c) *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001*

- Socialstyrelsen (2001d) *Folkhälsorapport*
- Socialstyrelsen (2001e) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Lägesrapport 2001*
- Socialstyrelsen (2001f) *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen*
- Socialstyrelsen (2001g) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning*
- Socialstyrelsen (2001h) *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige*
- Socialstyrelsen (2001i) *Äldres rätt att flytta. Kommunernas tillämpning av 6 b § SoL*
- Socialstyrelsen (2002a) *Anhörig 300 – Slutrapport*
- Socialstyrelsen (2002b) *De äldre och besvärsrätten Överklagade beslut om hemtjänst och särskilt boende*
- Socialstyrelsen (2002c) *Framtidens anhörigomsorg*
- Socialstyrelsen (2002d) *Frivilligorganisationerna och anhörigstödet*
- Socialstyrelsen (2002e) *Jämförelsetal för socialtjänsten år 2001*
- Socialstyrelsen (2002f) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport*
- Socialstyrelsen (2002g) *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*
- Socialstyrelsen (2002h) *Äldre – vård och omsorg år 2001. Sveriges officiella statistik. Socialtjänst 2002:3*
- Stark, Agneta & Hamrén, Robert (2000) *Frivilligarbetets kön. En översikt*. Svenska Kommunförbundet
- Statens folkhälsoinstitut (2001) *Folkhälsoarbete bland äldre. Hur har hälsofrämjande sjukdomsförebyggande arbete bland äldre förlopt?* Rapport 2001:38
- Statskontoret (2002a) *Att ta reda på vad folket tycker – En pilotundersökning om medborgarnas syn på offentlig förvaltning*. Rapport 2002:12
- Statskontoret (2002b) *Att ta reda på vad folket tycker. Bilaga A Resultatbilaga*. Rapport 2002:12A
- Statskontoret (2002c) *Kan man mäta de framtida behoven av resurser för vård och omsorg om de äldre?* Rapport 2002:10
- Sundström, Gerdt (1983) *Caring for the Aged in Welfare Society*. Doktorsavhandling vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet
- Sundström, Gerdt & Samuelsson, Gillis (2001) Risk är något annat än genomsnitt. I *Aldring & Eldre* 2001:4
- Svallfors, Stefan (2001) Kan man lita på välfärdsstaten? – Risk, tilltro och betalningsvilja i den svenska välfärdsopinionen 1997–

2000. I *Välfärdens finansiering och fördelning*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2001:57
- Svenska Kommunalarbetareförbundet (2001) *80+ Seniorervice. Subventionerad hemtjänst för seniorer* av Andersson, Rolf och Hatlevall, Tor
- Svenska Kommunförbundet (1998a) *En samlad lag om vård och omsorg. Ett diskussionsunderlag*
- Svenska Kommunförbundet (1998b) *Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. I samarbete med Folkhälsoinstitutet. Skrifter från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning nr. 2
- Svenska Kommunförbundet (1999a) *Prisnedsättning av tjänster. Kartläggning och analys*. Skrifter från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning nr. 4
- Svenska Kommunförbundet (1999b) *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet*. Slutrapport från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning
- Svenska Kommunförbundet (1999c) *Äldreomsorg i jämförelse: modell och analys*. Skrifter från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning nr. 5
- Svenska Kommunförbundet (2002a) *Aktuellt om äldreomsorgen*.
- Svenska Kommunförbundet (2002b) *Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna*
- Svenska Kommunförbundet (2002c) *Äldre invandrare*. Opublicerat arbetsdokument 2002-11-05
- Szebehely, Marta (1998) *Hjälp i hemmet i nedskärningstid – hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män*. I Sandqvist, A-M (red.) *Åt var och en efter behov*
- Szebehely, Marta (2000) *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer i Välfärd, vård och omsorg*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2000:38
- Thoraes Olsson, Ojan (1990) *Efter 80. En undersökning om äldre människors sociala omsorgsbehov och deras omsorgssituation*. Rapport i socialt arbete nr 48. Socialhögskolan, Stockholms universitet
- Thorslund, Mats, Lundberg, Olle, Parker, Marti G. & Ahcic, Kozma (1996) *Klass, hälsa och funktionsförmåga bland de allra äldsta*. I *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädelutvärderingen 96:6

- Thorslund, Mats & Larsson, Kristina (2002) *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Trydegård, Gun-Britt (2000) *Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care*. Doktorsavhandling vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet
- Vahlne Westerhäll, Lotta (red.) (2002) *Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten*
- Walker, Alan (1999) *Attitudes to population ageing in Europe. A comparison of the 1992 and 1999 Eurobarometer Surveys*. www.shef.ac.uk/uni/academic/R-Z/socst/staff/a_walker.htm
- Walker, Alan & Maltby, Tony (1997) *Ageing Europe*. Open University Press
- Winfridsson, Gudrun (2002) Folkhälsoarbete bland äldre väl använda pengar. I *Utblick Folkhälsa* nr 3. Statens folkhälsoinstitut
- Winqvist, Marianne (1999) *Vuxna barn med hjälpbehövande föräldrar – en livsformsanalys*. Doktorsavhandling vid Sociologiska institutionen, Uppsala universitet
- Äldrecentrum (2001) *Äldres hälsa och välbefinnande – en utmaning för folkhälsoarbetet*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Önstorp, Bror (2002) Förenklat serviceavtal i stället för biståndsbeslut. I *Äldreomsorg* nr 1/2002

Förteckning av bilagor

1. Antal personer i åldern 65–w år fördelade på kön och åldersklasser åren 1970–2030
2. Begreppet behov och äldres behov
3. Omsorg om äldre människor enligt socialtjänstlagen
4. Utformning och tillämpning av lagstiftningen inom äldreomsorgen
5. Önskemål och vård- och omsorgsgivare
6. Internationella utblickar när det gäller vård och omsorg om äldre
7. Förtroende för och betyg på vård och omsorg för äldre