

Bilagor till 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 bilagorna till *Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre* inte innehåller några slutliga ställningstaganden från beredningen. De är ett underlag som ingår som en del i beredningens arbete.

Innehåll

1	Antal personer i åldern 65–w år fördelade på kön och åldersklasser åren 1970–2030.....	139
2	Begreppet behov och äldres behov	143
3	Omsorger om äldre människor enligt socialtjänstlagen	159
4	Utformning och tillämpning av lagstiftningen inom äldreomsorgen	183
5	Önskemål om vård- och omsorgsgivare	203
6	Internationella utblickar när det gäller vård och omsorg om äldre	217
7	Förtroende för och betyg på vård och omsorg för äldre	243

Antal personer i åldern 65–w år
fördelade på kön och åldersklasser
åren 1970–2030

Folkmängd i åldersgrupperna 65-79 år och 80-w år fördelad på kön åren 1970-2000 och prognos för perioden 2005-2030

År	65-79 år			80-w år			Totalt 65-w år		
	Män	Kvinnor	Båda könen	Män	Kvinnor	Båda könen	Män	Kvinnor	Båda könen
1970	419 000	504 000	923 000	76 000	113 000	189 000	495 000	617 000	1 112 000
1980	496 000	603 000	1 099 000	95 000	168 000	263 000	591 000	771 000	1 362 000
1990	521 000	636 000	1 157 000	129 000	240 000	369 000	650 000	876 000	1 526 000
1995	508 000	620 000	1 128 000	145 000	270 000	415 000	653 000	890 000	1 543 000
2000	490 000	588 000	1 078 000	159 000	293 000	452 000	649 000	881 000	1 530 000
2005	501 000	575 000	1 076 000	173 000	313 000	486 000	674 000	888 000	1 562 000
2010	589 000	641 000	1 230 000	178 000	314 000	492 000	767 000	955 000	1 722 000
2015	689 000	736 000	1 425 000	181 000	310 000	491 000	870 000	1 046 000	1 916 000
2020	728 000	781 000	1 509 000	202 000	321 000	523 000	930 000	1 102 000	2 032 000
2025	728 000	774 000	1 502 000	261 000	382 000	643 000	989 000	1 156 000	2 145 000
2030	737 000	774 000	1 511 000	310 000	446 000	756 000	1 047 000	1 220 000	2 267 000

Källa: SCB:s Befolkningsprognos 2001 (BE 18 SM 0101).

Folkmängd i åldersgruppen 80-w år fördelad på kön och femårsklasser år 1970-2000 samt prognos för åren 2005-2030

År	80-84 år		85-89 år		90-94 år		95-w år		Totalt 80-w år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
1970	50 000	72 000	20 000	31 000	5 000	9 000	700	1 400	75 700	113 400
1980	62 000	101 000	25 000	49 000	7 000	15 000	1 000	3 000	95 000	168 000
1990	83 000	137 000	34 000	73 000	10 000	25 000	2 000	5 000	129 000	240 000
2000	97 000	151 000	46 000	94 000	14 000	39 000	2 000	9 000	159 000	293 000
2005	102 000	156 000	52 000	101 000	16 000	44 000	3 000	12 000	173 000	313 000
2010	98 000	144 000	57 000	106 000	19 000	50 000	4 000	14 000	178 000	314 000
2015	100 000	138 000	56 000	101 000	21 000	54 000	4 000	17 000	181 000	310 000
2020	118 000	152 000	58 000	98 000	21 000	52 000	5 000	19 000	202 000	321 000
2025	162 000	200 000	71 000	111 000	23 000	52 000	5 000	19 000	261 000	382 000
2030	176 000	218 000	100 000	148 000	28 000	60 000	6 000	20 000	310 000	446 000

Källa: SCB:s Befolkningsprognos 2001 (BE 18 SM 0101).

Begreppet behov och äldres behov

Innehåll

1	Inledning.....	147
2	Definitioner	147
3	Klassificeringar av behov.....	148
3.1	Behovsmodeller.....	148
3.2	Behovsperspektiv	149
3.3	Behov som ett relativt begrepp	150
3.4	Behov som social konstruktion.....	150
4	Behov ur ett politiskt perspektiv.....	151
5	Äldres behov.....	152
5.1	Praktiska, emotionella och existentiella behov	152
5.2	Egen skattning av hälsa och funktionsförmåga samt behov av hjälp.....	153
5.3	Anhörigas hjälp	154
5.4	De äldre som mottagare av hjälp.....	155
5.5	Äldre eller anhörigas uppfattning om hjälpbehov	156
	Referenser.....	157

1 Inledning

Begreppet behov är inte något entydigt begrepp, men ofta används det som om det fanns en helt självklar betydelse som är giltig för alla och som inte förändras över tid.

Begreppet behov är ett centralt begrepp när det gäller insatser inom hälso- och sjukvård och omsorg om äldre. Syftet med texten i denna bilaga är att visa på några sätt att resonera kring behovsbegreppet och äldre. Först görs en genomgång av begreppet behov ur ett teoretiskt perspektiv och därefter ges några exempel på hur man kan se på äldres behov.

2 Definitioner

Ett sätt att definiera begreppet behov är att se hur begreppet beskrivs i ett allmänt uppslagsverk. Enligt Nationalencyklopedin är behov ett inneboende krav på upphävande av viss brist, medvetet eller omedvetet. Det används särskilt om djupare mänskliga drivkrafter.

Begreppet behov är mångtydigt och definitionen av begreppet är beroende av i vilket vetenskapligt sammanhang som det används. Sammanfattningsvis kan man konstatera att inom medicin och psykologi beskrivs ofta behov som egenskaper knutna till individen, medan man inom sociologi och socialantropologi försöker sätta in individens behov i ett samhälleligt sammanhang (Thorslund & Larsson 2002).

Inom medicinen, där individen är utgångspunkten, skiljer man på önskningar och behov. Med önskningar menas sådana behov som individerna själva uppfattar sig ha, medan behov är brister som någon annan person, professionell eller lekman, konstaterar (Thorslund & Larsson 2002).

Gemensamt för de olika definitionerna är att med behov avses att en individ saknar något som han eller hon antingen behöver för att överleva eller för att individens välbefinnande skulle förbättras i något avseende. En människa har behov som hon på olika sätt försöker tillgodose genom olika *behovstillfredsställande beteenden*. Detta lyckas ibland och ibland inte. Orsaken till att det inte lyckas är ett *behovshinder*, som kan vara inre eller yttre, biologiskt,

psykologiskt eller socialt. Om behovet förblir otillfredsställt, uppstår en *frustration*.

3 Klassificeringar av behov

Under historiens lopp har många försök gjorts att beskriva och klassificera människans behov. Dessa beskrivningar och klassificeringar utgår från hur man ser på behov. Ett sätt att beskriva behov är att utgå utifrån begreppen *behovsmodell* och *behovsperspektiv* (Eneroth 1988). Med behovsmodell menas en modell för hur behov, resurser och tillfredsställelse/otillfredsställelse hänger samman. Behovsperspektivet tydliggör hur man ser på behovens karaktär, om de är medfödda eller förvärvade.

3.1 Behovsmodeller

Enligt den atomistiska behovsmodellen är människan uppbyggd av en uppsättning behov vilka kan särskiljas från varandra och vilka i grunden existerar oberoende av varandra. Det kan dock finnas vissa yttre relationer mellan de olika behoven, vilket uttrycks i behovshierarkier, t.ex. Maslows behovstrappa. Med detta förhållningssätt så är tillfredställelsen av ett behov i grunden oberoende av att något annat behov tillfredsställs, om man bortser från eventuell turordning i en behovshierarki. Helheten enligt den atomistiska behovsmodellen är summan av delarna (Eneroth 1988).

Enligt den holistiska behovsmodellen måste människan betraktas som en helhet som inte kan brytas ner i olika beståndsdelar. En helhetssyn på mänskliga behov utgår ifrån att behoven har inre relationer. Även utifrån denna modell kan enskilda behov identifieras, men dessa ses då inte som avgränsbara från andra behov. Det är därmed inte möjligt att tillfredsställa ett enstaka, lösryckt behov. Helheten blir något mer än summan av sina delar, samtidigt som delarna blir begripliga först i relation till helheten (Eneroth 1988 och Westlund & Clow 1996).

3.2 Behovsperspektiv

Det finns många sätt att beskriva olika typer av behov. Det som är gemensamt är att de försöker beskriva någon form av uppdelning av å ena sidan grundläggande/medfödda/objektiva behov och å andra sidan skapade/förvärvade/subjektiva behov.

Med grundläggande/medfödda/objektiva behov avses basala behov som alla individer har, t.ex. husrum, mat, viss trygghet samt viss gemenskap. Med skapade/förvärvade/subjektiva behov avses sådana behov som är knutna till en människas bakgrund, preferenser och livssituation. Absoluta och relativa behov samt primära och sekundära behov är andra sätt att uttrycka denna skillnad.

Enligt det förstnämnda synsättet, det naturalistiska, har människan vissa grundläggande behov som är biologiskt eller psykologiskt givna. Dessa behov antas vara medfödda och inte förvärvade. I enlighet med denna teoribildning relateras behov till en människas biologiska och psykologiska överlevnad (Eneroth 1988). Behov är något absolut enligt detta synsätt.

Enligt det andra synsättet, det icke-naturalistiska, räcker det inte med att analysera människans förhållande till sig själv för att förstå hennes behov utan man måste också analysera förhållandet till andra människor och de ting som hon omger sig med. Många behov grundas i människans sociala och materiella förhållanden. Att människan har förmåga att betrakta sig själv och sina behov samt förändra dessa är en punkt för kritik av den naturalistiska teorin (Westlund & Clow, 1996).

Teorin om medfödda behov har mött stark kritik. Samtidigt har den haft en betydande genomslagskraft i tänkandet kring mänskliga behov, inte minst som en följd av att den står i samklang med utvecklingspsykologiska föreställningar om hur barn och ungdomar utvecklas till vuxna människor. Till kritiken hör bl.a. att begreppet grundläggande behov är problematiskt, eftersom överlevnad inte kan vara det enda kriteriet för vad som är grundläggande. Sett i ett individuellt tidsperspektiv har alla människor behov av att få sammanfatta sina liv och dö i frid med det som varit (Westlund & Clow 1996).

3.3 Behov som ett relativt begrepp

Den finländske filosofen Georg Henrik von Wright har genom följande definition försökt bestämma begreppet behov:

En varelse behöver sådant som det är illa för den att undvara.

Denna enkla definition visar att behov är ett relativt begrepp som varierar mellan samhällsgrupper och över tid (Thorslund & Larsson 2002). Vad som är illa att undvara är ofta en fråga om värderingar. Vad som är illa att undvara för en människa är det inte nödvändigtvis för en annan. Formuleringen att ”någon har det illa” är vag, men det måste vi finna oss i, anför von Wright. ”Det leder till en falsk beskrivning av verkligheten om man använder sig av mer exakta (precisa) begrepp än vad ämnet tillåter”, anser von Wright (Thoraues Olsson 1990). Uppfattningen om vad som är nödvändigt för att överleva har både en kulturell och en materiell innebörd som varierar från samhälle till samhälle och över tid (Thorslund & Larsson 2002).

Med utgångspunkt i socialpsykologisk konsumentforskning har den finske sociologen Kaj Ilmonen framfört en liknande uppfattning: Alla behov som människor upplever som verkliga är verkliga. Enligt hans uppfattning är det inte möjligt att studera behov utan att samtidigt studera formerna för behovstillfredsställelse. Sätten att tillfredsställa behoven beror till stor del på både historiska och kulturella faktorer och på hur individerna skolas in i det sociala livet (Thorslund & Larsson 2002).

3.4 Behov som social konstruktion

Behov kan också ses som sociala konstruktioner, där ett behov skapas genom ett samspel mellan den enskilde, anhöriga och samhället. Bradshaw har gjort följande uppdelning efter att ha studerat hur behovsbedömningar gjordes.

1. *Normativa behov* innebär att man bestämmer en önskvärd standard som sedan jämförs med faktiska förhållanden. Det kan gälla t.ex. gränsen för trångboddhet eller existensminimum. Normativa behov förändras över tid av flera orsaker: ökade kunskaper, förändrade samhällsförhållanden och förändrade värderingar.

2. *Upplevda behov* är det samma som önskemål, vilka inte alltid leder till efterfrågan.
3. *Uttryckta behov* är upplevda behov som leder till att den enskilde efterfrågar något. Detta ställer krav på att den enskilde kan uttrycka sina behov.
4. *Komparativa behov* innebär att behovsnivån bestäms genom att man studerar och jämför vad som är vanligt för personer eller grupper som bedöms som likartade.

Bradshaw har sedan kombinerat dessa behovsdefinitioner på tolv olika sätt. Den ”enklaste” kombinationen blir då den person som bedöms ha, eller inte ha, ett behov enligt alla fyra definitionerna. En betydligt mer komplicerad situation uppstår om personen vare sig upplever eller uttrycker behov, men som av utomstående bedömare anses ha behov (normativa och komparativa behov) (Thorslund & Larsson 2002).

4 Behov ur ett politiskt perspektiv

Begreppet behov används också i politiska sammanhang. Enligt Bergmark har ett sätt att vinna legitimitet för olika politiska ambitioner varit att hänvisa till existerande behov i samhället. Ett annat sätt är att tala om behov i befolkningen och använda det som underlag för att rättfärdiga de egna idéerna om hur samhällets resurser skall fördelas. Detta sätt att använda ordet behov ger olika politiska krav större tyngd och ett intryck av objektivitet (Thorslund & Larsson 2002).

En annan dimension av användandet av behov i politiken är valet av perspektiv.

Politiker och experter använder ofta begreppet behov utifrån ett ”ovanifrån-perspektiv”, dvs. de uttalar sig om vilken del av samhällets gemensamma resurser som andra personer skall få ta del av. Om önskemålen kommer ”nerifrån”, formuleras kraven inte i form av behov för enskilda personer, utan som rättigheter för hela grupper. Hirdman har uttryckt det som att det svenska välfärds-samhällets historia har präglats av en politisk kamp för att fastställa var gränsen skall dras mellan generella åtgärder som riktar sig till större grupper och individuella och behovsprövade åtgärder (Thorslund & Larsson 2002).

5 Äldres behov

Med utgångspunkt i de allmänna resonemang om behov som redovisats tidigare kommer i detta avsnitt (avsnitt 5) att redovisas forskning som på olika sätt försöker beskriva äldres behov av vård och omsorg. Dessa studier har genomförts på många olika sätt och med olika utgångspunkter. Några få studier har försökt definiera äldres behov, medan andra haft som utgångspunkt den äldres hälsa och funktionsförmåga. Ett tredje sätt har varit att fråga om vad den äldre får hjälp med, ibland med utgångspunkt i den äldres bedömning, i andra fall med utgångspunkt i omsorgsgivarens beskrivning. Vissa studier omfattar enbart behov av social omsorg, och utesluter behov av mer medicinsk karaktär. Vissa studier omfattar enbart personer i ordinärt boende medan andra omfattar äldre både i ordinärt och särskilt boende.

5.1 Praktiska, emotionella och existentiella behov

I sin doktorsavhandling *Efter 80* redovisar Thoraeus Olsson (1990) en undersökning av äldre människors (80 år och äldre) sociala omsorgsbehov och deras omsorgssituation. Vid beskrivningen av sociala omsorgsbehov utgick Thoraeus Olsson från den äldres egen beskrivning av de svårigheter som han eller hon mötte i sin livsföring och som den äldre inte kunde handskas med på ett för henne tillfredsställande sätt. Begreppet sociala omsorgsbehov definierades som hjälp eller stöd för att komma till rätta med dessa svårigheter. De svårigheter som den äldre möter kan vara praktiska, emotionella eller existentiella och därför kan den omsorg som den äldre behöver vara av praktisk, emotionell eller existentiell natur.

De olika formerna av behov definierar Thoraeus Olsson enligt följande:

- Praktiska omsorgsbehov är dels av servicekaraktär, dels av omvårdnadskaraktär. Behov av servicekaraktär är hjälp med hushållssysslor som t.ex. städning, inköp och tvätt samt trädgårdsarbete. Behov av omvårdnadskaraktär omfattar hjälp som avser den egna personen, t.ex. hygien, på- och avklädning, matning samt toalettbesök.
- Emotionella omsorgsbehov uttrycks i känslor som att känna otrygghet, att känna sig betydelselös och att känna sorg.

- Existentiella omsorgsbehov avser behov av att finna en mening i den tid som är kvar, att finna en mening med livet sammantaget samt att förbereda sin bortgång.

Thoraeus Olsson konstaterar att de två faktorer som i störst utsträckning påverkar omsorgssituationen är kön(sroller) och civilstånd. En annan faktor som påverkar omsorgssituationen är den äldres inställning till omsorg. Vissa äldre får inte omsorg därför att de vill klara sig själva. De vill inte ta emot hjälp, speciellt inte från de formella omsorgssystemen.

5.2 Egen skattning av hälsa och funktionsförmåga samt behov av hjälp

Ett annat sätt att studera äldres behov av hjälp har varit att fråga den enskilde om hälsa och funktionsförmåga samt om han eller hon behöver och får daglig hjälp.

Sedan närmare trettio år gör SCB intervjuundersökningar av levnadsförhållanden, (ULF). Undersökningen omfattar omkring 8 000 personer årligen i åldrarna 16–84 år. (Före år 1975 var den övre åldersgränsen 75 år.) I undersökningen ingår bl.a. frågor om hälsan och dessa omfattar bl.a.

- en egen bedömning av det allmänna hälsotillståndet,
- förekomst av långvariga sjukdomar,
- förekomst av långvariga sjukdomar med svåra besvär,
- förekomst av olika former av funktionsnedsättningar (rörelseförmåga, syn, hörsel),
- brister i det psykiska välbefinnandet (sömnbesvär, ångslan, oro, ångest).

SCB frågar också om behov av hjälp med olika sysslor, vem som hjälper till samt om man anser att man får tillräcklig hjälp.

Resultaten av dessa frågor visar att hälsa och funktionsförmåga spelar stor roll för äldres behov av omsorg. Behoven är starkt relaterade till ålder och skillnaderna mellan män och kvinnor är stora. När det gäller behov av hjälp finns frågor som berör funktionsförmåga, dvs. den enskilde skall på en skala svara på om han eller hon kan:

- bära 5 kg
- gripa, t.ex. vrida kranar
- gå i trappor
- gå kortare promenader

När det gäller vilka sysslor man får hjälp med tar frågorna upp såväl hushållssysslor som personlig omvårdnad. Städning, tvätt, matinköp och matlagning är exempel på hushållssysslor. Hjälp med bad eller dusch samt att stiga upp och/eller lägga sig är exempel på personlig omvårdnad (SCB 2000).

Det finns två problem med att försöka bedöma äldres behov av vård och omsorg med utgångspunkt i ULF-undersökningarna. Det första är att undersökningarna enbart omfattar personer upp till 84 år. Det andra är att frågorna om behov av hjälp är styrda på ett sådant sätt att de omfattar enbart praktisk hjälp, främst sysslor som kan ingå i hemtjänsten.

5.3 Anhörigas hjälp

Äldres behov av hjälp och stöd kan också beskrivas utifrån svar på frågan vilken hjälp som anhöriga ger de äldre. Svaren beror på om det är de anhöriga eller de äldre som svarar. En annan aspekt är om man relaterar anhörigas insatser till faktiska hjälpbehov.

Ett sätt att beskriva anhörigas hjälp och stödinsatser är det klassificeringssystem som Horowitz utarbetat. Hon utgår från fem breda kategorier:

1. känslomässig hjälp
2. direkt praktisk hjälp
3. hjälp att agera ombud för kontakter med myndigheter och organisationer
4. ekonomisk hjälp
5. delat hushåll.

Många forskare menar att den känslomässiga hjälpen ofta tas för given i de relationer som finns mellan anhöriga och att man därför inte frågar efter den i olika undersökningar. I de studier där den känslomässiga hjälpen finns med som kategori pekas den ut av anhöriga som det strategiskt viktigaste för den äldre. Kärnan i de hjälpinsatser som ges är den direkta praktiska hjälpen. Den kan omfatta en mängd olika aktiviteter som: att handla dagligvaror, att

gå enklare ärenden, att ordna transporter, städning, matlagning, att bada, mata, sköta hygien, klä på och av, att sköta ekonomiska ärenden, enklare vård såsom att göra såromläggningar och ge injektioner, att göra enklare reparationer, att sköta tvätt, administrera medicin och kontinuerlig tillsyn (Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000).

Ett annat sätt att kategorisera anhörigas hjälpinsatser är att beskriva dem med utgångspunkt i den äldres förmåga att klara olika aktiviteter med hjälp av någon form av index för att bedöma behoven. Dessa index kallas ofta ADL-index. Det finns ett mängd olika index, men flertalet utgår från både PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet) och IADL (instrumentella aktiviteter i det dagliga livet). Med PADL-aktiviteter menas aktiviteter som har med personlig omvårdnad att göra, t.ex. förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning, bad/dusch och att äta. Aktiviteter som att handla, laga mat, städa och tvätta är exempel på IADL-aktiviteter (Parker, Thorslund & Ahacic 1996).

Ytterligare ett problem med att försöka mäta äldres behov genom anhöriginsatser är att det är svårt att skilja ut de insatser som normalt görs inom familjen från dem som görs för att någon är i behov av hjälp med denna aktivitet. Det är också väl känt att både hjälpgivare och hjälptagare ofta beskriver insatser som hjälp eller icke-hjälp utifrån en konventionell syn på och uppdelning av könsroller. Ett exempel är att kvinnor med en hjälpbehövande make ofta inte betraktar hushållssysslor som anhörighjälp utan som något som de alltid gjort, medan män i en liknande situation ofta betraktar detta som anhörighjälp, då kvinnan inte längre kan utföra det arbete som hon tidigare gjort (Hansson, Jegermalm & Whitaker 2000).

5.4 De äldre som mottagare av hjälp

Svenska studier (Johansson 1991, Andersson & Johansson 1996, Szebehely 1998, Gosman-Hedström m.fl. 1995 och Winqvist 1999) av vilken hjälp som den äldre behöver och vem som ger den visar att de äldre klarar sig själva i mycket stor utsträckning. Med stigande ålder minskar dock denna möjlighet. Det vanligaste problemet är städning. Andra IADL-aktiviteter som de äldre behöver hjälp med är att handla, laga mat, tvätta, bädda och sköta bankärenden. I

de fall den äldre behöver hjälp med PADL-aktiviteter är det i första hand hjälp med att bada/duscha och att komma utomhus.

Ett exempel på hur behovet av hjälp är relaterat till ålder kommer från en stor studie i Göteborg, den s.k. H70-undersökningen (Gosman-Hedström m.fl. 1995). I en intervjustudie med personer vid 70, 73 och 76 års ålder och deras anhöriga försökte man beskriva insatser för äldre som hade behov av hjälp med ADL-aktiviteter. Av 70-åringarna var 29 procent i behov av hjälp, av 73-åringarna 42 procent och bland 76-åringarna 51 procent. Ett annat exempel som omfattar personer i högre åldrar är Sundström och Hassings studie (Socialstyrelsen 2000) av hälsa och levnadsförhållanden för äldre i ordinärt boende. Resultatet visar att i åldersgruppen 75–79 år behöver 27 procent hjälp med städningen helt eller delvis. För åldersgrupperna 80–84 år och 85–w år är motsvarande siffror 35 procent respektive 58 procent. Tvätt och inköp av mat är de sysslor som därefter är vanligast att den äldre behöver hjälp med, helt eller delvis. För båda dessa sysslor är det 46 procent i åldersgruppen 85 år eller äldre som behöver hjälp. När det gäller bada/duscha är det 7 procent i åldersgruppen 75–79 år som behöver hjälp helt eller delvis. I åldersgrupperna 80–84 år och 85–w år är det 9 procent respektive 19 procent.

5.5 Äldre eller anhörigas uppfattning om hjälpbehov

Som tidigare nämnts varierar äldres behov av hjälp med vem som gör bedömningen.

I en rikstäckande studie bland ensamstående personer som var 65 år och äldre uppgav 68 procent att de inte behövde hjälp med några hushållssysslor. När det gällde personlig omvårdnad var det 75 procent som inte ansåg sig behöva hjälp med detta. En annan bild erhöles i en uppsalastudie där man frågade vuxna barn om de ansåg att deras ensamstående föräldrar var i behov av hjälp. Bara 13 procent uppgav att föräldern inte var i behov av hjälp (Winqvist 1999).

De anhöriga underskattar generellt de äldres funktionsförmåga, medan de äldre överskattar sin förmåga. Det finns även andra studier som visar att om det är personalen som skall bedöma vårdbehoven, så kan det påverkas av andra faktorer som t.ex. om vårdbehoven påverkar personalbemanning eller ej (Runesson & Eliasson-Lappalainen 2000).

Referenser

- Andersson, Lars & Johansson, Lennarth (1996) Äldres behov av och inställning till hjälp och vård. I *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädelutvärderingen 96:6.
- Eneroth, Bo (1988) *Behovsanalys i socialt arbete*.
- Gosman-Hedström, G, Sonn, U & Aniansson, A (1995) *Different kinds of services and informal support in the daily life activities in a community-based population of 70, 73 and 76 year olds*. Departments of rehabilitation medicine and geriatric medicine, University of Gothenburg.
- Hansson, Jan-Håkan, Jegermalm, Magnus & Whitaker, Anna (2000) *Att ge och ta emot hjälp. Anhöriginsatser för äldre och anhörigstöd – en kunskapsöversikt*. Sköndalsinstitutets Arbetsrapportserie nr 15.
- Johansson, Lennarth (1991) *Caring for next of kin. On Informal Care of the Elderly in Sweden*. Akademisk avhandling vid Institutionen för socialmedicin vid Uppsala universitet.
- Parker, Marti G, Thorslund, Mats & Ahacic, Kozma (1996) De äldres funktionsförmåga. I *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädelutvärderingen 96:6.
- Runesson, Ingrid & Eliasson-Lappalainen (2000) *Att sörja för äldre. En översikt*. Svenska Kommunförbundet.
- SCB (2000) *Äldres levnadsförhållanden 1980–1998*.
- Socialstyrelsen (2000) *Bo hemma på äldre da´r*. Äldreuppdraget 2000:11.
- Svenska Kommunförbundet (1999) *Behov av vård och omsorg – en kunskapsöversikt*.
- Szebehely, Marta (1998) *Hjälp i hemmet i nedskärningstid – hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män*. I Sandquist, A-M. (red.) *Åt var och en efter behov*.
- 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 & Larsson, Kristina (2002) *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Westlund, Peter & Clow, Monica (1996) *Biståndsboken*.

Winqvist, Marianne (1999) *Vuxna barn med hjälpbehövande föräldrar – en livsformsanalys*. Akademisk avhandling vid Sociologiska institutionen vid Uppsala universitet.

Omsorger om äldre människor enligt socialtjänstlagen

Innehåll

1	Inledning.....	163
2	Lagstiftningen.....	163
2.1	Socialtjänstens mål.....	163
2.2	Kommunens ansvar.....	165
2.3	Socialnämndens uppgifter	166
2.3.1	Medverkan i samhällsplaneringen.....	166
2.3.2	Kvalitet	167
2.3.3	Tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet	169
2.3.4	Uppsökande verksamhet.....	169
2.3.5	Inflytande för den enskilde	169
2.3.6	Hemtjänst och dagverksamhet m.m.....	170
2.4	Rätten till bistånd.....	170
2.5	Rätt till bistånd vid flyttning till annan kommun	171
2.6	Särskilda bestämmelser för äldre människor	172
2.7	Avgifter för äldreomsorg.....	176
2.8	Verkställighet och överklagande	177
2.9	Stöd till anhörigvårdare	178
2.10	Tillsyn	178
2.11	Anmälningsskyldighet (Lex Sarah).....	179
	Referenser	180

1 Inledning

I socialtjänstlagen (1980:620, SoL) regleras sedan år 1982 kommunernas ansvar för omsorg om äldre människor. Regleringarna finns dels i de paragrafer som omfattar all verksamhet enligt lagen, dels i de paragrafer som särskilt gäller äldre människor.

När socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982 var det första gången som "hela" äldreomsorgen lagreglerades. I tidigare lagstiftning hade enbart äldre personers rätt till försörjning och boende i ålderdomshem reglerats. Den nya lagstiftningen innebar att ramlagstiftningen kombinerades med en formalisering av det rättsliga beslutsfattandet och möjligheter för den enskilde att överklaga beslut genom förvaltningsbesvär. I förhållande till tidigare lagstiftning skulle lagen lämna större utrymme för individuella bedömningar i det enskilda fallet.

Under de tjugo år som gått sedan socialtjänstlagen trädde i kraft har lagen ändrats vid ett flertal tillfällen. Riksdagen beslutade i juni 2001 om en ny socialtjänstlag (2001:453) och har därefter beslutat om nya regler för avgifter inom äldre- och handikappomsorg. Den följande redovisningen utgår ifrån socialtjänstlagen i dess lydelse från den 1 januari 2002.

2 Lagstiftningen¹

2.1 Socialtjänstens mål

I 1 kap. 1 § SoL, den s.k. portalparagrafen, anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst – demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet. Socialtjänstlagen är en ramlag, vilket innebär att kommunerna inom lagstiftningens ram ges stor frihet att utforma sina insatser efter olika behov och förutsättningar. Det innebär bl.a. att hänsyn skall kunna tas till många olika samverkande faktorer när socialtjänsten tillsammans med klienten skall utforma de mest ändamålsenliga åtgärderna (Norström & Thunved 2001).

Enligt första stycket i portalparagrafen skall samhällets socialtjänst på demokratis och solidaritetens grund främja människor-

¹ Avsnitt 2 bygger på underlagsrapporten *Rättslig kontroll av äldreomsorg. Socialtjänstlagen och de äldres rätt till trygghet i vård och omsorg* till Riksdagens Revisorer (2001) av Anders Thunved om ingen annan referens anges.

nas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.

Av paragrafens andra stycke framgår att socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation skall inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser.

I tredje stycket framhålls att verksamheten enligt socialtjänstlagen skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Samtliga insatser enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet och samtycke.

Vid socialtjänstlagens ikraftträdande den 1 januari 1982 lanserades några viktiga principer som skulle användas för att beskriva hur socialtjänstens insatser hos enskilda och familjer skulle genomföras. Dessa begrepp är:

- helhetssyn,
- frivillighet och självbestämmande,
- normalisering,
- kontinuitet,
- flexibilitet och
- närhet.

I regeringens proposition *Om socialtjänsten* (prop. 1979/80:1) definieras begreppen enligt följande:

Helhetssyn innebär att socialtjänsten ska ha ett brett perspektiv på människorna och deras situation. Vid tillämpning av en helhetssyn försöker man förstå den enskildes svårigheter i förhållande till hans eller hennes omgivning och händelser tidigare i livet. Socialtjänsten skall erbjuda stöd och hjälp som syftar till att förbättra personens hela livssituation.

Frivillighet och självbestämmande skall vara vägledande vid handläggning av enskilda ärenden inom socialtjänsten. Som exempel anförs (prop.1979/80:1 s. 208) att om någon behöver stöd i sitt boende så skall han eller hon så långt möjligt få välja mellan hemsamaritinsatser och flyttning till ett kollektivt boende.² Socialtjänstens insatser skall också så långt möjligt utformas och genomföras tillsammans med den enskilde.

Normalisering innebär att ”socialtjänsten skall stödja den enskildes möjligheter att så långt som möjligt kunna vara som andra och ha det som andra – vilket också betyder rätten att få vara sig själv”. Stöd och hjälp från socialtjänsten bör ges på ett sådant sätt att den enskilde inte

² Det som i dag skulle uttryckas hemtjänst i ordinärt boende jämfört med flyttning till en särskild boendeform.

känner sig utpekad eller särbehandlad. Detta begrepp används också för att beskriva insatser för äldre och funktionshindrade. Socialtjänstens insatser skall utformas så att de underlättar och stödjer äldre människor så att de så länge som möjligt kan bo kvar i sitt eget hem och fungera självständigt.

Kontinuitet innebär att den enskilde om möjligt skall ha kontakt med samma person eller personer.

Flexibilitet innebär att man utformar insatserna efter den enskildes förutsättningar och behov och inte enligt förutbestämda modeller.

Närhet innebär att insatserna i första hand bör genomföras i den enskildes hemmiljö eller dess närhet. Det kan dock finnas skäl för att insatser genomförs på annat håll, t.ex. vårdens innehåll och kvalitet.

2.2 Kommunens ansvar

I 2 kap. 1 § SoL slås fast att kommunen har ansvaret för socialtjänsten i den egna kommunen. Kommunens yttersta ansvar regleras i 2 kap. 2 § SoL, vilket innebär att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. I paragrafen betonas att detta ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Med det yttersta ansvaret följer dock att kommunen har skyldighet att vidta åtgärder i avvaktan på att en annan huvudman tar sitt ansvar. Av paragrafens första stycke framgår att det är "vistelsekommunen" som har det ansvar som avses.

Inom äldreomsorgen innebär det t.ex. att en äldre person med fritidshus i en annan kommun än hemkommunen kan ha rätt till bistånd i form av hemtjänst under sin vistelse i fritidshuset.

I fjärde stycket hänvisas till föreskrifter i 2 kap. 3 § och 16 kap. 2 § SoL som innebär avsteg från bestämmelserna om vistelsekommunens ansvar i två situationer. Den första är rätten till bistånd vid flyttning till annan kommun på den enskildes initiativ (se avsnitt 2.5). Den andra situationen blir aktuell om kommunen inte kan tillgodose den enskildes behov i den egna kommunen. Som exempel kan nämnas att en äldre person får flytta till en särskild boendeform i en annan kommun, då behovet inte kan tillgodoses i hemkommunen. Det är då den kommun som beslutat om insatsen (placeringskommunen) som har ansvar för biståndet.

I 2 kap. 5 § SoL regleras kommunens rätt att sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Med annan, dvs. entreprenör eller privat vårdgivare, avses bolag,

förening, samfällighet, stiftelse, enskild individ eller annan kommun. Av samma paragraf framgår att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte får överlämnas till annan.

2.3 Socialnämndens uppgifter

I 3 kap. SoL anges socialnämndens uppgifter inom socialtjänsten. Enligt 3 kap. 1 § SoL skall socialnämnden bl.a.

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällplaneringen,
- informera om socialtjänsten,
- genom uppsökande verksamhet och på andra sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden,
- svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

I regeringens proposition *Om socialtjänsten* (prop. 1979/80:1) delas socialtjänstens insatser in i tre huvudfunktioner. Socialnämnden kan arbeta med insatser på tre olika nivåer:

- strukturinriktade insatser
- allmänt inriktade insatser
- individuellt inriktade insatser

Med *strukturinriktade insatser* avses insatser som syftar till en god samhällsmiljö, bl.a. medverkan i samhällsplaneringen, arbete med sociala problem i samhället samt uppsökande verksamhet. Med *allmänt inriktade insatser* avses generella insatser som riktar sig till grupper utan individuell behovsprövning såsom t.ex. öppna dagcentraler och social jour. Med *individuellt inriktade insatser* avses insatser i form av råd, stöd, service, vård, omsorg och behandling som utgår till den enskilde efter en individuell behovsprövning.

2.3.1 Medverkan i samhällsplaneringen

Enligt 3 kap. 2 § SoL skall socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen bygga på nämndens sociala erfarenheter och särskilt syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen. Nämnden skall också verka för att offentliga lokaler

och allmänna kommunikationer utformas så att de blir tillgängliga för alla. Det är också socialnämndens uppgift att även i övrigt ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för bl.a. äldre människor.

2.3.2 Kvalitet

Enligt 3 kap. 3 § SoL skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kravet på god kvalitet gäller oavsett om verksamheten utförs i kommunal eller privat regi och omfattar såväl myndighetsutövning som övriga insatser.

Att bedöma och definiera kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter är komplicerat. Begreppet kvalitet är svårfångat och det är inte möjligt att på ett enkelt och objektivet sätt fastställa vad som är god kvalitet. Människors föreställningar om vad som är god kvalitet påverkas av deras olika behov och förväntningar. När det gäller kvalitet i socialtjänsten finns det flera intressenter. Kvalitet kan därför inte ses bara ur klientens/brukarens perspektiv utan även ur ett personal-, lednings- och medborgarperspektiv. Rättsäkerhet, den enskildes medinflytande och en lätt tillgänglig vård och omsorg är några exempel på vad som kan ingå i en socialtjänst av god kvalitet (Norström & Thunved 2001).

Beträffande kvalitetskraven inom äldreomsorgen framfördes följande i regeringens proposition *Ändring i socialtjänstlagen* (prop. 1996/97:124):

Socialtjänstens verksamhet för äldre skall präglas av respekt för den enskildes självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet. Detta förutsätter att omsorgs- och vårdinsatser utformas utifrån den enskildes individuella behov, förutsättningar och önskemål. Grundläggande för en individuell utformning av insatserna är en professionell och rättssäker behovsbedömning och att den enskilde får information om socialtjänstens möjligheter till stöd och hjälp. God kvalitet i äldreomsorgen innebär att vid behovsbedömningen och i det dagliga arbetet uppmärksamma behov av sådana insatser som kan underlätta den dagliga livsföringen t.ex. hjälpmedel, bostadsanpassning och rehabilitering. En viktig kvalitetsaspekt inom äldreomsorgen är också att inbegripa anhöriga i vårdplaneringen och erbjuda dem stöd i olika former.

En väl fungerande samverkan inom socialtjänstens olika verksamheter och tillsammans med andra berörda organ i kommunen har stor betydelse för kvaliteten i äldreomsorgen. En sådan samverkan kan handla om allt från socialtjänstens medverkan i samhällplaneringen till ett väl

integrerat medicinskt och socialt synsätt i det dagliga vårdarbetet. Begreppet helhetssyn ger uttryck för ett sådant integrerat synsätt där den enskildes behov av kontinuitet och trygghet alltid måste lyftas fram före de behov som organisationer och administration kan ställa. Vården mot och i livets slutskede är det område där olika vårdgivares och vårdnivåers samverkan ställs inför stora krav och där god kvalitet i alla dess aspekter måste uppmärksammas.

God kvalitet i omsorg och vård av äldre förutsätter att den enskilde och/eller dennes företrädare ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning. Dessa bör planeras och genomföras i en förtroendefull samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare. Ett reellt inflytande handlar också om bemötande och om respekt för var och ens särart, vilja och önskemål. Ett gott bemötande kräver kunnskap, lyhördhet, inlevelseförmåga och empati – ett medvetet förhållningssätt. En av de viktigaste förutsättningarna för att uppnå god kvalitet i omsorgen om äldre är tillgången till personal med lämplig kompetens samt ett tydligt och engagerat ledarskap. Genom att fortlöpande beakta behovet av kompetensutveckling stärks möjligheterna att hålla en god kvalitet i socialtjänstens olika verksamheter.

(prop. 1996/97:124, s. 53 f)

I anslutning till denna paragraf framhålls betydelsen av tidiga insatser. När det gäller äldre anförs följande:

Även om begreppet tidiga insatser inte används inom äldreomsorgen finns här verksamheter som kan sägas ha en sådan funktion. Aktiviteter för att erbjuda social gemenskap i olika former har sannolikt en förebyggande effekt för många äldre. Många sociala verksamheter som väntjänst, kontakt- och besöksgrupper, som bygger på helt frivilliga insatser, har stor betydelse för att förebygga passivitet och isolering hos äldre och andra grupper. De öppna dagcentralerna som erbjuder matsservering, sysselsättning och gemenskap har också en viktig funktion att fylla. Insatser för att öka tryggheten och förebygga behovet av flyttning till särskilt boende är t.ex. trygghetslarm, telefonservice och andra former av trygghetsskapande kontakt. Genom de framväxande resurserna för växelvård och avlastning på ålderdomshem och sjukhem kan flyttning till dyrare vårdformer sannolikt uppskjutas eller undvikas. En av de viktigaste förebyggande insatserna på äldreområdet är stödet till de anhöriga. Ett rehabiliterande synsätt hos personalen inom äldreomsorgen har också en avgörande betydelse för att förebygga eller uppskjuta omfattande vårdbehov. Att ta över aktiviteter i hemmet eller att hjälpa till för tidigt eller i onödan kan leda till passivitet, beroende och i slutändan omfattande hjälpbehov.

(prop. 1996/97:124, s. 55 f)

2.3.3 Tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet

Enligt den bestämmelse som infördes i socialtjänstlagen den 1 januari 1998 skall det för att utföra socialtjänstens uppgifter finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Detta regleras i 2 kap. 3 § andra stycket SoL. Paragrafen innehåller inte några detaljerade krav utan är allmänt formulerad. Syftet är att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personliga egenskaper för arbete inom socialtjänsten.

2.3.4 Uppsökande verksamhet

Enligt 3 kap. 4 § SoL skall socialnämnden i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. Nämnden skall, när det är lämpligt, samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Nämnden skall särskilt rikta den uppsökande verksamheten till enskilda och grupper som kan antas behöva hjälp. Äldre är en viktig målgrupp för denna verksamhet. I förarbetena betonas vikten av att verksamheten skall bedrivas med beaktande av den enskildes rätt till självbestämmande och integritet.

2.3.5 Inflytande för den enskilde

Av portalparagrafen framgår att socialtjänsten skall bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet. Dessa viktiga principer ligger till grund för 3 kap. 5 § SoL. Av denna paragraf framgår att socialnämndens insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, föreningar och andra organisationer.

2.3.6 Hemtjänst och dagverksamhet m.m.

I 3 kap. 6 § första stycket SoL regleras socialnämndens skyldighet att genom hemtjänst, dagverksamheter eller andra liknande sociala tjänster underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakt med andra.

Bestämmelsen ger uttryck för en av de viktigaste principerna i socialtjänsten, normaliseringsprincipen. Samhällets insatser skall stödja människor i deras strävan efter att så långt som möjligt leva som andra. I första hand bör insatserna inriktas på att göra det möjligt för den enskilde att bo kvar i sin invanda miljö. Nämnden kan genom olika sociala serviceinsatser underlätta boendet för den som på grund av ålder eller av annan orsak har svårt att klara sig själv.

2.4 Rätten till bistånd

I 4 kap. 1 § SoL regleras den enskildes rätt till bistånd. Rätten till bistånd har stärkts i den socialtjänstlag som trädde i kraft den 1 januari 2002 genom att möjligheten att överklaga ett beslut genom förvaltningsbesvär har återinförts för alla former av bistånd. Enligt denna bestämmelse 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. När det gäller "livsföring i övrigt" är inte insatserna preciserade i lagstiftningen utan kan utgå ifrån olika behov av stöd och hjälp, service, behandling, vård och omsorg. Inom äldreomsorgen är hemtjänst, boende i en särskild boendeform samt deltagande i dagverksamheter exempel på insatser som kan utgå som bistånd efter en individuell behovsbedömning.

Enligt andra stycket i paragrafen skall biståndet tillförsäkra den enskilde en *skälig levnadsnivå*. Denna formulering ger uttryck för någon form av minimikrav på insatsen vad gäller form av insats, nivå och innehåll.

I propositionen *Ny socialtjänstlag m.m.* (prop. 2000/01:80 s. 95) anför regeringen att behovsbedömningen ser olika ut när det gäller bistånd i form av ekonomiskt stöd och bistånd som inte har karaktären av ekonomiskt stöd för livsföringen. Vård- och behandlingsinsatser, stöd och hjälp är exempel på bistånd av den sistnämnda kategorin. Enligt regeringens mening får inte den

enskildes ekonomi avgöra om han eller hon skall få biståndsinsatser för sin livsföring i övrigt som han eller hon är i behov av. Äldre och funktionshindrade människor skall inte behöva få sina biståndsbehov bedömda i relation till sin ekonomi. Den ekonomiska bedömningen kommer in vid bestämmande av vilken avgift som den enskilde skall betala. Socialutskottet instämde (bet. 2000/01:SoU18 s. 84) i regeringens uttalande att det inte är rimligt att äldre människor får avslag på ansökan om hemtjänst i ordinärt eller särskilt boende med motiveringen att han eller hon har tillräckligt med egna medel att själv bekosta t.ex. städning.

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 ordinärt som 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.

2.5 Rätt till bistånd vid flyttning till annan kommun

Som nämndes i avsnitt 2.2 är den grundläggande regeln att vistelsekommunen ansvarar för att den enskilde får sina behov tillgodosedda. Enligt 2 kap. 3 § SoL är det i vissa fall möjligt för en person

som vill flytta till en annan kommun att ansöka om bistånd för vissa insatser, som avses i 4 kap. 1 § SoL. Rätten gäller en person som önskar flytta till en annan kommun, men som till följd av ålderdom, funktionshinder eller allvarlig sjukdom har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och därför inte kan bosätta sig där utan att den andra kommunen erbjuder behövliga insatser. En sådan ansökan skall behandlas som om den enskilde var bosatt i den andra kommunen och det förhållandet att den sökandes behov är tillgodosedda i hemkommunen får inte beaktas vid en sådan prövning. En grundläggande förutsättning är att det är den enskildes egen bestämda önskan att flytta till den andra kommunen. Med omfattande vård- och omsorgsinsatser menas kontinuerliga insatser, som behöver ges dygnet runt för att tillgodose behov av personlig omvårdnad, tillsyn, skydd och sjukvård. Hjälp i form av enbart städning, inköp, matlagning och liknande service är inte att anse som vård- och omsorgsinsatser enligt denna bestämmelse. Det skall även vara fråga om ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Omfattande behov av övergående natur, t.ex. vid benbrott, omfattas således inte. Det är inflyttningkommunen som skall göra bedömningen av om behov av vård- och omsorgsinsatser föreligger.

2.6 Särskilda bestämmelser för äldre människor

I regeringens proposition *Äldreomsorgen inför 90-talet* (prop. 1987/88:176) redovisade statsrådet Lindqvist allmänna utgångspunkter och grundläggande synsätt som legat till grund för bedömningar och förslag i propositionen:

Målet för samhällets service och vård till äldre har lagts fast i olika sammanhang. Jag avser framför allt det som sagts i samband med införandet av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (1980:620) samt i den av riksdagen antagna propositionen (1984/85:142) om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka. Jag anser att det som där angetts som riktlinjer och principer för samhällets insatser fortfarande äger giltighet. De mål och riktlinjer för äldreomsorgen som äldreberedningen föreslagit, stämmer också väl överens med min bedömning.

Det finns tre grundläggande principer för samhällets service och vård till äldre som jag här särskilt vill lyfta fram och som jag återkommer till i det följande.

Den första principen gäller människors rätt att själva bestämma och få behålla sin integritet och identitet. Detta innebär att en människa som uppnått hög ålder inte i första hand är gammal utan en individ med ett unikt liv bakom sig, med sin egen uppfattning om och en självklar rätt att besluta om hur hon vill leva sitt fortsatta liv.

Detta måste respekteras och vara vägledande både vid planering av resurser och i det dagliga service- och vårdarbetet. Det är också ett mycket starkt skäl till att samhällets service och vård måste fortsätta utvecklas så att det är möjligt för människor att i högre utsträckning kunna välja att bo kvar i sitt eget hem och i sin egen miljö.

Den andra principen är att människor måste ges förutsättning att få känna sig trygga. Trygghet är i hög grad en subjektiv upplevelse. Det är den enskilde som själv kan avgöra under vilka förhållanden hon känner sig trygg. För många är därvid närheten till anhöriga och grannar eller till personal dygnet runt av avgörande betydelse. Det är angeläget att kommuner och landsting särskilt beaktar detta vid utformningen av sina insatser för äldre. Vidare är kontinuiteten i kontakten mellan personalen och den vårdande mycket viktig.

Den tredje principen som jag vill lyfta fram är valfriheten. Människor skall inte när de blir gamla behöva kännas vid begränsningar i möjligheterna att utforma sitt eget liv, att välja bostad och att kunna delta aktivt i samhällslivet. Människor måste också kunna påverka innehållet i och utformningen av samhällets service och vård.

Kommuner och landsting bör sträva efter att kunna erbjuda ett så varierat utbud av service och vård som möjligt. Insatser måste kunna göras för att människor i ökad utsträckning skall kunna välja att bo kvar hemma även när de behöver omfattande vård. Jag tänker särskilt på den sociala hemtjänsten, färdtjänsten och sjukvården i hemmet samt på en fortsatt förbättring av den fysiska tillgängligheten i boendet och närmiljön. För den som vill flytta till någon särskild boende- eller vårdform för äldre bör det finnas ett varierat utbud, även för dem som ställer höga krav på trygghet och närhet till andra. Jag anser också att inriktningen bör vara att den enskilde skall kunna flytta till särskilda boende- och vårdformer i en annan kommun eller ett annat landsting än det egna.

Samhällets insatser bör även organiseras så att den hjälpbehövandes behov, önskningsar och uppfattningar tas som utgångspunkt för arbetet. Detta innebär bl.a. att beslut om hur det praktiska och dagliga arbetet skall bedrivas bör fattas så nära den berörde som möjligt i samarbete mellan den som får hjälp och den som ger den direkta hjälpen.

(prop. 1987/88:176, s. 24 f)

I 5 kap. 4–6 §§ SoL beskrivs socialnämndens uppgifter inom äldreomsorgen. Bestämmelserna avser såväl strukturinriktade och allmänt inriktade insatser som individuella insatser. Utgångspunkten

är principerna om självbestämmande och normalisering. Äldreomsorgens insatser skall vara utformade för att underlätta och stödja äldre människors möjligheter att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Utbudet av stöd- och serviceformer skall vara differentierat och den enskilde skall själv kunna välja mellan dessa. Den service som den äldre själv har valt skall ges utan ingrepp i den personliga integriteten.

I 5 kap. 4 § SoL anges att socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Vid riksdagens behandling av regeringens proposition *Ny socialtjänstlag* (prop. 2000/01:80) ändrades den av regeringen föreslagna lydelsen för ovan nämnda paragraf. Efter förslag från riksdagens Socialutskott (bet. 2000/01:SoU18) beslutade riksdagen att lägga till ”och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”. Socialutskottet motiverade detta på följande sätt:

Utskottet konstaterar att det stora flertalet äldre behåller hälsan högt upp i åren och är aktiva, vitala och välintegrerade inom familjekretsen och i samhället. Det finns dock bland ålderspensionärerna de som är ofrivilligt ensamma och som behöver stöd för att bryta sin ensamhet och isolering. Utskottet vidhåller att det är angeläget att socialnämnderna stöder människor som är ensamma och isolerade.

(bet. 2000/01:SoU18, s. 84)

I 5 kap. 5 § SoL betonas att socialnämnden skall verka för att äldre får goda bostäder. Nämnden skall ge de äldre som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. I lagrummet understryks att servicen skall vara lättåtkomlig. Äldreomsorgen måste vara ordnad så att de äldre verkligen får den hjälp som de behöver. Här har informationen om vilka insatser som finns stor betydelse. Men frågan om lättåtkomlighet gäller även avstånd, kommunikationer och tider. All service kan inte ges i hemmet, utan det kan vara nödvändigt att samordna insatser vid servicecentraler av olika slag (Norström & Thunved 2001).

Kommunerna är enligt 5 kap. 5 § SoL skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver stöd. Begreppet särskilda boendeformer är inte preciserat i lagstiftningen utan är sedan Ädel-reformen (1 januari 1992) ett samlingsbegrepp för de former av boende som tidigare benämndes t.ex. servicehus/servicelägenhet, ålderdoms-

hem, gruppboende för dementa och sjukhem. Det finns därmed ingen särskild definition av vad som är en särskild boendeform. Det som har betonats är att de särskilda boendeformerna skall vara till för dem som inte längre vill eller kan bo kvar i sin bostad.

I propositionen *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.* (prop. 1990/91:14) anförde statsrådet Lindqvist följande angående begreppet särskilda boendeformer:

Genom att använda begreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad som ett samlade begrepp för kommunernas ansvar för äldre, vill jag markera att kommunen har stor frihet i fråga om hur äldres behov av sådant boende, service och omvårdnad skall tillgodoses. Bestämmelsen binder inte kommunen till att anordna en viss form av boende, t.ex. ålderdomshem eller sjukhem, utan kommunen kan anordna de boendeformer som är mest ändamålsenliga med utgångspunkt i de lokala förhållandena.”

(prop. 1990/91: 14, s. 42)

Under åren 1982–1991, dvs. före Ädel-reformen, användes ordet servicehus som ett gemensamt begrepp för olika former av boende med gemensam service. I socialtjänstpropositionen (prop. 1979/80:1, s. 284) redovisas att Socialutredningen ställde upp tre grundläggande krav för att ett boende skulle få betecknas som servicehus:

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

I den s.k. Ädel-propositionen (prop. 1990/91:14, s. 29) betonades vikten av alla människors rätt till en god bostad. Även den som är äldre eller funktionshindrad, har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad och där den enskilde kan få sina behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen tillgodosedda. Olika former av social och medicinsk service skall i första hand kunna tillgodoses i den enskildes hem. Den enskilde skall dock kunna välja att flytta till en särskild boendeform.

Sedan den 1 januari 1992 är kommunerna ansvariga för hälso- och sjukvården upp till läkarnivå i de särskilda boendeformerna enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL).

Som framgått tidigare (avsnitt 2.3.4.) skall socialnämnden göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden och genom uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp (3 kap. 1 § och 4 § SoL). I 5 kap. 6 § första stycket SoL tydliggörs kommunens ansvar för äldre i detta avseende.

Av andra stycket i paragrafen framgår att kommunen skall planera sina insatser för äldre och att detta skall ske i samverkan med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer. Syftet med kommunens planering skall vara att tillgodose äldre människors behov av boende, service och vård. I paragrafen, som trädde i kraft den 1 januari 1989, ställs inte några krav på formerna för planeringen, men den bör ha sin utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. Kommunen avgör alltså själv hur planeringsarbetet skall bedrivas (prop. 1987/88:176).

I propositionen framför statsrådet Lindqvist följande angående pensionärsorganisationernas deltagande i planeringen:

Slutligen vill jag framhålla att det är av stor betydelse att de organisationer som företräder äldre människor ges tillfälle att tillsammans med huvudmännen i ett sammanhang överväga utvecklingen av samhällets service och vård till äldre. Jag vill understryka att det är de enskildas behov av service och vård, som skall utgöra utgångspunkter i planeringen. En aktiv medverkan från pensionärsorganisationerna och från andra berörda parter i samhället ser jag därför som mycket angelägen.

(prop. 1987/88:176, s. 109)

2.7 Avgifter för äldreomsorg

Enligt 8 kap. SoL beslutar varje kommun om vilka avgifter som skall tas ut för hemtjänst, särskild boendeform för äldre eller annan liknande social tjänst. Avgifterna skall vara skäliga och får inte överstiga kommunens självkostnader.

Regeringen överlämnade i juli 2001 propositionen *Avgifter inom äldre- och handikappomsorgen* (prop. 2000/01:149) till riksdagen. I november 2001 fattade riksdagen beslut enligt regeringens förslag. Syftet med reformen är att skydda den enskilde mot för höga avgifter.

De nya reglerna i 8 kap. 1–9 §§ SoL omfattar följande:

- preciserade regler för beräkning av förbehållsbelopp
- regler om högstkostnadsskydd i form av en högsta avgift för hemtjänst, dagverksamhet och avgifter för kommunal hälso- och sjukvård
- regler om högstkostnadsskydd i form av en högsta avgift för bostad i en sådan särskild boendeform som inte omfattas av hyreslagen
- regler om beräkning av avgiftsunderlag.

Reglerna om förbehållsbelopp och högstkostnadsskydd trädde i kraft den 1 juli 2002, medan reglerna om beräkning av avgiftsunderlag träder i kraft den 1 januari 2003. Kommunens beslut om avgifter blir möjliga att överklaga genom förvaltningsbesvär.

2.8 Verkställighet och överklagande

Ett beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL gäller omedelbart och skall verkställas omgående.

Socialnämndens beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL kan överklagas av den enskilde genom s.k. förvaltningsbesvär om han eller hon inte är nöjd med beslutet. Överklagandet sker till allmän förvaltningsdomstol. Första instans är länsrätt, andra instans är kammarrätt och sista instans Regeringsrätten. För att överklaga till kammarrätt och Regeringsrätten fordras prövningstillstånd. Domstolarna prövar vid denna form av överklagande både laglighet och lämplighet.

Det är också möjligt att överklaga ett beslut i fråga om ansökan för den som har ett omfattande vård- och omsorgsbehov och som önskar flytta till en annan kommun enligt 2 kap. 3 § SoL.

Riksdagen beslutade i november 2001 om nya regler för avgifter inom äldre- och handikappomsorgen. (Se avsnitt 2.7.) De tidigare gällande reglerna om avgifter har inte varit möjliga att överklaga genom förvaltningsbesvär utan enbart genom s.k. laglighetsprövning. De nya reglerna för avgifter innebär att de flesta delarna i ett beslut som avser avgiften kommer att bli möjliga att överklaga med förvaltningsbesvär, dvs. domstolen kommer att kunna pröva såväl laglighet som lämplighet.

Övriga beslut, såväl allmänna som individuella, som fattas enligt socialtjänstlagen kan överklagas genom s.k. laglighetsprövning,

vilket innebär att förvaltningsdomstolen prövar lagligheten i ett beslut.

2.9 Stöd till anhörigvårdare

Under 1990-talet har anhörigas och närståendes roll i vård och omsorg av äldre uppmärksammats på olika sätt.

Den 1 januari 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen där behovet av stöd till anhöriga uppmärksammas. Socialtjänsten bör genom stöd och avlösning underlätta för närstående som vårdar långvarigt sjuka, äldre och människor med funktionshinder.

I propositionen *Ändring av socialtjänstlagen* (prop. 1996/97:124) anför regeringen att förslaget syftar till att markera vikten av att socialtjänsten tar ansvar för att ge stöd till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller människor med funktionshinder.

Bestämmelsen innehåller inte några närmare föreskrifter om hur stödet till anhöriga bör utformas. Regeringen betonar att stödet till anhöriga skall ses som en frivillig verksamhet för kommunen som också får ett stort inflytande över utformningen. En viktig utgångspunkt vid utformningen av stödet till anhöriga är en preventiv ansats.

Vid riksdagsbehandlingen av förslaget underströk Socialutskottet att avsikten med den nya bestämmelsen inte skulle vara att öka trycket på anhöriga utan att stödja och underlätta för dem som vårdar närstående (bet. 1996/97:SoU18). Utskottet framhöll att tidiga och förebyggande insatser, ett förbättrat och utvecklat innehåll i olika stödinsatser och en medveten strategi för att organisera stödet till anhöriga var viktiga förutsättningar för att syftet med bestämmelsen skulle kunna uppnås.

2.10 Tillsyn

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ansvaret för tillsynen över socialtjänsten enligt 13 kap. SoL.

Socialstyrelsens tillsyn innebär främst att följa och vidareutveckla socialtjänsten på nationell nivå. Till vägledning för tillämpningen av socialtjänstlagen utfärdar Socialstyrelsen *allmänna råd*. De allmänna råden är inte bindande. I vissa fall får Socialstyrelsen

med stöd av särskilt bemyndigande utfärda *föreskrifter*, vilka är bindande för tillämpningen.

Länsstyrelserna är ansvariga för tillsynen av socialtjänsten i kommunen. Länsstyrelserna skall följa kommunernas tillämpning av socialtjänstlagen, informera och ge råd till allmänheten, biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet, främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan samt i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

2.11 Anmälningsskyldighet (Lex Sarah)

Den 1 januari 1999 infördes en anmälningsskyldighet avseende missförhållanden inom äldre- och handikappomsorgen. Enligt 14 kap. 2 § SoL skall var och en som är verksam inom omsorgen om äldre eller människor med funktionshinder, oavsett om det är offentligt driven eller enskild verksamhet, vaka över att enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller på annat sätt får kännedom om allvarliga missförhållanden i vården eller omvårdnaden skall genast göra en anmälan till socialnämnden. Anmälningsskyldigheten gäller såväl anställda som frivilligarbetare. När det gäller enskilt bedriven verksamhet skall anmälan göras till den som är ansvarig för verksamheten. Den som är ansvarig för en verksamhet är skyldig att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet, och om inte så sker skall detta anmälas till tillsynsmyndigheten (länsstyrelsen).

Referenser

Lagar

SFS 1980:620 *Socialtjänstlag*
SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*
SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*

Betänkande från riksdagsutskott och annat material från Sveriges Riksdag

Riksdagens Revisorer Förslag till riksdagen 2002/03:RR4 *Nationella mål i kommunernas äldreomsorg*
– Bilaga 1 Underbilaga 1 *Rättslig kontroll av äldreomsorg. Socialtjänstlagen och de äldres rätt till trygghet i vård och omsorg.*
Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18 *Ändring i socialtjänstlagen*
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 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*
Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
Regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*
Regeringens proposition 2000/01:149 *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*

Övrig litteratur

Norström, Carl & Thunved, Anders (2001) *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2001*, 14:e upplagan

Utformning och tillämpning av lagstiftningen inom äldreomsorgen

Innehåll

1	Inledning.....	187
2	Ramlagstiftning i förhållande till detaljerad lagstiftning.....	187
3	Rättighetslagstiftning i förhållande till skyldighetslagstiftning	188
4	Äldreomsorgen som en del av socialtjänsten eller en egen lagstiftning för äldreomsorgen alternativt en egen lagstiftning för vård och omsorg om äldre	189
5	Rättssäkerhet inom äldreomsorgen.....	191
6	Rättspraxis	192
7	Aktuellt utredningsarbete	194
	Referenser.....	198

1 Inledning

Under de tjugo år som gått sedan socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982 har många diskussioner förts om såväl utformningen av lagstiftningen som tillämpningen av den.

De områden som diskuterats mest kan sammanfattas i följande punkter:

- Ramlagstiftning i förhållande till detaljerad lagstiftning
- Rättighetslagstiftning i förhållande till skyldighetslagstiftning
- Äldreomsorgen som en del av socialtjänsten eller en egen lagstiftning för äldreomsorgen alternativt en egen lagstiftning för vård och omsorg om äldre
- Rättssäkerheten inom äldreomsorgen
- Rättspraxis

2 Ramlagstiftning i förhållande till detaljerad lagstiftning

Socialtjänstlagen är en ramlag. Det innebär att lagen främst anger mål och inriktning för insatser och inte i detalj reglerar kommunens skyldigheter och den enskildes rättigheter. Utformningen av socialtjänstlagen bör ses mot bakgrund av den tidigare lagstiftningen inom det sociala området, vilken 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 omfattade betydligt fler målgrupper och situationer än tidigare lagstiftning var det vare sig möjligt eller önskvärt att i lagstiftningen detaljreglera. En alltför detaljerad lagstiftning har ansetts utgöra ett hinder mot en anpassning av insatserna till den enskildes behov i varje särskilt fall (Riksdagens revisorer 2002/03:RR4, bilaga 1, underbilaga 1). Avsikten var att innehållet i lagstiftningen skulle preciseras genom rättstillämpningen.

3 Rättighetslagstiftning i förhållande till skyldighetslagstiftning

Socialtjänstlagens ramlagskonstruktion innebär att kommunens skyldigheter regleras på en allmän nivå samtidigt som den enskildes rättigheter regleras i några paragrafer. Rättighetskonstruktionen uttrycks ytterst genom möjligheten att överklaga ett beslut som den enskilde inte är nöjd med.

Socialtjänstlagen utgår från att hjälp och stöd är en rättighet. Bramstång (1985) har uttryckt det som att biståndet är en rätt som tillkommer den enskilde, och vilken motsvaras av en skyldighet för samhället.

I boken *Rättighetslag i teori och praxis* (1995) för Hollander en diskussion om rättighetslagar i praktiken. Hollander utgår ifrån sju komponenter i sin analys.

1. Är förmånen formulerad som en individuell rättighet, eller är det frågan om en generell reglering?
2. Är förutsättningarna för att erhålla förmånen angivna i lag?
3. Är förmånens innehåll angivet i lag?
4. Är förmånen beroende av budgetanslag?
5. Finns överklagningsrätt?
6. Finns statlig tillsyn och kontroll?
7. Finns sanktioner mot myndigheter?

Efter en genomgång och jämförelse mellan socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387, LSS) är Hollanders slutsats att LSS har en starkare rättighetskaraktär än SoL. Motiveringen till denna slutsats är att komponenterna 2 och 3 är mer vagt utformade i SoL än i LSS.

Hollanders slutsats bedöms av Svensson (2000) som ”ganska välvillig”. Både bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS anses ha rättighetskaraktär. Graden av rättighet har dock diskuterats av såväl Hollander som andra författare som granskat sociallagstiftningen (Svensson 2000). Hollander anser att det framför allt är överklagningsrätten som motiverar att man kan se både bistånd enligt SoL och insatser enligt LSS som rättigheter.

Enligt Svensson (2000) finns det ytterligare en faktor som bör uppmärksammas och som enligt hans bedömning är den viktigaste av alla: behovsbedömningen och hur den går till. Det som kan motivera att en paragraf ses som en rättighetsparagraf är om

behoven kan fastställas på ett objektivt sätt. I annat fall blir paragrafen ”ett ganska trubbigt vapen för den enskilde” och den enskilde kan känna sig helt utlämnad till beslutsfattaren.

För individen innebär ramlagstiftningen å ena sidan flexibilitet när det gäller både vilka problem och vilka 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, som man kan få i olika situationer. För kommunen innebär kombinationen av ramlagstiftning 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.

4 Äldreomsorgen som en del av socialtjänsten eller en egen lagstiftning för äldreomsorgen alternativt en egen lagstiftning för vård och omsorg om äldre

I olika sammanhang under de gångna tjugo åren har det diskuterats och ifrågasatts om äldreomsorgen skall vara en del av socialtjänsten eller regleras i särskild lagstiftning (t.ex. dir. 1991:50 och SOU 1994:139). Argument har framförts både för och emot att äldreomsorgen även i fortsättningen ska regleras i socialtjänstlagen. Ett argument för är att den enskildes behov av bistånd skall regleras i samma lagstiftning oavsett ålder och orsak till behov av stöd och hjälp. Ett skäl emot är 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 genomfördes också flera förändringar som påverkade synen på en sammanhållen sociallagstiftning. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) trädde i kraft den 1 januari 1994 och den 1 januari 1998 fördes reglerna om barnomsorg över till skollagen (1985:1100). Det innebär att äldreomsorgen numera är den jämförligt mest omfattande verksamheten inom socialtjänsten. Sedan socialtjänstlagen trädde i kraft har i olika sammanhang, bl.a. statliga utredningar och uppdrag till myndigheter, störst uppmärksamhet i olika avseenden ägnats åt individ-

och familjeomsorg. Det finns även exempel på där begreppet socialtjänst används som om det vore synonymt med individ- och familjeomsorg.

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 *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97) från Socialtjänstutredningen konstateras att det finns ett behov av att samordna vissa regler i socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763 HSL) för att få en tydligare samlad lagreglering av omsorger för äldre och funktionshindrade. Utredaren konstaterade att frågan om en eventuell vård- och omsorgslag, i syfte att få en samlad reglering av sociala och medicinska insatser, är så komplex att den fordrar en särskild översyn.

Svenska Kommunförbundet har behandlat frågan i två rapporter, dels i slutrapporten från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet* (1999), dels i rapporten *En samlad lag om vård och omsorg* (1998). I den förstnämnda rapporten föreslås en ny vård- och omsorgslag som skulle ersätta hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Motiveringen är att det i många avseenden är svårt att dra en gräns mellan insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. Dessa gränsdragningsproblem får konsekvenser för flera intressenter: den enskilde, personal och ledning. Svenska Kommunförbundet lyfter fram att lagarna är olika utformade och innebär olika regler när det gäller t.ex. den enskildes möjligheter att klaga, personalens ställning, former för styrning samt bestämmelser om dokumentation och sekretess.

5 Rättssäkerhet inom äldreomsorgen

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 bl.a. är 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).

För att följa upp rättssäkerheten för äldre människor genomförde Socialstyrelsen och landets länsstyrelser under år 2000 ett gemensamt rättssäkerhetsprojekt. Resultatet av kartläggningen redovisades i rapporten *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen* (Socialstyrelsen 2001) och visade på flera allvarliga brister.

- Även om dokumentationen i enskilda ärenden förbättrats jämfört med tidigare år, fanns det fortfarande brister. Ett exempel på detta var att det i akten saknades uppgifter om vad den enskilde ansökt om. Därmed var det inte möjligt att bedöma om ansökan bifallits helt eller delvis.
- Den 31 januari 2000 fanns det 21 domar från 15 kommuner som inte hade verkställts. Samtliga domar avsåg särskilt boende.
- Den 31 januari 2000 väntade 2 800 personer på verkställighet av beslutade insatser inom kommunernas äldreomsorg. Av dessa beslut avsåg 95 procent insatsen särskilt boende och drygt 2 procent insatsen hjälp i hemmet. Orsaken till att besluten inte verkställts var i 70 procent av fallen kommunens bristande resurser.
- Den 31 januari 2000 hade 2 030 personer fått avslag på sin biståndsansökan trots att kommunen bedömt att de var i behov av insats. I princip samtliga beslut avsåg särskilt boende.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har på regeringens uppdrag gjort en uppföljning av situationen under år 2001 och resultatet redovisas i rapporten *Icke verkställda beslut och domar enligt LSS och SoL* (Socialstyrelsen 2002b). Resultaten visar att situationen inte förbättrats när det gäller domar och beslut som inte verkställts. En

rapport avseende situationen år 2002 kommer att lämnas vid årsskiftet 2002/2003.

6 Rättspraxis

Vid socialtjänstlagens tillkomst förutsattes att lagens innehåll skulle preciseras genom rättstillämpningen. När det gäller äldreomsorgen kan man konstatera att domstolsprövningen inte i någon större utsträckning har bidragit till att ge kommuner och enskilda vägledning i hur lagstiftningen skall tillämpas. Efter tjugo år finns ett fåtal prejudicerande domar från Regeringsrätten och från kammarrätterna. Det finns fyra domar från Regeringsrätten som avser hemtjänst i ordinärt boende och särskilt boende (Socialstyrelsen 2002a). Domarna från kammarrätterna och länsrätterna är också förhållandevis få i förhållande till det stora antal ärenden som handläggs inom äldreomsorgen.

Det har inte gjorts någon sammanställning av domar inom äldreomsorgen under senare delen av 1990-talet. I mitten av 1980-talet redovisade Socialstyrelsen nya rättsfall i serien Meddelandeblad (Socialstyrelsens Meddelandeblad nr 26/84, nr 8/85, nr 30/85 och nr 34/85) och inom ramen för Socialstyrelsens Rättssäkerhetsprojekt publicerades under åren 1990–1992 ytterligare domar i Meddelandeblad (nr 27/90, nr 28/90, nr 3/91, nr 12/91, nr 17/91, nr 18/91, nr 23/91, nr 4/92, nr 8/92, nr 16/92, nr 22/92 och nr 24/92). Några av de redovisade domarna avser handikappomsorg. Det är också några domar som avser färdtjänst, vilken inte längre ingår i äldre- och handikappomsorgen.

En studie har genomförts av hur begreppen självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten tillämpats i rättsfall (Landelius 1996). Resultaten från studien visar att när det gäller äldres rätt till bistånd rör flera rättsfall (från länsrätt och kammarrätt) frågan hur mycket hjälp i hemmet som den hjälpsökande kan kräva. Domstolarna har i allmänhet bemött äldres önskemål beträffande biståndets utformning positivt. Det gäller framför allt i de fall den enskilde önskar utökad hjälp i hemmet men i stället erbjuds plats på servicehus av kommunen. I dessa fall förefaller kommunens resurser, både ekonomiska och personella, sakna betydelse. Däremot verkar kommunens resurser spela större roll när den äldre önskar plats på servicehus men erbjuds utökad hjälp i

hemmet. Att domstolarna bedömer situationen olika beror troligen på, att om den enskilde inte beviljas utökad hjälp i hemmet så tvingas han eller hon att mot sin vilja flytta till ett servicehus. Detta skulle bli ett stort ingrepp i den enskildes självbestämmanderätt.

Kunskapen om hur möjligheten att överklaga beslut har använts inom äldreomsorgen har i princip varit obefintlig fram till november 2002. Socialstyrelsen har låtit genomföra en studie som publiceras i rapporten *De äldre och besvärsrätten* (Socialstyrelsen 2002a). Resultatet visar att andelen 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 samtliga avslagsbeslut överklagas cirka 10 procent. Det är vanligare att beslut om avslag på ansökan om särskilt boende överklagas jämfört med ansökan om hemtjänst i ordinärt boende, 10 procent jämfört med 5 procent.

De överklagade besluten kommer från 100 av landets 289 kommuner, vilket innebär att det från 189 kommuner inte överklagades något beslut under den period som undersökningen pågick.

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.

De flesta som överklagar är kvinnor, medelåldern är 83 år och många är ensamboende. De är lågutbildade, besväras oftare av ensamhet och har fysiska funktionshinder i betydligt större omfattning än vad som är fallet för äldre i allmänhet. Socialstyrelsen konstaterar att de som överklagat inte är en socialt eller ekonomiskt privilegierad grupp. Många har betydande svårigheter att klara sin dagliga tillvaro. En stor majoritet uppgav att det huvudsakliga skälet till överklagandet var att de upplevde sina behov som så stora att de helt enkelt inte kunde klara sin situation.

De äldre har sällan använt sig av ett formellt ombud vid överklagandet, men nio av tio har fått hjälp av barn eller svärdöttrar eller svärsöner. Dessa anhöriga har varit mycket välutbildade. Då flertalet av de äldre som överklagat är lågutbildade, är det tydligt att en stor andel av dessa har högutbildade barn.

I rapporten redovisas också att det är stora skillnader mellan länsrätterna, och ibland även inom samma länsrätt, när det gäller

t.ex. ändringsfrekvens, domstolarnas avvägningar när de fattar beslutet och om man dömer målen med ensamdomare eller med nämndemän. 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).

Kunskapen om varför det finns så få domar inom äldreomsorgen är mycket begränsad. Det finns dock några tänkbara förklaringar:

- En mycket stor andel av de beslut som fattas är bifallsbeslut, dvs. den enskilde beviljas vad han eller hon ansökt om. Socialstyrelsen (2002a) anser dock att det finns skäl att fråga sig varför så få ärenden inom äldreomsorgen avslås. Under de senaste femton åren har Socialstyrelsen genomfört uppföljningar av handläggning och dokumentation i äldreomsorgsärenden vid flera tillfällen. En punkt för återkommande kritik har varit att det i få ärenden dokumenterats vad den enskilde ansökt om, och därmed har det inte varit möjligt att avgöra om det är ett bifallsbeslut (t.ex. Socialstyrelsen 1997)
- Endast ett fåtal beslut överklagas till länsrätterna. En orsak till detta kan vara att den äldres hälsa och livssituation medför att han eller hon inte orkar överklaga.
- De få prejudicerande domarna från Regeringsrätten och kammarrätterna kan förklaras av att handläggningen av mål i dessa domstolar ofta tar flera år. Det finns exempel på domar i Regeringsrätten som avkunnats fyra–fem år efter att det ursprungliga beslutet fattats av socialnämnden. Den långa handläggningstiden gör att i vissa fall läggs målet ner (t.ex. Socialstyrelsen 1985a s. 17), då den äldre avlidit eller den äldres hälsa och livssituation förändrats i sådan omfattning att målet inte längre är aktuellt.

7 Aktuellt utredningsarbete

De frågor som behandlas i denna promemoria har under de senaste fem åren behandlats i utredningar av olika intressenter.

Under åren 1998 och 1999 behandlade Svenska Kommunförbundet inom ramen för både Valfärdsprogrammet och sin Äldreberedning frågor om bl.a. rättighetslagstiftning kontra skyldighetslagstiftning samt en samlad lag för vård och omsorg. I Äldrebered-

ningens slutrapport *Vår framtid* (Svenska Kommunförbundet 1999) redovisas att beredningen anser att kommunernas utfästelser om vilken omsorg som äldre människor kan få bör bli tydligare och att informationen om utfästelserna bör bli bättre. Äldreberedningen föreslår vidare att en ny vård- och omsorgslag bör ersätta nuvarande hälso- och sjukvårdslag och socialtjänstlag. Den bör bl.a. bygga på att kommunerna preciserar sina utfästelser och anordnar system för klagomålshantering. Vidare anför beredningen att framtidens lagstiftning bör vara utformad så att den som finansierar vården och omsorgen också kan bestämma vilka tjänster som skall erbjudas och vilken kvalitet dessa skall ha. Domstolarnas uppgift bör vara att pröva om kommunen följer lagstiftningens intentioner i enskilda fall och om besluten är förenliga med kommunens egna riktlinjer för verksamheten (laglighetsprövning).

I diskussionsunderlaget *En samlad lag för vård och omsorg?* (Svenska Kommunförbundet 1998) framförs att SoL i framtiden bör vara en skyldighetsbaserad lag som tydligt anger vad kommunerna är skyldiga att tillhandahålla. De lagregler som anger den enskildes förmåner på ett område bör ge utrymme för huvudmannen att välja verksamhetsformer, metoder och insatser med hänsyn till individuella behov och förutsättningar. Reglerna bör dock vara så klart preciserade att de ensamma eller tillsammans med kommunala riktlinjer kan utgöra en kvalitativt god grund för laglighetsprövning. De kommunala riktlinjerna skall klargöra vad kommuninvånarna har rätt att kräva i fråga om verksamhetens innehåll, omfattning och kvalitet. Domstolskontrollen skulle utgöras av laglighetsprövning.

I samma rapport framförs också att när man diskuterar den enskildes ställning så inriktar man sig ofta enbart på de myndighetsbeslut som tjänstemän eller förtroendevalda fattar med stöd av lagstiftning. De flesta beslut fattas dock mer eller mindre formellt i vardagliga situationer på den professionella arenan. För att stärka den enskildes ställning måste former utvecklas som gör det möjligt för människor att föra sin talan och påverka verksamheternas innehåll också i andra situationer än myndighetsbesluten.

Socialtjänstutredningen behandlade i sitt slutbetänkande *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97) frågor om ramlag eller detaljerad lagstiftning, rättighets- eller skyldighetslagstiftning och den enskildes rättssäkerhet.

Där konstateras att ramlagstekniken anses vara det effektivaste sättet för regleringar som syftar till att uppnå välfärdsmål. Ramlags-

tekniken har också gjort det möjligt att anpassa dessa lagar 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 dock gjort flera förändringar i socialtjänstlagen. Några av dem har inneburit att detaljerade regler införts.

I betänkandet redovisas en genomgång av begreppen rättighet och rättssäkerhet. Utredningen konstaterar att om social rättighet i juridiskt hänseende skall anses föreligga, måste den uppfylla vissa krav. Även om utformningen av rättighetsbestämmelserna inte alltid uppfyller dessa krav finns det någon form av samstämmighet om kraven. Rättigheten skall vara noggrant preciserad vad gäller innehåll och förutsättningar och den skall vara utkrävbar.

Utredningen konstaterar att om en bestämmelse som biståndsparagrafen är vagt utformad minskar tydligheten och förutsebarheten. En oprecis rättighetsbestämmelse i en lagstiftning som anger övergripande mål på ett vagt men ändå ambitiöst sätt innebär en fara för rättssäkerheten. Rättighetsbegreppet kan i sådana fall av allmänheten uppfattas som en "skenrättighet" eftersom den inte kan utkrävas i den omfattning som lagen förespeglar. Det innebär att den enskildes tilltro till rättssystemen minskar.

Utredningen lyfter också fram att biståndsparagrafen kan ses som en generalklausul vilken enbart har att tillgodose den enskildes intressen. Även om innehållet är allmänt formulerat, kommer den nödvändiga preciseringen av biståndsrammen att göras av myndigheterna och framför allt genom domstolarnas avgöranden. Rättspraxis ökar därmed förutsebarheten och rättssäkerheten.

Likhet inför lagen är också en del av rättssäkerheten och där anför Socialutredningen följande i sitt slutbetänkande:

Kommunernas möjlighet att utforma biståndet efter vad den finner skäligt kan medföra att den lagliga rätten till bistånd kommer att tillämpas olika i skilda delar av landet. Detta behöver inte vara en nackdel även om det ur ett nationellt perspektiv måste förutsättas att medborgarnas ansökningar om stöd skall behandlas på samma sätt i hela landet. Det går dock att hävda att kravet på likhet inför lagen är uppfyllt i den meningen att behovet av stöd tillgodoses även om det sätt som det sker på varierar över landet beroende på lokala förutsättningar. I förarbetena till den ursprungliga socialtjänstlagen angavs dock att rätten till domstolsprövning skulle motverka risken av att lagen tolkas och tillämpas på olika sätt i landet.

(SOU 1999:97, s. 180)

Socialtjänstutredningens genomgång avsåg socialtjänsten som helhet, och uppmärksammade inte eventuella skillnader mellan olika målgrupper eller typer av insatser.

I en underlagsrapport (Riksdagens revisorer 2002/03:RR4 bilaga 1, underbilaga 1 av Anders Thunved) till Riksdagens revisorers granskning av nationella mål inom äldreomsorgen konstateras att besvärshöjningen inte ger den enskilde någon möjlighet att påverka själva insatsens innehåll sett från en kvalitativ utgångspunkt. Överklaganderätten och den praxis som utvecklas med domstolarnas avgöranden som grund ger således inte i sig förutsättningar för att uppnå en för hela landet likvärdig nivå när det gäller insatsernas kvalitet. Lagstiftningen ger inte heller i övrigt förutsättningar för en nationell likabehandling.

I Thunveds rapport konstateras vidare att socialtjänstlagen tillkom i en tid av växande resurser och en målstyrd ramlag framstod mot bakgrund av detta som ändamålsenlig. Vid en ekonomisk tillbakagång tvingas kommunerna till nödvändiga prioriteringar. En ramlagstiftning med dess brist på detaljstyrning lämnar då utrymme för sådana prioriteringar som inte är förenliga med de uppställda målen. Med de olika ekonomiska förutsättningar som kan råda mellan kommunerna ger en ramlag inte längre några garantier för en nationell likabehandling. Rätten att överklaga biståndsbesluten blir otillräcklig för att trygga kvaliteten i omsorgerna. Socialtjänstlagen förlorar i betydelse som styrmedel och det blir allt svårare för den enskilde hjälpbehövande att förutse om och på vilket sätt han kan få sitt behov av vård och omsorg tillgodosett.

Riksdagens revisorer har under åren 2001–2002 granskat statens styrning av tre verksamheter som bedrivs i kommuner, bl.a. äldreomsorgen. Syftet har varit att inom olika politikområden granska hur nationella mål genomförs i kommunernas verksamhet samt effekterna av den statliga styrningen. Inom äldreomsorgen har utgångspunkten för revisorernas granskning varit socialtjänstlagens biståndsbeslut om stöd för de äldres livsföring för behov som inte kan tillgodoses på annat sätt. En väsentlig fråga har varit i vilken mån de kommunernas insatser överensstämmer med lagstiftarens intentioner som de formulerats i socialtjänstlagen (Riksdagens revisorer 2002/2003:RR4).

I slutet av november 2002 överlämnade Riksdagens revisorer sitt förslag (2002/2003:RR4) till riksdagen. Det är inte klart när riksdagen kommer att behandla detta förslag. Revisorerna konstaterar att de demografiska förändringarna och de strukturella förändringarna

inom hälso- och sjukvården under 1990-talet har inneburit ökade påfrestningar för kommunerna. De äldres lagliga rättigheter och de nationella mål, som riksdagen beslutat om, är allvarligt åsidosatta. Revisorerna föreslår att riksdagen fattar beslut om tillkännagivanden till regeringen inom fem områden.

- Ta fram ett åtgärdsprogram för det rättsliga åtagandet
- Analysera resursanvändningen
- Iakttäta fortsatt återhållsamhet med specialdestinerade statsbidrag
- Stärk Socialstyrelsens normerande roll
- Stärk tillsynen

Referenser

Lagar

SFS 1954:579 *Nykterhetsvårdslag*

SFS 1956:2 *Socialhjälpslag*

SFS 1960:7 *Barnavårdslag*

SFS 1980:620 *Socialtjänstlag*

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*

SFS 1985:1100 *Skollag*

SFS 1993:387 *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*

Betänkanden från riksdagsutskott och annat material från Sveriges Riksdag

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

– Bilaga 1 Underbilaga 1 *Rättslig kontroll av äldreomsorg. Socialtjänstlagen och de äldres rätt till trygghet i vård och omsorg* av Anders Thunved

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

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

Propositioner

- Regeringens proposition 1979/80:1 *Om socialtjänsten*
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 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*
Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
Regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*

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*

Skrifter i serien Statens Offentliga utredningar

- SOU 1999:97 *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande från Socialtjänstutredningen Del A

Övrig litteratur

- Bramstång, Gunnar (1985) *Sociallagstiftningen En kommentar*
Hollander, Anna (1995) *Rättighetslag i teori och praxis: en studie av lagstiftningen inom social- och handikappområdet*
Landelius, Ann-Charlotte (1996) *Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten*. Nerenius & Santerus Förlag
Norström, Carl & Thunved, Anders (2001) *Nya sociallagarna med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2001, 14:e upplagan*
Socialstyrelsen (1984a) Rättsfall om social hemtjänst – 1 *Meddelandeblad nr 26/84*
Socialstyrelsen (1984b) Rättsfall om socialbidrag – 11 *Meddelandeblad nr 50/84*

- Socialstyrelsen (1985a) Rättsfall om social hemtjänst – 2 *Meddelandeblad nr 8/85*
- Socialstyrelsen (1985b) Rättsfall om färdtjänst *Meddelandeblad nr 30/85*
- Socialstyrelsen (1985c) Rättsfall om social hemtjänst – 3. *Meddelandeblad nr 34/85*
- Socialstyrelsen (1986) Rättsfall om socialbidrag – 18 *Meddelandeblad nr 10/86*
- Socialstyrelsen (1990a) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 1 *Meddelandeblad nr 27/90*
- Socialstyrelsen (1990b) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 2 Färdtjänst *Meddelandeblad nr 28/90*
- Socialstyrelsen (1991a) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 3 Ledsagare *Meddelandeblad nr 3/91*
- Socialstyrelsen (1991b) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 4 Serviceboende *Meddelandeblad nr 12/91*
- Socialstyrelsen (1991c) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 5 Personlig assistans *Meddelandeblad nr 17/91*
- Socialstyrelsen (1991d) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 6 Socialtjänstlagen – arbetsmiljölagen *Meddelandeblad nr 18/91*
- Socialstyrelsen (1991e) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 7 Anhörigvård *Meddelandeblad nr 23/91*
- Socialstyrelsen (1992a) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 8 Regeringsrättsdomar – socialtjänstlagen och omsorgslagen *Meddelandeblad nr 4/92*
- Socialstyrelsen (1992b) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 9 Rätt att bo kvar *Meddelandeblad nr 8/92*
- Socialstyrelsen (1992c) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 10 Social hemtjänst *Meddelandeblad nr 16/92*
- Socialstyrelsen (1992d) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 11 Socialbidrag – handikapp *Meddelandeblad nr 22/92*
- Socialstyrelsen (1992e) Rättsfall Äldre- och handikappomsorg – 13 Bistånd till bostad för personer med funktionshinder *Meddelandeblad nr 24/92*
- Socialstyrelsen (1997) *Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen. En studie i 27 kommuner kring handläggningsprocessen.*
- Socialstyrelsen (2001) *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen*
- Socialstyrelsen (2002a) *De äldre och besvärsrätten*
- Socialstyrelsen (2002b) *Icke verkställda beslut och domar enligt LSS och SoL*

- Svensson, Gustav (2000) *Skälig levnadsnivå och goda levnadsvillkor. Bedömning i förvaltningsdomstolar och socialnämnder*
- Svenska Kommunförbundet (1998) *En samlad lag om vård och omsorg? Ett diskussionsunderlag*
- Svenska Kommunförbundet (1999) *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet. Slutrapport från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning Skrift nr 3*
- Vahlne Westerhäll, Lotta (red.) (2002) *Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten*

Önskemål om vård- och omsorgsgivare

Innehåll

1	Inledning.....	207
2	Befolkningens synpunkter	207
3	De äldres synpunkter	212
	Referenser	214

1 Inledning

Enskildas synpunkter på vem man vill ska ansvara för vård och omsorg är en faktor som har stor betydelse för hur man ser på vård och omsorg av de äldre.

Under 1990-talet har några undersökningar gjorts som dels omfattar de äldres egen uppfattning, dels omfattar hela befolkningen. År 1992 och år 1999 genomfördes den s.k. Eurobarometern inom ramen för EU. År 1992 omfattade den både hela befolkningen i åldern 15 år och äldre och en särskild undersökning för personer i åldern 60 år och äldre. När undersökningen genomfördes igen år 1999 så omfattade den bara hela befolkningen i åldern 15 år och äldre.

2 Befolkningens synpunkter

Den första frågan som ställdes i Eurobarometern (Walker 1999) vid både undersökningen år 1992 och år 1999 var om den svarande hade ansvar för omsorg om någon som var långvarigt sjuk, funktionshindrad eller äldre. Resultaten var de samma vid båda undersökningstillfällena. En av tio gav omsorg till någon i samma hushåll, medan en av sju gav omsorg till någon utanför det egna hushållet.

Nästa fråga gällde synpunkter på vård och omsorg i ordinarie boende jämfört med vård och omsorg på institution. Påståendet som de enskilda hade att ta ställning till var: *Några säger att äldre personer som behöver personlig omvårdnad bör flytta till ålderdomshem/sjukhem, medan andra säger att social service ska kunna hjälpa dem att bo kvar i deras hem så länge som möjligt. Vilken uppfattning överensstämmer bäst med din?* Vid båda undersökningstillfällena ansåg en mycket stor majoritet, fyra av fem, att de äldre ska få hjälp i sitt eget hem. De enda länderna där mer än en av fem svarade vård och omsorg på institution var Danmark och Portugal (ca 25 procent).

I något mindre utsträckning föredrog män vård och omsorg i hemmet jämfört med kvinnor (75 procent för män och 80 procent för kvinnor). Skillnaderna mellan olika åldersgrupper var däremot betydligt större. Personer i högre ålder föredrog i större utsträck-

ning vård och omsorg i ordinärt boende jämfört med yngre personer.

Tabell 1. Andelen i olika åldersgrupper av befolkningen i samtliga EU-länder som föredrog vård och omsorg för äldre i ordinärt boende jämfört med vård och omsorg på institution 1999. Procent

	Åldersgrupper			
	15–24	25–39	40–54	55+
Institution	16	11	10	9
Ordinärt boende	68	75	80	82
Vet ej	16	12	10	9

Källa: Walker 1999.

Eurobarometern år 1999 utvecklade denna frågeställning jämfört med år 1992.

År 1999 frågade man även: *Låt oss anta att du hade antingen en äldre far eller mor som bor ensam. Vad tror du skulle vara bäst om föräldern inte längre kan bo för sig själv?* Svaret visade att vård och omsorg på institution enbart föredrogs av en minoritet och hade starkast stöd i norra Europa. I Portugal till exempel försvann det ovan nämnda stödet för vård och omsorg på institution när frågan gällde en egen förälder. Det mest framträdande var dock andelen EU-medborgare som ansåg att föräldern skulle bo hos dem eller hos något av syskonen. Svaren varierade dock mycket mellan norra Europa och södra Europa.

Tabell 2. Hur ska en vårdbehövande förälder få hjälp när han/hon inte klarar sig själv? Urval av EU-länder samt i genomsnitt för alla EU-länder. Procent.

	<i>Bo hos mig eller syskon</i>	<i>Flytta närmare</i>	<i>Flytta till institution</i>	<i>Bo kvar och få hjälp där</i>	<i>Beror på/ Vet ej</i>
Österrike	34	13	10	28	15
Danmark	10	10	31	43	6
Finland	16	7	15	52	11
Tyskland	43	13	10	22	12
Grekland	71	17	0	11	1
Spanien	73	3	5	10	9
Sverige	11	4	41	38	6
<i>EU 15</i>	<i>43</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>26</i>	<i>11</i>

Källa: Walker 1999.

Nästa fråga inom vård- och omsorgsområdet år 1999 var: *Oberoende av ditt svar på föregående fråga, vem skall huvudsakligen betala för vården och omsorgen om äldre föräldrar?* Svaren bekräftade skillnaden mellan syd och nord när det gäller barnens ansvar för föräldrarna och den betydligt större tillgängligheten till alternativ som finns i norra Europa, särskilt i de skandinaviska länderna. Resultatet visade att i tolv av femton medlemsstater ansåg mer än 40 procent att samhället huvudsakligen skulle betala för vård och omsorg om äldre föräldrar. I fem av medlemsstaterna var det mer än 50 procent av befolkningen. Walker konstaterade att detta indikerar en fortsatt stark tro på den västeuropeiska modellen med solidaritet och riskutjämning jämfört med att enskilda och deras familjer ensam ska stå för kostnaderna för vård och omsorg. Det var med andra ord en klar majoritet av invånarna i EU som föredrog att riskerna som är förenade med vård och omsorg om äldre delas.

Tabell 3. Vem ska huvudsakligen betala för vård och omsorg om äldre föräldrar? Urval av EU-länder samt i genomsnitt för alla EU-länder. Procent

	<i>De äldre själva</i>	<i>Barnen</i>	<i>Staten/samhället</i>	<i>Alla lika</i>	<i>Andra/Vet ej</i>
Österrike	11	41	22	19	7
Danmark	5	2	88	2	3
Finland	11	4	65	14	6
Tyskland	19	11	47	18	5
Grekland	9	27	41	22	1
Spanien	12	30	36	14	8
Sverige	9	2	80	7	2
<i>EU 15</i>	<i>14</i>	<i>17</i>	<i>48</i>	<i>15</i>	<i>6</i>

Källa: Walker 1999.

På frågan om vem som ska ansvara för vård och omsorg om äldre vårdbehövande personer, så svarade en överväldigande majoritet bland invånarna att samhället, antingen centralt eller lokalt, skulle ha detta ansvar. Det var enbart i två länder, Österrike och Tyskland, som färre än sex av tio ansåg att samhället skulle ha det övergripande ansvaret för vård och omsorg om äldre. Dessa två länder har en lång tradition av att vård och omsorg tillhandahålls av frivilliga, icke-vinstdrivande organisationer. Av samtliga invånare i EU-länderna var det drygt sju av tio som ansåg att samhället skulle ha ansvaret för vård och omsorg om de äldre, drygt en av tio ansåg att frivilligorganisationer skulle ha ansvaret och mindre än en av tio den privata sektorn.

Tabell 4. Vem skall vara huvudsakligen ansvarig för vård och omsorg om vårdbehövande äldre? Samtliga EU-länder samt i genomsnitt för alla EU-länder. Procent

	Samhället	Privata företag	Frivillig-organisationer	Vet ej
Österrike	58	8	23	11
Belgien	76	8	10	6
Danmark	87	10	2	1
Finland	90	4	2	4
Frankrike	82	5	9	4
Tyskland	53	11	29	6
Grekland	77	7	13	3
Irland	88	1	3	8
Italien	63	11	19	7
Luxemburg	69	8	13	3
Nederländerna	94	0	3	3
Portugal	88	1	8	3
Spanien	77	5	9	9
Sverige	83	12	2	3
Storbritannien	84	2	5	9
EU 15	73	7	14	6

Källa: Walker 1999.

En annan fråga gällde vad man ansåg om att vuxna barn skulle ta hand om sina föräldrar i större utsträckning i framtiden än i dag. Här skiljer sig svaren mellan de skandinaviska länderna och länderna i södra Europa. Som exempel kan nämnas att i Grekland svarade nära 90 procent att det skulle vara bra, medan knappt 5 procent ansåg att det skulle vara dåligt och 6 procent varken det ena eller andra. Motsvarande svar för Sverige var 30 procent som ansåg att det skulle vara bra, 46 procent som tyckte att det skulle vara dåligt och 18 procent som ansåg varken bra eller dåligt.

Den sista frågan avseende vård och omsorg handlade om vem som är bäst på att fatta beslut om vilken service äldre, som är i behov av vård och omsorg, behöver. Frågan ställdes både år 1992 och år 1999. Resultaten visade att det skett en förändring från 1992 till år 1999 till förmån för den äldre själv, eller en släkting eller nära vän, och minskat för medicinska professionen. Andelen som ansåg att vårdgivarna skulle bestämma vilken service den äldre skulle få var liten år 1992 och hade minskat ytterligare till år 1999. Det var knappt någon skillnad mellan män och kvinnor när det gäller svaren

på denna fråga. Däremot ökade andelen som svarar ”den äldre själv” med ökande ålder: 15–24 år (33 procent), 25–39 år (37 procent), 40–54 år (37 procent) och 55+ (41 procent).

Tabell 5. Vem är den bästa personen att besluta om vilken service som den äldre skall få? Urval av EU-länder samt i genomsnitt för alla EU-länder 1999. Procent

	<i>Anhörig/ nära vän</i>	<i>Den äldre själv</i>	<i>Vård- givare</i>	<i>Annan professionell (läkare)</i>	<i>Vet ej</i>
Österrike	27	42	6	20	5
Danmark	30	45	12	11	2
Finland	26	57	2	13	2
Tyskland	24	48	5	20	3
Grekland	21	44	12	22	0
Italien	38	21	6	33	2
Portugal	40	22	8	28	3
Spanien	36	31	2	29	2
Sverige	26	55	2	14	3
Storbritannien	41	39	6	10	4
<i>EU 15</i>	<i>31</i>	<i>38</i>	<i>5</i>	<i>23</i>	<i>3</i>

Källa: Walker 1999.

3 De äldres synpunkter

Flera undersökningar visar att de flesta äldre hellre vill ha vård och omsorg från det offentliga än av anhöriga, frivilliga organisationer eller privata alternativ (Socialstyrelsen 1993, Svallfors 2001 och Andersson & Johansson 1996).

I den svenska Eurobarometern riktad till personer 60 år eller äldre, som genomfördes år 1993, ställdes en fråga om vem som i första hand borde göra mer för att täcka det ökade behovet av vård och omsorg. Svaren visade ett mycket starkt stöd för kommuner och landsting – 86 procent. Att familjen borde göra mer ansåg 8 procent, medan frivilligorganisationer och privat vård och omsorg fick stöd av 1–2 procent vardera. En analys av svaren visade inte på några större skillnader avseende kön, civilstånd, ålder, bostadsort eller inkomst. Denna fråga var mer allmänt ställd och avspeglade förväntningar och föreställningar om vem som borde ge

stöd. Det ställdes också en mer personlig fråga som avsåg vem man själv, vid behov, skulle föredra att få hjälp från. Svaren förändrades inte mycket jämfört med den tidigare frågan. Av de svarande föredrog 71 procent kommuner och landsting medan 22 procent föredrog familjen (Socialstyrelsen 1993). Däremot var det en fråga där det var stor skillnad mellan olika grupper och särskilt mellan könen. Män föredrog i större utsträckning än kvinnor hjälp från familjen (28 procent jämfört med 17 procent). Skillnaden beror troligen på att männen räknar med att kunna få vård av maken, medan kvinnorna i mindre utsträckning räknar med motsvarande möjlighet (Andersson 2002).

De ovan redovisade siffrorna avser hela urvalet, dvs. de flesta som svarade var vid svarstillfället inte själva i behov av vård och omsorg eller gav vård och omsorg. En analys gjordes därför av om svaren från personer som var direkt inblandade i vård och omsorg skiljde sig från gruppen som helhet. Svaren från dem som fick regelbunden vård och omsorg visade att stödet för offentlig vård och omsorg var ännu mer uttalat, särskilt när det gällde den mer personligt formulerade frågan (80 procent). En analys av den undergrupp som fick regelbunden vård och omsorg av barnen, visade på ett ännu starkare stöd för offentlig omsorg (89 procent). Analysen av svaren från dem som regelbundet gav vård och omsorg, visade att stödet för offentlig vård och omsorg var lika stort som i totalgruppen, men högre när frågan var mer personligt ställd (77 procent jämfört med 71 procent). Sammantaget visade dessa svar att det var mycket få som föredrog att familjen och anhöriga skulle svara för vård och omsorg. Denna slutsats har fått stöd av andra undersökningar som genomförts (t.ex. Jeppsson Grassman 2001).

I Ädel-ULF, som genomfördes 1994, preciserades frågeställningen om vem man ville ha hjälp av, med att de tillfrågade fick ta ställning till av vem man ville ha hjälp med specificerade sysslor. Frågorna utgick från två områden: hushållsgöromål och personlig omvårdnad. Vardera området täcktes med två frågor. Avseende hushållsgöromål var frågorna: *Om du skulle få behov av hjälp och omvårdnad under en längre tid, vem skulle du föredra att få den nödvändiga hjälpen av a) när det gäller inköp och matlagning?, b) när det gäller tvätt och städning?* Motsvarande frågor om personlig omvårdnad var: *Om du skulle få behov av hjälp och omvårdnad under en längre tid, vem skulle du föredra att ta emot den nödvändiga hjälpen av a) när det gäller hjälp med att stiga upp och klä sig?, b) när det*

gäller bada/duscha och toalettbestyr? Det fanns fyra svarsalternativ: a) familjen/anhörig, b) kommun och landsting, c) frivilligorganisation och d) andra (t.ex. privat vård). Av svaren fick alternativet familjen/anhörig samt kommun och landsting tillsammans 93–94 procent. En fördjupad analys visade att det var civilstånd som i stor utsträckning avgjorde svaret. Bland ogifta, skilda och änkor/änklingar var det en stor majoritet som föredrog offentlig omsorg, särskilt när det gällde personlig omvårdnad. Det var också en hög andel bland de gifta, ca 40 procent, som föredrog offentlig omsorg, även om de flesta gifta föredrog anhörigvård. Det var 3 procent som föredrog anhörigvård när man inte hade vare sig make/maka eller barn. Sammantaget föredrog de flesta offentlig omsorg framför anhörigvård. Andelen som föredrog anhörigvård blev dock högre när frågan formulerades mer konkret jämfört med de mer generella frågor som redovisats tidigare (Andersson & Johansson 1996 och Andersson 2002).

Genom att kombinera svaren på frågorna om erhållen omsorg och önskad omsorg kan man få en uppfattning om hur väl den äldres önskemål stämmer överens med den omsorg han eller hon erhåller. En sådan analys visade att bland dem som får offentlig omsorg så var stödet för offentlig omsorg nästan enhälligt, medan det bland dem som fick anhörigomsorg var 35 respektive 32 procent som skulle föredra offentlig omsorg. Stödet för offentlig omsorg var genomgående högre bland kvinnorna än männen (Andersson & Johansson 1996 och Andersson 2002).

Referenser

- Andersson, Lars (2002) Äldres önskemål om vård- och omsorgsgivare. I *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 2/2002
- Andersson, Lars & Johansson, Lennarth (1996) Äldres behov av och inställning till hjälp. I *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Socialstyrelsen Ädelutvärderingen 96:6
- Jeppsson Grassman, Eva (2001) *Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 17.
- Socialstyrelsen (1993) *Äldre i Sverige och Europa*. Ädelutvärderingen 93:4
- 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*

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

Internationella utblickar när det gäller
vård och omsorg om äldre

Innehåll

1	Inledning.....	221
2	Rostgaard och Fridbergs jämförelse av äldreomsorgen i sju europeiska länder	221
3	Samhällets stöd till de äldre i Europa (Ds 1999:61)	222
4	Tim Blackmans jämförelse av ansvaret för äldreomsorgen i sex länder i Europa	223
4.1	Fallbeskrivningar.....	225
4.1.1	Fru B.....	225
4.1.2	Fru A	227
4.2	Analys	229
5	Om arbete, genus, åldrande och omsorg i tre EU- länder	232
6	Äldreomsorg i Japan	238
7	Socialstyrelsen om framtidens anhörigomsorg	240
	Referenser.....	242

1 Inledning

Ett sätt att beskriva och analysera konsekvenser av olika synsätt när det gäller ansvarsfördelningen mellan individ, familj och samhälle är att göra internationella jämförelser. Med utgångspunkt i sju olika källor görs i det följande en genomgång av förutsättningarna för den äldre att få vård och omsorg i några europeiska länder samt i Japan.

2 Rostgaard och Fridbergs jämförelse av äldreomsorgen i sju europeiska länder

År 1998 publicerades rapporten *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices* (Rostgaard & Fridberg 1998). I rapporten jämförs barnomsorg och äldreomsorg i sju länder: Danmark, Sverige, Finland, Nederländerna, England, Frankrike och Tyskland. Jämförelsen avser främst perioden 1982–1996. Det innebär att vissa saker har förändrats sedan dess och att det i några länder pågår större förändringar under 2000-talets första år.

Med utgångspunkt i en jämförelse av hur social service har utvecklats under åren 1982–1996 har författarna observerat fem trender. Dessa trender finns i större eller mindre utsträckning i alla sju länderna.

- Trend 1* Utveckling mot normer och standard för vård och omsorg
- Trend 2* Nya principer för finansiering
- Trend 3* Från standardiserade till flexibla och koordinerade system
- Trend 4* Från klient till konsument
- Trend 5* Från godtycke till rättighet

I samtliga länder kan man också se en utveckling som i olika grad lett fram till en ökning av den omsorg som utförs av andra aktörer än samhället. Familj, frivilligorganisationer och marknad utför omsorgsinsatser i större utsträckning än tidigare. Förklaringen till denna utveckling finns dels i ekonomiska orsaker, dels i ideologiska orsaker.

3 Samhällets stöd till de äldre i Europa (Ds 1999:61)

I november 1999 publicerades ESO-rapporten *Samhällets stöd till de äldre i Europa* (Ds 1999:61). I rapporten redovisas resultatet av en internationell jämförelse av det offentliga stödet till de äldre. I studien jämförs Sverige med Danmark, Norge, Finland, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien och Tyskland (f.d. Västtyskland). Jämförelserna avser i huvudsak uppgifter från år 1995.

Genom ett jämförelsevis omfattande utbud står sig den svenska vården och omsorgen väl när det gäller att ge de äldre oberoende i förhållande till sina anhöriga och ett självständigt och aktivt liv, enligt rapporten. Danmark uppfyller dock målen om oberoende samt ett självständigt och aktivt liv i ännu högre grad. I rapporten konstaterar man också att det inte har varit möjligt att jämföra kvaliteten på omsorgen i de olika länderna.

Jämförelsen är gjord med utgångspunkt i sju svenska kriterier på ”god äldreomsorg”. En del av dessa mål är hämtade från olika budgetpropositioner och från *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113). I andra fall har författarna fritt tolkat den allmänna uppfattningen i den svenska debatten om äldreomsorgen.

- Mål 1* Utbudet av vård och omsorg skall räcka till alla som har behov oavsett ekonomi och var man bor i landet. Kvaliteten skall vara god.
- Mål 2* Utbudet skall vara utformat så att äldre med vård- och omsorgsbehov kan leva ett aktivt liv.
- Mål 3* De äldre skall kunna bibehålla sitt oberoende trots omsorgsbehov, dvs. de skall inte vara beroende av anhörigas vilja, tid och kraft.
- Mål 4* Det skall finnas tydliga regler för vilka behov man kan få tillgodosedda.
- Mål 5* Avgiftssystemen skall vara tydliga och inte skilja sig mellan olika delar av ett land på ett omotiverat sätt.
- Mål 6* Avgiftssystemen skall konstrueras så att de inte medför orimliga ekonomiska konsekvenser för de anhöriga.
- Mål 7* Man skall kunna lita på att det finns tillgång till en god vård och omsorg för alla även i framtiden när andelen äldre ökar.

Sverige anses uppfylla de grundläggande målen om att alla som har behov ska ha tillgång till omsorg av god kvalitet, minst lika bra som de andra länderna i studien i rapporten. Dock bedöms Sverige ligga sämre till vad gäller systemets tydlighet. Otydligheten är stor, både när det gäller vilken omsorg och vård man har rätt till och vilka avgifter man kommer att få betala. Den långsiktiga tryggheten i systemet är ett annat problemområde enligt rapporten.

Rapportens författare hävdar att det i dag finns en osäkerhet bland medborgarna i Sverige kring vården och omsorgen av de äldre liknande den som fanns om pensionerna före pensionsuppgörelsen. De skriver 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 pensionsystemet ser ut. Det skapar otrygghet att inte veta om man kan räkna med att få vård och omsorg av samhället, eller om hela eller stora delar av pensionen och andra ekonomiska tillgångar måste användas till vård och omsorg. 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.

4 Tim Blackmans jämförelse av ansvaret för äldreomsorgen i sex länder i Europa

I en artikel av Blackman (2000) som publicerades i tidskriften *International Journal of Social Welfare* redovisas synen på ansvaret för vård och omsorg om de äldre i sex länder: Irland, Italien, Grekland, England, Norge och Danmark. Blackman inleder med att konstatera, att medan alla europeiska länder har någon form av gemensamt ansvar för att organisera hälso- och sjukvård för hela befolkningen, så är det mycket stora skillnader mellan länderna när det gäller att organisera äldreomsorg. Det är också mycket stora differenser inom ett land beroende på beslut som fattas på lokal nivå om vilka insatser som skall ges. Blackman anser att denna skillnad mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg visar att man

inom hälso- och sjukvården är beroende av anställda med expertkunskaper och att den omfattar även den privata sfären i form av individ- och familjeliv. Detta är inte fallet när det gäller äldreomsorgen. Personlig omvårdnad och hjälp med sysslor i hushållet för äldre personer som inte klarar av dessa aktiviteter är i mycket stor utsträckning familjens ansvar. Omfattning och innehåll i statens stöd till familjen varierar mycket. Vård och omsorg inom familjen utförs främst av kvinnor: maka, döttrar och svärdöttrar.

I vissa europeiska länder är vård- och omsorgsarbete så fast förankrat i värderingar och praktik att familjen blir en institution med plikt att vårda. Detta förstärks både av kyrkan och i lagstiftning. I andra länder har offentligt finansierade anställda – främst kvinnor – ersatt mycket av det obetalda arbete som familjen utfört med hemtjänst, dagvård och äldreboende. Enligt Blackman har detta förändrat betydelsen av familjens omsorg. Om mycket av omsorgsarbetet utförs av någon utanför familjen så innebär det bättre möjligheter inom familjen för en mer personlig och oberoende relation. Som exempel redovisar Blackman en jämförelse mellan en dotter i Grekland och en i Danmark. Den grekiska dottern utför ensam både service och personlig omvårdnad till en mycket vårdberoende förälder, vilket innebär en plikt att vårda, understruken av en laglig skyldighet, sociala attityder och bristen på alternativa möjligheter. Den danska dottern till en vårdbehövande förälder hjälper sannolikt till på ett helt annat sätt: besöker, umgås och gör ibland inköp eller hjälper till med tvätten. Föräldrarnas behov av personlig omvårdnad och service tillgodoses av samhället.

Samhällets ansvar för vård och omsorg om äldre är störst i de skandinaviska länderna, där politiska ställningstaganden har sett samband mellan den offentliga omsorgen och kvinnors rätt till förvärvsarbete. I England omfattar rätten till äldreomsorg alla, men den strikta behovsprövningen har medfört att andelen som får omsorg är betydligt mindre. Den offentligt finansierade omsorgen har aldrig haft till syfte att stödja kvinnors möjlighet till förvärvsarbete, utan förlitar sig på tillgången till omsorg från familjen. I Norge betonas partnerskapet mellan offentlig omsorg och familjens omsorg, men inte på bekostnad av kvinnors rätt till förvärvsarbete eller med den omfattning av stress och dålig hälsa som man har funnit bland många anhängare i Storbritannien. I Danmark är å andra sidan förväntningarna i samhället små på omsorg från familjen vilket ibland har lett till brister i omsorgen om de äldre.

I artikeln jämförs olika välfärdsmodeller. Danmark, Norge och England är exempel på länder som representerar individorienterade system, medan Irland, Italien och Grekland representerar mer familjeorienterade system. Blackman anför att det vid internationella jämförelser är viktigt att koncentrera sig på några viktiga välfärdstjänster, men att man bedömer resultatet i förhållande till det samhälle som de är en del av. Som exempel nämner Blackman kvinnors deltagande på arbetsmarknaden och omfattningen av samhällets äldreomsorg.

Norge och Danmark beskrivs som representanter för ett generellt välfärdssamhälle präglad av socialdemokratisk politik med höga offentliga utgifter för bl.a. social omsorg. England och Irland anses vara exempel på liberal välfärdspolitik präglad av selektivitet och noggranna behovsbedömningar. Italien och Grekland beskrivs som representanter för den sydeuropeiska familjemodellen, som kännetecknas av att försäkringar, pensioner och familjestöd ökar i betydelse till följd av mycket begränsade, statligt finansierade sociala omsorgssystem.

4.1 Fallbeskrivningar

För att studera de sex länderna har individuella fallbeskrivningar bedömts av inhemska experter. I artikeln redovisas resultatet av två fallbeskrivningar.

4.1.1 Fru B

Fru B är en 75 år gammal kvinna med omfattande ledbesvär. Hon skrivs ut från sjukhus efter en hjärtattack som hon drabbades av efter hennes makes plötsliga död. Hon bor i ett hus för personer med låga inkomster tillsammans med en son som ofta arbetar på annan ort. Hon har en syster i närheten som hjälper henne med hushållssysslor.

Danmark

Behovsbedömningen görs i hemmet av en distriktssköterska. Kostnadsfri hemhjälp för hushållssysslor en gång varannan vecka och bad varje vecka. Ej hjälp till inköp. Kostnadsfritt lån av gånghjälp-

medel och trygghetslarm. Besök av sjuksköterska en gång i veckan, om det behövs. Sonen förväntas bidra med viss praktisk hjälp.

Norge

I Norge görs behovsbedömningen i hemmet av en distriktssköterska. Hemhjälp till hushållssysslor varannan vecka till en låg avgift. Hjälp med bad endast om behovet är mycket stort. Trygghetslarm erbjuds till en låg avgift. Kostnadsfri rådgivning och stöd vid dödsfall (bereavement counselling). Besök av sjuksköterska en gång i veckan under 4–6 veckor. Sonen och systemen uppmuntras att fortsätta med sin hjälp.

England

Behovsbedömning görs av en socialarbetare på sjukhus. Om tillgång till informell omsorg bedöms som tillräcklig erbjuds enbart trygghetslarm och telefon. Om den informella omsorgen inte bedöms tillräcklig kan fru B bli erbjuden hemhjälp 2 timmar i veckan och möjligen dagvård en gång i veckan. Arbetsterapeuten bedömer hennes behov av tekniska hjälpmedel. Hjälp från en frivillig rådgivare vid dödsfall (bereavement counsellor) är tillgänglig.

Irland

Behovsbedömning görs på sjukhuset av läkare. Primärvårdsläkaren (General Practitioner) och distriktssköterskan informeras om utskrivningen och sjuksköterskan kommer att handlägga ärendet. Sonen, systemen och grannar förväntas ge hemhjälp med stöd av personal från hemtjänsten eller hemhjälp från hälsönämnden eller frivilligverksamhet. Plats i dagverksamhet, matdistribution och tekniska hjälpmedel kan erbjudas från en lokal frivillig verksamhet.

Italien

Ärendet tas under övervägande av läkare och sjuksköterskor på sjukhuset. Fru B remitteras till en lokal socialarbetare, som utreder behoven av hälso- och sjukvård eller social omsorg och om hon kan

bekosta hjälpen själv. Om hon inte kan bekosta hjälpen själv utreds om inte hennes son kan hjälpa henne. Om hon är fattig kan hon erbjudas lite hemhjälp men det beror på socialarbetarens eget avgörande och sonens ekonomiska situation. Hon kan erbjudas viss kostnadsfri rehabilitering.

Grekland

Fru B:s syster och grannar engageras. Familjen anställer troligen en invandrare för att hjälpa henne dagligen eller bo hos henne. Om hon är 67 år eller äldre samt funktionshindrad kan hon erhålla ekonomiskt stöd. I Aten skulle fru B erbjudas hemhjälp från grekiska Röda Korset och ett trygghetslarm. Om hon bor nära ett KAPI (dagcentral) kan hon erbjudas olika former av stöd.

4.1.2 Fru A

Fru A är en 83 år gammal kvinna som lever under små omständigheter. Hon är kroniskt sjuk, har inte långt kvar att leva och är nyligen utskrivna från sjukhus efter vård för hjärtproblem. Hennes önskan är att vårdas i hemmet, där hon bor tillsammans med maken, som i viss utsträckning kan hjälpa till praktiskt. Närmaste anhöriga är en son och en dotter som har en restid på ca 30 minuter till föräldrarna.

Danmark

I Danmark skulle en sjuksköterska bedöma fallet och erbjuda fru A tre alternativa lösningar innan hon lämnade sjukhuset:

- a) kostnadsfri vård på sjukhem dygnet runt (boende och måltider betalas med pensionen)
- b) hemhjälp dagtid kombinerad med fri transport till sjukhem för tillsyn nattetid (måltider betalas med pensionen)
- c) kostnadsfri hemhjälp i kombination med dagliga besök av distriktsköterska samt distribution av färdiglagad mat (kostnaden för matdistribution betalas med pensionen).

Fru A skulle få låna tekniska hjälpmedel och trygghetslarm utan kostnad.

Några kommuner skulle av kostnadsskäl förespråka alternativ a.

Norge

I Norge skulle en sjuksköterska bedöma fallet. Med hänsyn till att fru A bedöms befinna sig i livets slutskede skulle hon omgående erbjudas plats på ett sjukhem. Hemhjälp skulle inte anses tillgodose hennes behov av vård och omsorg, om inte familjen eller frivilliga kan ställa upp med kompletterade insatser. I detta fall förväntas inte maken kunna svara för nödvändiga insatser. Fru A skulle dock kunna insistera på att få vårdas sista tiden i hemmet. I så fall skulle hon erbjudas tekniska hjälpmedel och regelbundna besök dygnet runt av en sjuksköterska.

England

I England skulle fallet ha bedömts av en socialarbetare. Efter behovsbedömningen, som även omfattar den enskildes ekonomi, skulle hemhjälp troligen erbjudas 2,5 timmar per dag sju dagar i veckan, kostnadsfria besök av en distriktsköterska 4–5 gånger i veckan och tillsyn nattetid av sjuksköterska. Fru A skulle även kunna bli erbjuden distribution av färdiglagad mat sju dagar i veckan samt trygghetslarm och telefon. Sjukhusvård/hospice kan erbjudas, om sådan finns tillgänglig. Om kostnaderna för insatserna i hemmet skulle överskrida kostnaderna för sjukhemsvård förväntas familjen betala mellanskillnaden.

Irland

I Irland skulle fru A troligen aldrig bli utskriven från sjukhuset. Om fru A och hennes familj mycket bestämt hade insisterat på vård i hemmet skulle hemhjälp, distribution av färdiglagad mat och tillsyn av sjuksköterska nattetid kunna erbjudas utan eller till minimal kostnad i vissa geografiska områden.

Italien

I Italien skulle fallet ha bedömts av ett multiprofessionellt geriatriskt team. En socialarbetare skulle handlägga ärendet och troligen komma fram till kostnadsfria hembesök av sjuksköterska åtminstone tre gånger i veckan i kombination med hemtjänst två timmar varje dag för personlig omvårdnad och hjälp med praktiska hushållssysslor. Barnen skulle förväntas betala hela eller delar av vården beroende på inkomst.

Grekland

I Grekland skulle vården ha organiserats av sonen och dottern som eventuellt skulle anställa invandrad arbetskraft för att bo tillsammans med fru A. Kostnaden för sjuksköterskeinsatser skulle få betalas av fru A, men eventuellt delvis kunna täckas genom försäkring. Om sjukhem skulle komma ifråga skulle även sådana kostnader få betalas av fru A liksom kostnader för vård av sjuksköterska. På ett sjukhem skulle fru A troligen få dela rum med 4–6 personer.

4.2 Analys

Blackman gör därefter en analys av hur de olika modellerna fungerar med utgångspunkt i utsatthet, inflytande och förutsättningar att få del av vård och omsorg.

När det gäller utsatthet, anför Blackman, att den viktigaste faktorn för att förstå de olika modellerna för vård och omsorg om äldre är de skilda synsätt som finns när det gäller rollerna för staten och familjen (eller i klartext kvinnorna).

I Italien, Grekland och Irland är det en plikt för familjen att vårda åldrande föräldrar, men anhörigvårdare kan få lite stöd och deras roll erkänns inom socialpolitiken. De mest utsatta äldre i dessa länder är de som antingen inte har någon familj och lever ensamma eller som bor tillsammans med en familjemedlem som också är äldre eller psykiskt funktionshindrad. Blackman anför att kvaliteten på anhörigvården lämnar mycket i övrigt att önska. Han lyfter också fram risken för övergrepp inom familjen. I England finns det en omfattande acceptans för anhörigvård och ett erkännande av att detta är en tillfredställande och givande sysselsättning.

Samtidigt finns det en växande oro för att anhängivården inte erhåller ett bra stöd. I Norge har i princip alla äldre rätt till äldreomsorg, vilket innebär att familjen kan välja om den vill utföra hjälpen med eller utan den offentliga äldreomsorgen eller låta samhället utföra insatserna.

Blackman lyfter fram att olika grupper äldre är mer utsatta än andra i de olika systemen. I Italien, Irland och Grekland är det äldre med omfattande behov av vård, som t.ex. vid demenssjukdom, som löper störst risk för att inte få sina behov tillgodosedda, då behoven är större än familjens möjligheter. Äldre människor med mindre omfattande behov kan få dessa tillgodosedda av olika familjemedlemmar och ibland genom någon form av formella eller informella hjälpinsatser. I Danmark, Norge och England är risken större för äldre människor med mindre omfattande behov, då deras möjligheter att erhålla stöd från samhället är mindre och familjen har mindre skyldigheter att ge hjälp.

När det gäller inflytande (empowerment) redovisar Blackman att den ökade satsningen på vård i det ordinära boendet i stället för på institution kan ses på olika sätt. Det är lättare för en person att behålla sin integritet och självständighet om han eller hon bor kvar hemma, medan det samtidigt kan innebära att vissa äldre inte får sina behov tillgodosedda och därmed får en lägre livskvalitet. Boende på institution kan i vissa fall innebära, att den äldre människan har bättre förutsättningar att behålla sitt oberoende och inte behöver känna sig som en "börda" för hans eller hennes familj.

När det gäller förutsättningarna att få del av vård och omsorg så innebär systemen i England, Norge och Danmark formella rättigheter för den äldre att få sina behov bedömda av en professionell person. Bedömningen måste följas och den äldre har rätt att delta i bedömningen. I inget av länderna har dock den enskilde någon preciserad rätt till omsorg med utgångspunkt i bedömningen, utan den kan sluta med ett nekande beslut. I Italien, Irland och Grekland finns inte någon motsvarande form av formell behovsbedömning. Bedömningar görs i varje enskilt fall och besluten av sjuksköterskor, socialarbetare och vårdgivare fattas godtyckligt och är varierande. Stödet från frivilliga är avgörande för vilken omfattning på stödet som kan ges – särskilt om det inte finns några medicinska behov – och begränsas ofta till personer som lever ensamma eller med mycket låga inkomster, medan andra förväntas ordna med privata lösningar.

Blackman pekar också på att det är stora skillnader när det gäller om en persons förmåga att betala för vård och omsorg skall beaktas. I Danmark är all hemhjälp och hemsjukvård kostnadsfri, medan taxorna i Norge för hemtjänst är låga och täcker ungefär 5 procent av kostnaderna för hemtjänsten. Ett viktigt särdrag när det gäller Danmark och Norge är att äldreomsorg nyttjas över klassgränser och snarare innebär en omfördelning över livscykeln än från rik till fattig. Hög skattefinansiering innebär följaktligen nytta för en stor grupp äldre. Det innebär inte bara kvantitativa krav på omsorgen utan också krav på kvaliteten. En majoritet av den norska och danska befolkningen stödjer denna omsorg, dess kvalitet och omfattning. I länder där den offentliga omsorgen har mindre omfattning, som t.ex. Grekland, är stödet betydligt mindre för att samhället skall ansvara för äldreomsorgen och människor vänder sig till privata alternativ för en bättre kvalitet och täckning, om de har råd. Det har till följd, att kraven på den offentliga omsorgen minskar ytterligare. Denna bild gäller även Italien, Irland och England. Fastän stora ansträngningar har gjorts för att garantera kvaliteten i den offentliga finansierade omsorgen, genom att skärpa krav och tillsyn, så är dessa garantier svaga genom frånvaron av ett starkt stöd från de äldre.

Påträngande inkomstprövning och bedömning av förmågan att betala ökar den stigma som många äldre känner för den offentligt finansierade äldreomsorgen. I Grekland, Irland och Italien omfattas även den äldres barn när det gäller bedömning av betalningsförmågan, relaterad till deras ansvar för föräldrarna. I England är inkomstprövningen begränsad till medlemmar i samma hushåll, och görs normalt av en socialarbetare som frågar efter den äldre personens inkomster och förmögenhet. Inkomstprövningen för boende på ålderdomshem och sjukhem omfattar även värdet på den äldres bostad, med undantag för att den inte kan säljas för att make/maka fortfarande bor där. I Irland, där förmögenhet har ett starkare lagligt stöd, är samhällets krav begränsat till en liten andel av intäkten vid försäljningen av bostaden efter personens död.

Blackman tar också upp skillnaderna mellan olika geografiska områden i ett land, när det gäller att tillhandahålla äldreomsorg. I Danmark och Norge är det stora skillnader när det gäller såväl vilka insatser som tillhandahålls som omfattningen av dem. I både Norge och Danmark är omfattningen av service högre i små kommuner än i stora, och kommuner med få sjukhemsplatser kompenserar detta genom att tillhandahålla mer hemtjänst. I England, däremot, finns

det inget samband mellan omfattningen av hemtjänst och omfattningen av ålderdomshem och sjukhem. De största geografiska variationerna finns i Grekland, Italien och Irland. De mycket stora skillnaderna beror på lokala politiska överenskommelser, tillgång till medel och nivån på aktiviteten i frivilliga och religiösa organisationer.

Som sammanfattning anför Blackman, att Danmark, Norge och England skiljer sig från de andra tre länderna i två viktiga avseenden. Det är dels den äldres rätt till äldreomsorg, dels att äldreomsorg finns i hela landet i dessa länder. Professionaliseringen av arbetet inom äldreomsorgen i Danmark och Norge har givit de äldre den formellt bästa äldreomsorgen i Europa. Det är samtidigt en omsorg som ofta är begränsad, dels till några få timmar i veckan, dels när det gäller vilka sysslor som utförs inom äldreomsorgen. Detta har inneburit en brist när det gäller vissa former av omsorg, särskilt emotionellt och socialt stöd. Rättigheter av visst slag finns även i Grekland, Italien och Irland, men i form av en plikt för familjen att vårda. Familjens skyldigheter regleras i respektive lands lagstiftning. Blackman konstaterar att båda systemen av rättigheter utsätts för stora påfrestningar. I Danmark, Norge och England på grund av ökade kostnader medan det i Grekland, Italien och Irland beror på kvinnors ökade deltagande i utbildning och arbetsliv.

5 Om arbete, genus, åldrande och omsorg i tre EU-länder

Stark och Regnèr (2001) redovisar i rapporten *I vems händer?* en studie av arbete, genus, åldrande och omsorg i Tyskland, Spanien och Sverige. Utgångspunkten för studien är arbete i vid mening, oavsett hur arbetet organiseras och oavsett om arbetet är betalt eller inte. Arbete studeras ur tre perspektiv. Det första perspektivet utgår från den som behöver eller önskar något, som innefattar andras arbete. Det andra perspektivet är den arbetandes. Det tredje perspektivet utgår från den som betalar. Avsnitt 5 baseras på denna rapport om ingen annan referens anges.

Spanien

Äldreomsorgen i Spanien är ett exempel på ett familjeorienterat system och där familjens ansvar är reglerat i lag. I lagens mening är "familj" generationer i raka led, dvs. barn i förhållande till sina föräldrar och föräldrar i förhållande till sina barn. Det mesta av äldreomsorgen utförs också av barn och makar till barn (nästan alltid av döttrar och svärdöttrar) gentemot föräldrarna. I praktiken är det också vanligt med omsorg som utförs inom "familjen", men i former som sträcker sig något utanför lagens definition. Det är t.ex. vanligt att svärdottern sköter om makens föräldrar. Ibland kan även andra mer avlägsna släktingar, oftast kvinnliga, ge omsorg åt en äldre person. Insatser från stat och kommun ses som ett komplement till familjens insatser, då det är familjen som är huvudansvarig för omsorgen. Enligt lagstiftarens intentioner skall stödet utformas så att familjen kan fortsätta att sköta de omvårdande uppgifterna även när samhället förändras, t.ex. när allt fler kvinnor förvärvsarbetar. I ett historiskt perspektiv har kyrkan spelat en stor roll för omsorg och uppsökande verksamhet hos äldre. Kyrkans organisationer och religiösa frivilliga organisationer är fortfarande viktiga aktörer, men deras insatser är inte längre lika omfattande som tidigare. I vissa kommuner ägnar sig kyrkan enbart åt hemlösa äldre och i några kommuner är kyrkan inte alls aktiv inom äldreomsorgen.

Kommunen kan träda in och "ersätta" familjeinsatser för de äldre som inte har familj, eller om familjen av olika skäl är förhindrad att hjälpa till. Det kan ske i form av hemtjänst eller plats i ett äldreboende. Hjälpn är ekonomiskt behovsprövad och prövningen baseras på den äldres egna inkomster, på makes/makas inkomster och om det finns några, även på barnens inkomster. Om de ekonomiska resurserna överstiger en viss nivå, får den äldre ordna sin omsorg på annat sätt. Bara äldre människor med svag ekonomi kan få kommunal hjälp. Det är ungefär en tiondel av kommunerna som har utbyggd hemtjänst och 2–3 procent av de äldre som bor i ett äldreboende. Det är enbart fattiga äldre som bor i äldreboende eller får hemtjänst. För de allra flesta äldre är det inte ekonomiskt möjligt att köpa privata tjänster eller bo på ett privat äldreboende. Den offentliga äldreomsorgen är, trots att den är liten, av större omfattning än privat kommersiell omsorg. De flesta äldre i Spanien bor tillsammans med någon familjemedlem, även om andelen minskar. Det finns också exempel på att flera syskon delar på om-

vårdnaden om den äldre, vilket innebär att den äldre flyttar mellan barnen enligt någon princip, t.ex. två månader på varje ställe eller helgen hos dottern och veckorna hos sonen. De politiska målen för äldreomsorgen är att de äldre så långt möjligt skall bo kvar hemma hos sina familjer och "integration" av de äldre i samhället.

En ny form av offentlig äldreomsorg i Spanien är "daghem" (centro de día) för äldre. Förvärvsarbetande familjemedlemmar skall kunna lämna den äldre där under arbetstiden och hämta honom eller henne vid arbetsdagens slut. Det är också möjligt för ensamstående äldre som kan gå dit själva men behöver viss begränsad hjälp, eller som vill ha sällskap, att gå dit. Dessa "daghem" finns i liten omfattning och finansieras med statliga och kommunala medel. Den äldre eller familjen får betala en mindre inkomstprövad avgift.

Tyskland

I Tyskland finns ett annat exempel på familjeorienterad modell för äldreomsorgen, men på delvis andra grunder än Spanien. I lagstiftning och socialt tänkande är familjen en motpol till staten. I den tyska författningen som tillkom efter andra världskriget slås familjens roll fast. I syfte att undvika en för stark stat har i första hand familjen, men även kyrkliga, fackliga och andra frivilliga organisationer en lagstadgad roll. Staten, och andra större kollektiv, skall enbart åta sig uppgifter där mindre kollektiv och individer inte förmår att sköta uppgifterna på ett bra sätt. Ett exempel på praktisk tillämpning av detta är att tyska kommuner enligt lag är skyldiga att konsultera frivilliga organisationer i frågor som rör organisering och utförande av omsorg om barn, unga och gamla.

Det är därmed i första hand familjen som ska hjälpa den äldre människan som behöver hjälp, i andra hand ska sociala sammanhang som grannar, församling, fackförening hjälpa till och i tredje hand staten/delstaten/kommunen. De sistnämndas uppgift är att erbjuda ett tillägg till de insatser som de andra utför.

Enligt lagstiftningen är det därmed familjen som i första hand har ansvar för att ta hand om anhöriga, vilket innebär att föräldrar har ansvar för sina barn och vuxna barn för sina föräldrar. Ett exempel är att vuxna barn kan bli skyldiga att betala för institutionsboende om den vårdbehövande föräldern inte själv har möjlighet att betala. Kommunen/staten träder in först efter det att för-

älderns och barnens betalningsförmåga har prövats och befunnits otillräcklig. Det är däremot inte möjligt att avkräva vuxna barn praktiska vårdinsatser.

Äldreomsorgssystemet i Tyskland beskrivs i olika sammanhang som komplicerat, diversifierat och svårt att överblicka. Dels finns det skillnader mellan delstaterna, dels andra lokala och regionala variationer. Den försäkring och den lag som i stort reglerar äldreomsorgen är dock federal och gäller därmed i hela Tyskland. Vid behovsbedömning enligt försäkringen är det enbart den vårdbehövandes behov av vård och omsorg som prövas. Rätten till ersättning från försäkringen är inte relaterad till den äldres, make/makas eller barnens betalningsförmåga (Vollmer 2000).

Äldreomsorgen utförs i första hand som obetalt arbete av anhöriga till den som behöver omsorg. I praktiken är det i första hand kvinnliga anhöriga som utför det mesta av omsorgen. Könsuppdelningen är mycket tydlig: 61 procent av döttrarna jämfört med 6 procent av sönerna ger vård till gamla föräldrar, som är 80 år och äldre och som har behov av vård.

År 1995 infördes en äldrevårdsförsäkring, eller egentligen en långvårdsförsäkring (long-term care insurance), som finansieras gemensamt av arbetstagare och arbetsgivare. Försäkringen omfattar alla anställda och deras familjemedlemmar som är bosatta i Tyskland (Vollmer 2000). En (äldre) person som anser att han eller hon behöver omsorg kan själv ansöka om behovsbedömning hos försäkringens administration. Det är också möjligt för den äldre att uppsöka en mottagning (Sozialstation) där hon eller han kan få veta vilka möjligheter som finns att få vård. Mottagningarna, som oftast drivs av frivilliga organisationer, kan bistå den äldre med att ansöka om hjälp hos vårdförsäkringen. Det är en läkare som bedömer hur omfattande vård den äldre behöver. Tanken är att läkaren skall vara specialist i geriatrik, men så är inte alltid fallet, vilket har lett till en diskussion om kvalifikationerna hos den läkare som gör bedömningen. Om behovet bedöms vara långvarigt (minst sex månader) eller kvarstå för resten av livet, klassificeras den vårdbehövande i en av försäkringens tre nivåer. Försäkringen betalar därefter ut ersättning till den försäkrade, dvs. till den vårdbehövande. Ersättningen kan utgå i två former, antingen i form av ett ekonomiskt bidrag som betalas ut varje månad eller i form av materiell hjälp, t.ex. hemtjänst, specialisthjälp eller vård på institution. Om den vårdbehövande väljer bidraget utgår det med betydligt

lägre summa än den ersättning som utgår till en professionell vårdgivare.

Om den äldre behöver permanent boende på institution, utgår ersättning som täcker vård och omsorg enligt någon av de tre vårdnivåerna. Den enskilde är själv ansvarig för att betala bostads- och levnadsomkostnader. Det gäller även kostnaden för vården om den är högre än den ersättning som utgår genom försäkringen. Om den äldre inte kan betala dessa kostnader så kan socialbidrag utgå efter ekonomisk behovsprövning (Vollmer 2000). Behovsprövningen omfattar då den äldres, make/makas och eventuella barns ekonomiska situation. I Stark och Regnérs rapport (2001) ges ett exempel på en kvinna som flyttar till ett sjukhem. Under tiden hon vårdas på sjukhemmet betalar son (och svärdotter) delar av boende- och andra levnadsomkostnader, eftersom kvinnans egna ekonomiska resurser inte räcker till och syskonen (till sonen) inte har tillräcklig betalningsförmåga.

Behovsbedömningen omfattar fyra huvudområden: personlig hygien, nutrition, rörlighet/förflyttning och hushållssysslor (Vollmer 2001). Reglerna kring försäkringen är mycket detaljerade och föreskriver noggrant vilka vårdbehov som ger rätt till vilken nivå på ersättningen. Som exempel kan nämnas att det beskrivs hur lång tid tandborstning bör ta i ett normalfall och om den äldre själv kan ta sig till toaletten. Enligt försäkringsreglerna skall den äldres hjälpbehov vid bedömning av rätt till försäkringen klassificeras i 21 kategorier. Ett exempel är personlig hygien som innefattar 7 kategorier: tvätt, dusch, bad, tandhygien, kamning, rakning och tarm- och blåstömning. Hårtvätt och nagelklippning ingår inte eftersom behov av detta inte anses föreligga dagligen. Några exempel på andra behov som försäkringen kan täcka är näringsintag, rörlighet och förflyttning samt hushållssysslor som inköp, matlagning, städning, disk, byte och skötsel av kläder och sänglinne samt uppvärmning av bostaden.

Försäkringen omfattar dock enbart personer som har behov av omfattande daglig hjälp. Den första nivån i försäkringen motsvarar "betydande vårdbehov", vilket innebär att försäkringen inte omfattar äldre som behöver hjälp men mindre ofta än varje dag, eller med mindre insatser än de som är "betydande". I sådana situationer förväntas den äldre kunna få hjälp från omgivningen på annat sätt. Med "betydande vårdbehov" menas att den äldre behöver hjälp minst 90 minuter per dag, varav 45 minuter med omvårdnad (personlig hygien, nutrition och förflyttning). Den andra vårdnivån

innebär att den äldre behöver hjälp minst tre timmar per dag, varav minst två timmar för omvårdnad. Den tredje vårdnivån förutsätter i princip vård dygnet runt eller minst fem timmar per dag, varav fyra timmar för personlig omvårdnad (Vollmer 2000). Försäkringen är inte heller avsedd att täcka alla behov hos den som har rätt till ersättning, utan vissa behov förväntas den äldre kunna få hjälp med från annat håll.

I första hand skall hjälp i hemmet erbjudas den äldre. Detta skall i första hand ske genom att anhöriga, grannar och frivilligarbetare får stöd att bistå den vårdbehövande. Det vanligaste är att den äldre får ersättning i form av ett ekonomiskt bidrag från försäkringen. Under de fem första åren som försäkringen fanns gick dock utvecklingen när det gäller hemhjälpen mot att fler valde professionell vård. I april 1995 var det 88 procent som valde bidraget och 12 procent som valde ersättning till professionell vårdgivare. Motsvarande siffror i april 2000 var 67 procent och 23 procent (Vollmer 2000). Det ekonomiska bidraget betalas ut till den vårdbehövande så att han eller hon kan betala någon för att de utför vården. Det vanligaste är att detta är en familjemedlem. Den som behöver vården och omsorgen får uppge vem som skall tillgodose vården. Personal från försäkringen har möjlighet att göra kontrollbesök för att se hur vården och omsorgen utförs.

Om anhöriga saknas eller om den äldre behöver eller föredrar professionell hjälp utgår även i denna situation ersättning från försäkringen. Den enskilde får då hjälpen av utbildad personal från en vårdgivare som godkänts av och skrivit kontrakt med försäkringen. Vårdgivarna kan vara frivilligorganisationer, privata företag eller lokala myndigheter (Vollmer 2001).

De som förvärvsarbetar inom äldreomsorgen är oftast anställda av någon av de frivilligorganisationer, som huvudsakligen finansieras av offentliga medel. Merparten av de anställda är kvinnor. Det är även kvinnor som är organiserade i den obetalda frivilligt organiserade äldreomsorgen. Hjälp med inköp, transporter och andra former av ärenden är exempel på uppgifter som utförs inom denna del av äldreomsorgen.

Arbete som utförs inom ramen för vårdförsäkringen, av anhöriga eller annan person, räknas inte in i arbetskraften. Därmed finns inga uppgifter om hur många förvärvsarbetande som samtidigt har ett huvudansvar för omsorg om en äldre vårdbehövande. Den som har ett sådant dubbelt arbete kan frivilligt anmäla detta och få tillgodoräkna sig pensionspoäng även för vårdarbetet. Vårdaren måste

då bevisa att han eller hon inte förvärvsarbetar mer än 75 procent av heltid. Trots brister i statistiken är det klart att mer än hälften av dem som vårdar äldre anhöriga är i förvärvsaktiv ålder. Det går däremot inte att se hur många som förutom vårdarbetet är hemmafru respektive förvärvsarbetar.

Den som utsetts till anhörigvårdare av en vårdbehövande får en olycksfallsförsäkring som gäller i direkt anslutning till vissa vårduppgifter, försäkring vid trafikolycksfall och vid arbetssjukdom och kan få viss ersättning för egna levnadsomkostnader vid omskolning inom arbetsförmedlingen när vårdansvaret upphör. Försäkringsskydden är begränsade.

6 Äldreomsorg i Japan

I rapporten *Äldrevårdsförsäkring* redovisar Edebalk och Svensson (2000) fakta om den japanska äldrevårdsförsäkringen. Avsnitt 6 baseras på denna rapport om ingen annan referens anges.

I Japan är omsorg om de äldre familjens ansvar. Av de äldre bor en majoritet tillsammans med något av sina barn och det förväntas att familjen skall ge den omvårdnad som den äldre är i behov av. Fram till 1990-talet var den offentliga äldreomsorgen mycket begränsad och de som fick hjälp från kommunen var de som saknat familj och hade låg inkomst.

Under senare år har målsättningen för äldreomsorgen varit en utbyggnad av service och omvårdnadsinsatser. Med denna ökade ambitionsnivå kom kraven på att ta fram ett system som kunde garantera en stabil finansiering av äldreomsorgen inför framtiden. Hösten 1997 lades ett nationellt förslag om en obligatorisk äldrevårdsförsäkring fram. Reformen genomfördes med start den 1 april 2000.

Målsättningen med reformen är:

- äldreomsorg skall vara en rättighet för alla, vilket är stor skillnad mot tidigare system där insatserna koncentrerades till äldre med låga inkomster och ingen kontakt med anhöriga,
- äldreomsorgen skall bygga på valfrihet, där den äldre själv kan välja typ av insats och utförare,
- konkurrens skall stimulera utbyggnad av äldreomsorgen,

- äldreomsorgen skall vara mångsidig och kunna erbjuda olika former av service- och omvårdnadsinsatser, och
- äldreomsorgen skall vara en kommunal angelägenhet.

Den japanska obligatoriska äldrevårdsförsäkringen skall mot denna bakgrund inte bara ses som ett system för att finansiera äldreomsorgen. I första hand är den en introduktion av ett nytt välfärdssystem där det huvudsakliga ansvaret för äldreomsorgen, åtminstone i teorin, flyttas från den äldre och dennes familj till kommunen. Fokus i diskussionen om den nya reformen har därmed inte varit kostnaderna för reformen utan mer hur utbudet av äldreomsorg ska kunna utvecklas både vad gäller omfattning och innehåll.

Det är kommunerna som är försäkringsgivare för den obligatoriska äldrevårdsförsäkringen och som har det huvudsakliga ansvaret för att försäkringen verkställs. Finansieringen av systemet delas mellan olika offentliga organ och de försäkrade i åldern 40 år och äldre (Long-term Care System in a Nutshell 2002). Försäkringen omfattar alla invånare. Premier till försäkringen betalas av alla invånare som är äldre än 40 år och familjemedlemmar blir automatiskt medförsäkrade. Premien för de yrkesverksamma betalas av både arbetsgivare och arbetstagare med hälften vardera. Även personer som är äldre än 65 år betalar premien, som dras automatiskt från deras pensioner och som är inkomstbaserade.

Alla försäkrade har möjlighet att få ersättning efter en bedömning av deras vårdbehov. Vid behovsbedömningen får inte hänsyn tas till ekonomisk situation eller familjesituation. En förutsättning är att behovet av hjälp är långvarigt, dvs. mer än sex månader. Kommunen har i uppgift att tillsätta ett team, vars uppgift är att utföra behovsbedömningen. Teamet skall ha både social och medicinsk kompetens. Försäkringen omfattar flera former av stöd till äldre, såväl hemhjälp, hembesök av sjuksköterska och särskilt boende, som anpassning av bostad och tillgång till hjälpmedel.

Behovsbedömningen görs utifrån ett standardiserat bedömningsformulär som omfattar 71 olika faktorer avseende försäkringsstagarens ADL-status och kognitiva förmåga. Den standardiserade bedömningen genomgår en databaserad bearbetning, som leder till att den försäkrade klassificeras i en av försäkringens sex vårdnivåer. Med utgångspunkt i denna klassificering bestäms den maximala ersättningen som kan utgå från försäkringen. Ersättning kan utgå till försäkringsstagare som är yngre än 65 år, men bara om de lider

av s.k. åldersrelaterade sjukdomar, såsom stroke och demens. Det skall ske en kontinuerlig uppföljning av behovsbedömningen, inom en period av tre eller sex månader.

Ersättning från försäkringen utgår efter den äldres vårdbehov. Inom respektive vårdnivå är ersättningen relaterad till kostnaden för vården, vilket innebär att den styrs av vilken utförare som väljs och vilken kostnad denne har. Ersättning från försäkringen utgår endast vid köp av service och omvårdnadstjänster från professionella som godkänts av kommunen. Det är inte möjligt att få kontant ersättning som används för att ersätta anhöriga som hjälper den äldre. Beslutet att inte ha kontantersättning, som i t.ex. Tyskland, var en viktig del i utvecklingen av äldreomsorgen, när det gäller att bryta det gamla familjesystemet och underlätta för kvinnor att delta i arbetslivet. Den äldre betalar själv en avgift om 10 procent av kostnaden för omvårdnaden.

7 Socialstyrelsen om framtidens anhörigomsorg

På uppdrag av SENIOR 2005 har Socialstyrelsen (2002) studerat framtidens anhörigomsorg. I detta ingick även att belysa internationella erfarenheter av anhängstöd.

I rapporten *Framtidens anhörigomsorg* refererar Socialstyrelsen resultatet av en kartläggning av anhängstödet som Ministeriet för Hälsa, Valfärd och Sport i Nederländerna lät genomföra år 1998. Syftet med studien var att fånga aktuella utvecklingstendenser när det gällde anhängstöd i Storbritannien, Irland, Finland, Tyskland, Danmark, Belgien och Nederländerna. I samtliga sju länder var "anhörigfrågan" på väg upp på den politiska dagordningen. Inriktningen och takten på denna process skiljde sig åt beroende på bl.a. ländernas historia, kultur, ekonomi och i vilken utsträckning det fanns offentliga system för vård och omsorg. I vissa länder var målsättningen att stärka familjens ekonomi – för att göra det möjligt att "stanna hemma" för att vårda – i andra länder var inriktningen att försöka utveckla olika former av service och vård för att underlätta för de anhöriga. Som exempel kan nämnas att i Storbritannien initierades en särskild handlingsplan för anhängstöd år 1999, där man med statliga stimulansbidrag vill skapa bättre möjligheter till avlösning för anhöriga som vårdar.

Socialstyrelsen redovisar vidare att det gjorts en uppföljning år 2002 av denna studie i tre länder: Storbritannien, Finland och Nederländerna. Denna studie visar att "anhörigfrågan" fått en ännu större tyngd i dessa länder sedan den förra undersökningen.

I Storbritannien finns det starka krafter, inte minst anhörigorganisationer, som driver frågan om en lagstadgad rätt till stöd för anhöriga. Det pågår även försöksverksamhet med s.k. "direct payment", dvs. kontant ersättning till anhöriga.

Finland har under senare år utvecklat sitt hemsjukvårdsprogram. I grunden finns ett system för hemsjukvårdsbidrag, som har stora likheter med det system för kontantbidrag som finns i vissa kommuner i Sverige. Det finska programmet har förändrats så att man som anhörig blir inskriven i systemet och det upprättas ett formellt avtal mellan kommunen och den anhöriga om "arbetsvillkoren". Beroende på vårdtagarens hjälpbehov blir anhöriginsatsen klassad i en av fem nivåer. I den högsta nivån innebär detta att man som anhörig kan få cirka 12 000 kronor i ersättning per månad för sin insats. Varje anhörigvårdare har numera en lagstadgad rätt till två dagars ledighet per månad. Detta system finns inte i hela landet, men kommer enligt centrala bedömare i Finland att få en stor spridning de närmaste åren.

I Nederländerna har det under de senaste åren pågått en översyn av det försäkringsbaserade system för vård och omsorg som introducerades på 1990-talet. I det systemet fanns i princip inte något stöd och service som riktades till anhöriga. I vissa fall kunde man få ekonomisk kompensation för sitt arbete, i andra fall kunde man få ekonomisk kompensation för merkostnader på grund av vårdåtagandet. Under de senaste åren har också konflikten mellan förvärvsarbete och vårdåtagande diskuterats flitigt i Nederländerna. I det sammanhanget har den nationella anhörigorganisationen agerat för att anhöriga bör betraktas som anställda och omfattas av samma trygghetssystem och förmåner som andra förvärvsarbete. I det omarbetade systemet för vård och omsorg som träder i kraft år 2003 får den enskilde andra möjligheter att välja mellan kontanterersättning (som kan användas för att avlöna en anhörig) eller att få vård och omsorg från det allmänna. Utöver detta ingår statsbidrag som stöd till frivillig- och anhörigorganisationer och lokala vårdgivare för att stimulera dessa att särskilt uppmärksamma de anhörigas situation.

Referenser

Offentligt tryck

Ds 1999:61 *Samhällets stöd till äldre i Europa*
Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Övrig litteratur

- Blackman, Tim (2000) Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries. *International Journal of Social Welfare* 9, s. 181–190
- Edebalk, Per Gunnar & Svensson, Marianne (2000) *Äldrevårdsförsäkring*. Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund
- Long-term Care Insurance (LTCI) System in a Nutshell* (2002) Broschyr från Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan
- Rostgaard, Tine & Fridberg, Torben (1998) *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices. Social Security in Europe* 6. The Danish National Institute of Social Research. Rapport 98:20
- Socialstyrelsen (2002) *Framtidens anhörigomsorg*
- Stark, Agneta & Regnér, Åsa (2001) *I vemms händer? Om arbete, genus, åldrande och omsorg i tre EU-länder*. Tema Genus, Linköpings Universitet. Rapport nr 1:2001
- Vollmer, Rudolf J. (2000) Long-Term Care Insurance in Germany. Background Paper prepared for the Meeting of the OECD Workshop "Healthy Ageing and Biotechnology" in Tokyo, Japan 13th to 14th November 2000. (Dr. Vollmer var Under Secretary vid Federal Ministry of Health i Bonn)

Förtroende för och betyg på vård och omsorg för äldre

Innehåll

1	Inledning.....	247
2	SOM-institutets undersökningar	247
3	Statskontorets Medborgarundersökning	250
4	Stefan Svallfors undersökningar av den svenska välfärdsopinionen	253
5	Brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.....	254
	Referenser.....	256

1 Inledning

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 ett par sätt att "mäta" detta. I det följande redovisas resultaten av 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 den svenska 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).

Dessa undersökningar har genomförts med övre åldersgränser hos de svarande. I SOM-institutets undersökningar t.o.m. år 1999 var den övre åldersgränsen 80 år och 85 år fr.o.m. år 2000. Statskontorets Medborgarundersökning hade en övre åldersgräns på 84 år. När det gäller Svallfors undersökningar var den övre åldersgränsen 76 år i 1997 års undersökning och 79 år i undersökningen år 2000. Det innebär att bland de tillfrågade i dessa undersökningar saknas till stor del de som är s.k. brukare inom kommunernas äldreomsorg.

2 SOM-institutets undersökningar¹

SOM-institutet vid Göteborgs universitet har sedan år 1987 genomfört årliga nationella undersökningar om politik, medier och samhälle i svensk opinion. I publikationen *Det våras för politiken* redovisas resultatet av SOM-undersökningen som genomfördes under senhösten 2001. Undersökningen omfattar två riksrepresentativa undersökningar på vardera 3 000 slumpmässigt valda personer i åldersintervallet 15–85 år. Undersökningarna har genomförts parallellt och innehåller delvis gemensamma frågor (Nilsson, Å. 2002).

¹ Detta avsnitt bygger på två artiklar av Sören Holmberg och Lennart Weibull i *Det våras för politiken* (2002) om ingen annan referens anges.

Sedan år 1987 har deltagarna i undersökningen fått svara på en öppen enkätfråga där de anger vilka samhällsproblem som de anser är viktigast. Sedan slutet av 1900-talet är sjukvård och utbildning de två viktigaste frågorna för medborgarna. Under senare delen av 1990-talet har andelen som anser att pensioner/äldreomsorg är ett viktigt samhällsproblem ökat. Åren 2000 och 2001 är äldreomsorg det tredje viktigaste samhällsproblemet.

I SOM-undersökningarna undersöker man även förtroendet för olika samhällsinstitutioner. Fr.o.m. undersökningen år 2000 omfattar undersökningen tjugo olika samhällsinstitutioner. Sjukvården är tillsammans med universitet/högskolor den samhällsinstitution som får högst betyg. För sjukvården har förtroendet dock minskat mellan år 2000 och år 2001. Undersökningen omfattar ingen fråga om förtroendet för äldreomsorgen eller social omsorg i en vidare mening.

En analys av förtroendebedömningarna visar att det finns vissa mindre skillnader med hänsyn till svarspersonernas kön, ålder, utbildning och medborgarskap. I rapporten konstateras att förtroendet för alla institutioner i genomsnitt är något högre hos kvinnor än män. Av de tjugo institutionerna är det arton som har högre förtroende hos kvinnor än män. Det är en institution som män har ett marginellt högre förtroende för: sjukvården.

När det gäller åldersgrupper har särskilt yngre, men också äldre, ett högre förtroende för samhällsinstitutioner än medelålders. Det är personer i åldersgruppen 50–64 år, dvs. till stor del de s.k. fyrtio-talisterna, som relativt sett är de mest kritiska. Utbildningsfaktorn ger genomgående ett stort utslag. Högutbildade har ofta ett högre förtroende för samhällsinstitutionerna än lågutbildade. För tretton av de tjugo institutionerna har högutbildade ett högre förtroende.

När det gäller utländska medborgare bosatta i Sverige hade de vid SOM-undersökningen år 1999 ett något högre förtroende för de flesta institutioner jämfört med svenskfödda. Vid undersökningarna år 2000 och år 2001 har detta förändrats. För bara tre institutioner, varav en är grundskolan, ligger de utländska medborgarnas förtroende på samma nivå eller högre än för infödda svenskar. Sjukvården däremot är ett område där utländska medborgare har ett klart lägre förtroende än infödda svenskar.

SOM-institutet har analyserat två faktorer som kan ha betydelse för förtroendet för samhällsinstitutionerna: synen på demokrati och synen på det politiska systemets effekter i form av medborgerlig service. Dessa faktorer visar sig ha ett mycket starkt samband

med det generella institutionsförtroendet. Av personer som är mycket nöjda med hur demokratin fungerar har 50 procent ett högt generellt institutionsförtroende medan 5 procent har ett lågt förtroende. Det motsatta förhållandet gäller bland personer som är mycket missnöjda med hur demokratin fungerar i Sverige. När det gäller sambandet mellan bedömningen av hur kommunal service fungerar är mönstret nästan exakt det samma. Av de personer som anser att kommunal service fungerar bra har 48 procent ett högt generellt institutionsförtroende, medan det är 0 procent bland dem som anser att kommunal service fungerar dåligt. SOM-institutet konstaterar att detta resultat bekräftar tidigare iakttagelser om att det är människors uppfattningar om förhållanden i det politiska systemet – både hur det fungerar som beslutsorganisation och vilken service det presterar – som har betydelse för institutionsförtroendet. Det finns en grundläggande nivå för samhällsförtroende där förtroende och handling går samman. Som exempel ges att personer som är berörda av sjukvård värderar sjukvårdens kvalitet högre än den som inte har behov av sjukvård (Nilsson, L. 2002).

I SOM-undersökningen kartläggs också medborgarnas bedömning av service inom fem huvudområden: samhällsstruktur, hälso- och sjukvård, barnomsorg, social omsorg samt fritid och kultur, totalt närmare 30 verksamhetsområden. Uppfattningen när det gäller olika serviceområden sammanfattas med ett balansmått, som anger andelen mycket eller ganska nöjd minus andelen som är mycket eller ganska missnöjd. Värdet kan variera från +100, om alla är nöjda, till -100, om alla är missnöjda. Balansmättet påverkas av två faktorer, hur många som har en uppfattning och differensen mellan andelen nöjda och missnöjda.

När det gäller äldreomsorgen blev medborgarna mindre nöjda under åren 1991–1996. Balansmättet förändrades från 12 till -4. Efter mindre förändringar under perioden 1996–2001 så är värdet -4 år 2001. En liknande fråga ställdes om "äldrevård" år 1989, och balansmättet var då -3. Avseende sjukhusvård är medborgarna mindre nöjda år 2001 jämfört med år 1991. Under perioden förändrades balansmättet och var högst år 1994. När det gäller vårdcentraler blev medborgarna mer nöjda under perioden 1991–1995 för att därefter bli mindre nöjda varje år (Nilsson, L. 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. Medborgare som är beroende av annan information, vanligen genom massmedier, är genomgående mer kritiska. Det är brukarrollen och egna erfarenheter som är avgörande vid bedömning av service (Johansson, Nilson & Strömberg 2001).

Tidigare SOM-undersökningar har visat att det finns stora skillnader mellan bedömningen av service i olika ortstyper beroende på skilda behov, faktiskt serviceutbud och befolkningssammansättning. Som exempel nämns att behovet av kollektivtrafik är annorlunda på landsbygden än i storstäderna och att utbudet av kultur är större i storstäder än i glesbygden. Storstadsborna är mer kritiska än personer boende i andra typer av kommuner. Detta kan delvis förklaras genom att räckvidden av de personliga erfarenheterna är mindre i storstäderna än i andra typer av kommuner, där den personliga kommunikationen spelar större roll för bilden av kommunen och dess verksamhet (Nilsson, L. 2002).

I 2001 års undersökning har man särskilt analyserat medborgarna i de tre storstadslänens bedömning av servicen och jämfört med värdet för riket. När det gäller äldreomsorg är skåningar och boende i Västra Götalands län mer nöjda än boende i Stockholms län. Både i Skåne och i Västra Götalands län är det en svag positiv övervikt medan balansmättet för riket är negativt (Nilsson, L. 2002)

3 Statskontorets Medborgarundersökning

Inom ramen för regeringens förvaltningspolitiska handlingsprogram *En förvaltning i demokratins tjänst*, har Statskontoret haft i uppdrag att i samarbete med Statistiska centralbyrån genomföra en medborgarundersökning för att ta reda på medborgarnas uppfattning om den offentliga förvaltningen.

Medborgarundersökningen skulle omfatta de delar av statsförvaltning, kommunal och landstingskommunal verksamhet som relativt många medborgare har erfarenhet av som: Arbetsmarknadsverket, domstolsväsendet, polisväsendet, skatteförvaltningen, socialförsäkringsadministrationen, universitet och högskolor, åklagarväsendet, Vägverket, grundskola, äldreomsorg, öppen sjukvård och barnomsorg.

Statskontoret presenterade resultatet av medborgarundersökningen, den första i sitt slag, i maj 2002 i rapporten *Att ta reda på vad folket tycker – En pilotundersökning om medborgarnas syn på offentlig förvaltning* (Statskontoret 2002a).

Medborgarundersökningen genomfördes med hjälp av postenkäter och skickades till ett slumpmässigt urval av totalt 19 500 personer i åldern 18–84 år. I populationen ingår dels medborgare i allmänhet, dels brukare av de olika tjänsterna. Frågorna ställdes utifrån olika aspekter av rättssäkerhet, medborgarinflytande och effektivitet. Svarefrekvensen blev 50 procent vilket är lågt för denna sorts undersökningar. Statskontoret framhåller i sin bedömning att resultaten därför bör tolkas med försiktighet, även om bortfallsanalysen inte visar på någon större snedfördelning och inte heller att resultaten skulle ha ändrats nämnvärt om svarefrekvensen ökade.

Undersökningen har omfattat följande sju kvalitetsfaktorer för samtliga verksamhetsområden:

- tillgänglighet
- information
- bemötande
- rättssäkerhet
- inflytande
- effektivitet
- huvuduppgifter (kärnverksamhet)

Undersökningen pekar på att medborgarna ifråga om förtroende ger myndigheterna generellt ett medelbetyg, dvs. varken högt eller lågt. De aspekter som har fått det bästa omdömet av medborgarna är korrekt behandling, tjänster med god kvalitet och god service. Det sämsta omdömet i undersökningen gavs om myndigheternas förmåga att samarbeta och reglernas lättbegriplighet.

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

En sammanställning av brukarnas (dvs. de som använder en viss verksamhet) Nöjd-Kund-Index (NKI) och betyget för respektive

kvalitetsfaktor visar att 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.

Statskontoret har publicerat ytterligare resultat från undersökningen i en bilaga (Statskontoret 2002b). Med beaktande av Statskontorets bedömning att resultatet skall tolkas försiktigt så kan ändå följande redovisas avseende äldreomsorgen:

- Det finns inga skillnader vad gäller kön eller utbildningsnivå när det gäller förtroende för äldreomsorgen.
- Förtroendet för äldreomsorgen är
 - högst i åldersgruppen 75–84 år,
 - högst bland de offentliganställda och lägst bland de privatanställda,
 - högst på landsbygden och lägst i storstäderna.
- Förtroendet för äldreomsorgen är störst bland personer som vuxit upp i ett land utanför Europa och lägst hos personer som vuxit upp i annat land i Norden. För personer som vuxit upp i Sverige ligger värdet närmare ”annat land i Norden” än ”land utanför Europa”.
- NKI-värden för äldreomsorgen är högre för både män och kvinnor om man själv haft kontakt med äldreomsorgen jämfört med om en nära anhörig/bekant haft kontakt med äldreomsorgen respektive man inte haft någon kontakt alls med den.
- NKI-värdet för både hemtjänst (i ordinärt boende) och särskilt boende är betydligt högre för män än för kvinnor när man jämför de som haft egen kontakt med respektive typ av äldreomsorg.

4 Stefan Svallfors undersökningar av den svenska välfärdsopinionen

I antologin *Välfärdens finansiering och fördelning* (SOU 2001:57) från Kommittén Välfärdsbokslut redovisas resultatet av Stefan Svallfors (2001) undersökningar av den svenska välfärdsopinionen under åren 1986–2000.

Resultaten visar att stödet för en kollektiv finansiering av välfärdspolitiken har varit mycket stabilt under perioden 1986–1997. År 1997 fanns det ett uppenbart tillitsproblem för pensionssystemet. Stora grupper ansåg att risken var stor att de skulle få en pension som inte gav dem en acceptabel levnadsstandard, och en stor grupp (ca 45 procent) upplevde sig ha ett stort behov av att komplettera de statliga pensionerna med egna privata försäkringar. Det senare gällde även äldreomsorgen, där drygt 25 procent svarade att de ansåg sig ha ett stort behov av en privat försäkring för att komplettera den offentliga äldreomsorgen när de blev gamla. För sjukvården var tillitsproblemen mindre men fanns även där. Vid undersökningen år 2000 hade andelen som ansåg sig absolut ha behov av privat försäkring inom äldreomsorgen minskat något. Den individuella skattebetalningsviljan var störst för hälso- och sjukvården, stöd till äldre (pensioner, äldreomsorg m.m.) samt grund- och gymnasieskolan vid både undersökningarna år 1997 och år 2000.

Trots vissa tillitsproblem för pensionssystemets tycks det alltså, enligt Svallfors, som om det stora tillitsproblemet i svensk välfärds politik håller på att förskjutas från de statliga socialförsäkringarna till den kommunala vården, omsorgen och utbildningen. Det är verksamheter som i jämförelse med socialförsäkringarna är svåra att styra för staten. Detta beroende på både det kommunala självstyret och att det är skillnad mellan att betala ut bidrag och pensioner jämfört med att tillhandahålla tjänster som vård och omsorg.

En annan slutsats som Svallfors framhåller är att opinionsstödet för den svenska välfärdspolitiken är ett ”villkorligt samtycke”. Det grundar sig dels i principiella åsikter om det offentliga ansvaret och finansieringen, dels i praktiska bedömningar av hur väl systemen faktiskt fungerar i olika avseenden.

5 Brukarundersökningar inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen

På uppdrag av Nationella rådet för vårdpolitik publicerades 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.

I rapporten redovisas resultatet av Landstingsförbundets riks-täckande undersökning *Vårdbarometern*, där befolkningen får ge ett sammanfattande betyg på sina kontakter med vården. Data-insamling sker genom telefonintervjuer som genomförs fyra gånger per år. Resultatet för tredje och fjärde kvartalet år 2001 visar att nio av tio medborgare ger sjukvården godkänt betyg. Bemötandet 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 låg, men att SCB:s ULF-undersökningar visar att det ökat kraftigt under de senaste femton åren. År 1984 ansåg var tionde person att han eller hon blivit felaktigt eller orättvist behandlade av sjukhus eller läkare, vilket hade ökat till nästan var sjätte person år 2000. Nästan hela ökningen inträffade dock under åren 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 följden av den ekonomiska krisen på 1990-talet.

För äldreomsorgen saknas nationella data om brukarnas bedömning av kvalitet, men det har gjorts många lokala undersökningar under framför allt 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. Det är mycket ovanligt att under 80 procent av de svarande i en kommunal undersökning har angett en lägre grad av nöjdhet än ”ganska nöjd” respektive ”fyra” på en betygsskala från ett till fem. 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.

Allmän nöjdhet är dock ett trubbigt mått på kvalitet inom äldreomsorgen. Bristerna inom äldreomsorgen framkommer tydligare

när man ställer specifika frågor. Som exempel anges att det är mycket vanligt att brukarna anser att personalkontinuiteten är för låg. Man är också missnöjd med att ny personal kommer utan att brukaren har blivit informerad om detta. I de studier där man frågat om hur viktig en viss kvalitetsaspekt är för brukaren framkommer att just detta med att det är samma personal som återkommer är av stor betydelse. Det är också vanligt att brukarna uppger att de tycker att personalen har bråttom. Detta ger författarna en bild av en stressad personal som bara hinner med den nödvändigaste servicen och fysiska omvårdnaden men som inte har tid över för samtal och annan social samvaro.

I de fall man frågat om personalens kompetens så anser brukarna att den skulle kunna vara bättre. Ett område där man önskar att personalen skulle ha bättre kunskaper är sjukvårdande insatser.

I *en* studie identifieras fem aspekter av äldreomsorgen där man får låga omdömen. Dessa är:

- flexibilitet i fråga om att tillfälligt få hjälp med andra uppgifter,
- flexibilitet i fråga om att kunna få hjälp vid andra tider än överenskomna,
- möjligheter att kunna påverka hur hjälpen utförs,
- personalkontinuitet i insatserna, samt
- möjligheterna att lätt kunna nå personalen per telefon.

Avslutningsvis konstaterar man 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 är två stora problemområden. Författarna anser att en viktig slutsats är att det är nödvändigt att utveckla en betydligt bättre, mer systematisk och täckande datainsamling och analys för att få fram ett tillförlitligt underlag på nationell nivå avseende både brukarnas upplevelser och kvaliteten inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Referenser

Offentligt tryck

Ds 2002:23 *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen? – Vad säger brukarundersökningar och andra mått på kvaliteten?*

Övrig litteratur

- Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (2002) Det våras för politiken. I *Det våras för politiken* Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (red.) SOM-undersökningen 2001. SOM-rapport nr 30
- Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (2002) Institutionsförtroende. I *Det våras för politiken* Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (red.) SOM-undersökningen 2001. SOM-rapport nr 30
- Johansson, Folke, Nilsson, Lennart & Strömberg, Lars (2001) *Kommunal demokrati under fyra decennier*
- Nilsson, Lennart (2002) Flernivådemokrati och välfärdspolitik. I *Det våras för politiken*. Holmberg, Sören & Weibull, Lennart (red.) SOM-undersökningen 2001. SOM-rapport nr 30
- Nilsson, Åsa (2002) Den nationella SOM-undersökningen 2001. I *Det våras för politiken*. Holmberg, Sören och Weibull, Lennart (red.) SOM-undersökningen 2001. SOM-rapport nr 30
- 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
- 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

Redovisning av hearingar om
framtidens vård och omsorg om äldre

1 Inledning

Här ges en kort redovisning av de fem hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre som SENIOR 2005 genomförde i januari och februari 2003. Inför hearingarna hade beredningen tagit fram ett faktaunderlag med tillhörande bilagor. I materialet presenterades dels förslag till en femte nyckel, dels frågeställningar inom fem områden som på olika sätt berör det offentliga åtagandet inom vård och omsorg.

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

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

De fem områdena med tillhörande frågeställningar var:

- Vilket ansvar har hälso- och sjukvården, socialtjänsten och äldreomsorgen för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer?
 - 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?
- Ansvar för vård och omsorg om de äldre – individ, anhöriga och samhälle
 - 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?

- Hälsa- och sjukvård och äldreomsorg – skyldigheter och rättigheter
 - 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 och olika landsting som är acceptabla för att enskilda i olika åldrar ska ha förtroende för vården och omsorgen om äldre?
- Hemtjänstens innehåll
 - 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?
- Kvarboende
 - Bör den enskildes rätt till kvarboende, i både ordinärt och särskilt boende, klargöras 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?

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

Redovisningen omfattar synpunkter på följande:

- mainstreaming, de fyra nycklarna och den femte nyckeln
- de fem områdena och frågeställningarna

- förutsättningar för att besvara frågeställningarna
- gemensamma ståndpunkter för flertalet deltagare
- skilda ståndpunkter för deltagarna.

Därefter presenteras några reflektioner med anledning av hearingarna.

I avsnitt 4 finns deltagarförteckning för de fem hearingarna

Därutöver har följande inbjudna till hearingarna lämnat skriftliga synpunkter i stället för att delta:

Landstinget i Norrbottens län

Landstinget i Östergötlands län

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Svenska Läkarförbundet

Sveriges Farmaceutförbund.

Vid möten med Jämställdhetsombudsmannen (JÄMO), Handikappombudsmannen (HO) och med representanter för Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) har de haft möjlighet att lämna synpunkter på faktaunderlaget och frågeställningarna.

2 Sammanfattning av vad som har framkommit vid hearingarna

2.1 Mainstreaming, de fyra nycklarna och den femte nyckeln

En klar majoritet ställer sig bakom att tillämpa mainstreamingperspektivet och de fyra nycklarna även inom vård och omsorg så långt möjligt.

Några deltagare, t.ex. *Gunnar Akner, Mats Thorslund och Sven Erik Wånell*, lyfter fram behovet av särskilda insatser/regleringar för de multisjuka/multisviktande/fjärde åldern/de allra äldsta.

Anders Wimo framhåller att särskild uppmärksamhet behöver ägnas åt demenssjukdomar och dess konsekvenser för vård och omsorg om äldre i framtiden.

Institutet för framtidsstudier framhåller att det inte går att riva ålderstrappan då den delvis är biologiskt betingad. Den demo-

grafiska utvecklingen kommer att leda till att budgetläget skärps och att det inom 20–30 år är ett akut problem. Situationen kommer att kräva prioriteringar mellan olika åldersgrupper.

Den femte nyckeln har av många deltagare tolkats som att det ”gemensamma ansvaret” enbart syftar på kommuners och landstings ansvar.

2.2 De fem områdena och frågeställningarna

I allt väsentligt har SENIOR 2005 fått stöd för de fem områden och de frågeställningar som lyfts fram i faktaunderlaget. Det finns inga förslag om att ta bort eller lägga till något område och/eller frågeställning.

Det är däremot flera deltagare som framhållit 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 då frågor om framtida finansiering av vård och omsorg, huvudmannaskap för olika former av vård och omsorg, personal- och kompetensförsörjning samt avgifter för vård och omsorg.

I detta sammanhang har några deltagare, *Mats Thorslund*, *Mårten Lagergren*, *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)* och *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)*, tagit upp den kommunala självstyrelsen i förhållande till nationella mål och lagstiftning.

2.3 Förutsättningar för att besvara frågeställningarna

Avsaknad av underlag för ställningstagande

Flera deltagare i hearingarna har framfört att det saknas tillräckligt bra underlag, både i faktaunderlaget och över huvud taget, för att besvara de viktiga men svåra frågeställningarna.

Socialstyrelsen anför att det behövs betydligt bättre underlag om hur äldres behov av vård- och omsorgsinsatser tillgodoses i dag. Individbaserad statistik i stället för dagens mängdstatistik skulle vara en möjlighet att förbättra uppföljningen av hur dagens resurser används i förhållande till de äldres behov. *Socialstyrelsen* framför att ett sätt att underlätta diskussionen vore att ta fram olika scenarier där man försöker peka på olika vägval och konsekvenserna av dessa.

SIOS (Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige) pekar på behovet av att statistiken om de etniska minoriteterna behöver utvecklas så att det går att få information om t.ex. språk.

Utveckla den etiska värdegrunden

Flera deltagare, t.ex. *Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Region Skåne, Gotlands kommun, PRIVO* och *Sveriges Kristna Råd*, framför att den etiska värdegrunden behöver utvecklas avseende vård och omsorg. Både av diskussionsbetänkandet och faktaunderlaget framgår att så ska ske. Det anförs t.ex. att det behövs en "gemensam värdegrund" och ett "gemensamt synsätt bland huvudaktörerna".

Akademikerförbundet SSR lyfter fram att det behövs en helhets-syn som är gemensam för alla aktörer inom vård och omsorg. I dag anser alla att de har en helhetssyn, men den är olika mellan olika yrkesgrupper.

Vårdförbundet anser att olika yrkesgrupper måste släppa sina professionsperspektiv och sätta individen i centrum.

Genusperspektivet är inte tillräckligt belyst

Flera deltagare, *Agneta Stark, Sven Erik Wånell, Göteborgs stad, Länsstyrelsen i Västra Götaland* och *Mats Thorslund*, framför att genusperspektivet inte är tillräckligt belyst i faktaunderlaget.

Agneta Stark anser att det finns brister i detta avseende även i diskussionsbetänkandet och dess bilagor, t.ex. bilaga C om ekonomin för framtidens pensionärer.

Som exempel på att genusperspektivet inte beaktas anförs att skillnader mellan kvinnors och mäns familjestruktur och inkomstförhållanden inte behandlas på ett sådant sätt att det framgår vad konsekvenserna av detta blir för behov av vård och omsorg i framtiden. En annan aspekt är genusperspektivet när det gäller anhöriga, och hur detta påverkar biståndsbeslut.

Tydligare resonemang kring definitioner av centrala begrepp

Några deltagare, *Svenska kyrkan*, *Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF)* och *Synskadades Riksförbund (SRF)*, framför att det behövs ett tydligare resonemang kring och/eller definitioner av vad SENIOR 2005 menar med centrala begrepp som trygghet, beroende och oberoende samt behov och efterfrågan.

2.4 Gemensamma ståndpunkter för flertalet deltagare

Det offentliga ska ha det yttersta ansvaret för vård och omsorg om de äldre

En mycket klar majoritet av deltagarna, bl.a. *Svenska Kommunförbundet*, *Malmö stad*, *Gotlands kommun*, *Göteborgs stad*, *Röda Korset*, *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)*, *Synskadades Riksförbund*, *Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)*, *Svenska Kommunalarbetsareförbundet (SKAF)*, *Vårdförbundet* och *Akademikerförbundet SSR*, uttalar sitt stöd för att det offentliga (stat, landsting och kommuner) även i framtiden ska ha det yttersta ansvaret för vården och omsorgen om de äldre. Några deltagare, *Simrishamns kommun* och *Länstyrelsen i Jämtlands län*, anför att det inte behöver innebära att det är kommun eller landsting som utför vården och omsorgen.

Vården och omsorgen ska vara solidariskt finansierad

Flera deltagare framför att de anser att vården och omsorgen även i framtiden ska vara solidariskt finansierad och någon deltagare, *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)*, att detta ska ske i huvudsak genom skattefinansiering.

Bygg vidare på nuvarande lagstiftning och huvudmannaskapsgränser

Ett stort antal deltagare, t.ex. *Socialstyrelsen*, *Landstingsförbundet*, *Region Skåne* och *Landstinget i Västerbottens län*, anser att man inte ska genomföra nya stora utredningar och reformer avseende lagstiftning, huvudmannaskap och organisation utan bygga vidare på

det nuvarande. Ett undantag är *Riksrevisionsverket* som anser att kommunerna ska vara huvudmän för primärvården. Ett annat undantag är *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)* som anser att en huvudman ska ha hela ansvaret.

Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) anför att det inte är lagstiftningen som är ett problem när det gäller socialtjänstlagen utan att det är tillämpningen av lagstiftningen. *Akademikerförbundet SSR* framhåller att problemet är att lagar och kommunala mål inte överensstämmer med de ekonomiska villkoren i kommunerna.

Förebyggande insatser och folkhälsoarbete bland äldre

En klar majoritet av deltagarna, t.ex. *Statens folkhälsoinstitut*, *Landstingsförbundet*, *Hjälpmiddelsinstitutet*, *Malmö stad*, *Region Skåne*, *Linköpings kommun*, *Göteborgs stad*, *Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF)*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)* och *Akademikerförbundet SSR*, understryker vikten av förebyggande insatser och folkhälsoarbete bland äldre.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och *Vårdförbundet* framhåller att insatser inom hemtjänsten kan vara förebyggande.

Några deltagare, *Socialstyrelsen*, *Boverket*, *Umeå kommun* och *Västerbottens läns landsting*, lyfter särskilt fram erfarenheterna av försöksverksamheterna med förebyggande hembesök hos äldre. (Socialstyrelsen överlämnade i december 2002 slutrapporten från det treåriga försöket till regeringen.)

Stora regionala och lokala skillnader avseende demografisk utveckling m.m.

Flera deltagare, t.ex. *Stockholms stad*, *Länsstyrelsen i Jämtlands län*, *Landstinget i Västerbottens län*, *Glesbygdsverket* och *Institutet för framtidsstudier*, understryker de stora regionala och lokala skillnaderna när det gäller den demografiska utvecklingen. För vissa kommuner är befolkningens åldersstruktur redan i dag den som redovisas för den nationella nivån om 15–20 år. *Institutet för framtidsstudier* redovisar att lokala befolkningsprognoser visar att för några kommuner så kommer inte ens alla personer i arbetsför

ålder att räkna till för att ge vård och omsorg till de äldre bosatta i kommunen.

Bostadens och boendets betydelse

Ett mycket stort antal deltagare, bl.a. *Boverket*, *Svenska Kommunförbundet*, *Umeå kommun*, *Landstinget i Västerbottens län*, *Sven-Erik Wånell* och *SACO (genom Arkitektförbundet)*, framhåller bostadens och boendets betydelse för att möjliggöra kvarboende och ett aktivt och självständigt liv samt för att minska behov av vård och omsorg. Boverket lyfter också fram vikten av att de äldre kan ordna ett bra boende för att underlätta för andra åldersgrupper att skaffa ändamålsenliga bostäder.

Intresse- och frivilligorganisationernas betydelse när det gäller folkhälsoarbete och förebyggande arbete samt socialt innehåll och medmänskligt stöd

Flera deltagare, *Malmö stad*, *SIOS (Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige)*, *Röda Korset*, *Sverigefinska Riksförbundet*, *Pensionärernas Riksförbund (PRO)*, *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)* och *Islamiska samarbetsrådet*, lyfter fram intresse- och frivilligorganisationernas betydelse när det gäller folkhälsoarbete och förebyggande arbete. Organisationerna gör redan mycket men kan göra mer, i synnerhet om de får stöd från det offentliga. Stödet behöver inte enbart vara ekonomiskt. *Röda Korset* och *Sveriges Kristna Råd*, anför också att intresse- och frivilligorganisationerna kan bidra med socialt innehåll och medmänskligt stöd till äldre personer, både till personer som behöver vård och omsorg från det offentliga och till dem som inte behöver det.

Socialtjänstens deltagande i samhällsplaneringen är viktig

Flera deltagare, t.ex. *Linköpings kommun*, *Gotlands kommun*, *Svenska Kommunförbundet*, *Boverket* och *Länsstyrelsen i Västra Götaland*, lyfter fram att socialtjänstens deltagande i samhällsplaneringen är viktig. Det gäller bl.a. tillgänglighet i olika avseenden, bostäder, trafik samt offentlig och kommersiell service. Kommun och landsting måste också ha en gemensam planering för vård och

omsorg. *Länsstyrelsen i Västra Götaland* framför att det fanns ett förslag i ett betänkande från Socialtjänstkommittén om att skärpa lagstiftningen så att socialtjänsten aktivt skulle delta i samhällsplaneringen. Förslaget ledde inte till någon förändring av lagstiftningen.

Prioriteringar inom vård och omsorg

Flera deltagare, *Socialstyrelsen, Jönköpings läns landsting, Hjälpmedelinstitutet, Mats Thorslund, Vetlanda kommun, Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)* och *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)*, pekar på behovet av politiska prioriteringar inom både hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. *Jönköpings läns landsting* framhåller de av riksdagen beslutade prioriteringsgrunderna inom hälso- och sjukvården. *Hjälpmedelinstitutet* ställer frågan om prioriteringsgrupperna ska se annorlunda ut för personer i åldern 80 år och äldre. Ska t.ex. rehabilitering tillhöra prioriteringsgrupp 1 för äldre personer? *SKTF* tar upp frågan om öppna och dolda prioriteringar inom socialtjänsten. *FSA* efterlyser en seriös diskussion om prioriteringsgrunderna.

Kvarboende

Flertalet deltagare, bl.a. *Gotlands kommun, Landstinget i Västerbottens län, Göteborgs stad, Länsstyrelsen i Jämtlands län, Svenska Kommunförbundet, Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF), Synskadades Riksförbund (SRF)* och *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)*, anser att kvarboende ska vara grunden. *Malmö stad* anser att det bör regleras i lagstiftningen och *Gotlands kommun* framför att det vore bra om rätten kunde klarläggas, men är inte säker på att det är möjligt. Några deltagare, *Malmö stad, Göteborgs stad*, och *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)*, anser att det finns gränser för när kvarboende inte är möjligt. Två exempel som nämns är medicinska skäl och personalens arbetsmiljö. *Svenska Kommunförbundet* anser att rätten till kvarboende redan är tydlig i nuvarande lagstiftning. Bostadsbeståndets utformning, särskilt när det gäller tillgänglighet, är huvudorsaken till att kvarboende i det ordinära boendet i dag inte kan tillämpas i alla situationer. *Sven Erik Wånell* framför att

frågeställningen inte bara bör omfatta rätten till kvarboende utan även rätten att få flytta. *Boverket* anför att kvarboendet borde utvärderas ur både ett socialt och ett ekonomiskt perspektiv.

Ta till vara ny teknik

Svenska Kommunförbundet anser att man ska ta till vara ny teknik vid bostadsbyggande. Att införa mer teknik i vård- och omsorgsarbetet kan även vara statushöjande för olika yrkesgrupper inom detta område.

Genus- och klassperspektiv

Flera deltagare, *Agneta Stark*, *Mårten Lagergren* och *Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF)*, *Svenska Kommunaltjänstemannaförbundet (SKTF)* och *Vårdförbundet*, lyfter fram att det finns mycket tydliga genus- och klassperspektiv när det gäller åldrandet. Skillnaderna är stora mellan könen och mellan personer med olika socioekonomisk bakgrund. *Mårten Lagergren* redovisar det starka sambandet mellan hälsa och inkomst.

2.5 Skilda ståndpunkter mellan deltagarna

Hemtjänsten ska omfatta både service- och omvårdnadsinsatser

Flera deltagare, bl.a. *Malmö stad*, *Gotlands kommun*, *Göteborgs stad*, *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)* och *Synskadades Riksförbund (SRF)*, anser att hemtjänsten även i fortsättningen ska omfatta både service- och omvårdnadsinsatser. Som argument anføres bl.a. att det i många fall inte är möjligt att dela på service och omvårdnad, att serviceinsatser kan vara förebyggande och att det på sikt inte behöver vara dyrare. Andra deltagare, *Umeå kommun* och *Simrishamns kommun*, vill koncentrera insatserna till omvårdnadsinsatser.

Gemensam lag för hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Flera deltagare, *Svenska Kommunförbundet*, *flertalet kommuner*, *Landstinget i Västerbottens län* och *Länsstyrelsen i Jämtlands län*, är emot en gemensam lag för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)* och *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)* anser däremot att lagarna bör slås ihop. *Svenska Kommunalpensionärernas Riksförbund (SKPF)* anser att det bör vara en rättighetslag.

Reglera rätten till insatser inom äldreomsorgen

Några deltagare, *Malmö stad*, *Gotlands kommun* och *Länsstyrelsen i Jämtlands län*, anser att man tydligare ska reglera rätten till insatser inom äldreomsorgen. *Socialstyrelsen* och *Gotlands kommun* gör jämförelsen med regleringen i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)* framför krav på en rättighetskatalog, som dock inte får innebära försämringar i förhållande till de insatser som görs i dag. *Svenska Kommunförbundet* anser att man ska precisera vad som ingår i det offentliga åtagandet och därmed även vad som inte ingår. Detta skulle skapa en tilltro hos medborgarna om att de får det som utlovats. Det är bättre med ”lite och säkert än mycket och osäkert”.

Andra deltagare, *Länsstyrelsen i Västra Götalands län* och *Röda korset*, anser att man inte ska göra denna form av detaljreglering, då den riskerar att minska möjligheterna att ta hänsyn till individens behov. *Svenska Kommunalarbetsareförbundet (SKAF)* anser inte att man ska reglera innehållet i hemtjänsten, då det även skulle minska personalens möjligheter att påverka innehållet i behovsbedömningen och upprättade vårdplaner.

Anhörigas insatser i framtiden

Några deltagare, *Solna stad*, *Gotlands kommun* och *Västerbottens läns landsting*, är tveksamma till om anhöriga i framtiden kan hjälpa till i samma utsträckning som i dag. Andra deltagare, *Gerdt Sundström* och *Vetlanda kommun*, är mindre tveksamma.

Ekonomiskt ersättning till anhöriga för deras insatser

Några deltagare, *Region Skåne*, *Umeå kommun* och *Anhörigrådet i Sverige*, anser att det bör utgå ekonomisk ersättning till anhöriga för deras insatser.

Biståndsbedömningen

Gotlands kommun tycker att man bör utveckla biståndsbedömningen, eventuellt med stöd från nationell nivå. Andra deltagare, *Svenska Kommunförbundet*, *Linköpings kommun* och *Handikappförbundens Samarbetsorganisation (HSO)*, anser däremot att man bör minska användningen av biståndsbedömningar och i större utsträckning låta den äldre själv avgöra behovet av hjälp. *Svenska Kommunalarbetsareförbundet (SKAF)* och *Svenska Kommunaltjänstemannaförbundet (SKTF)* anser att det finns risker med för strikta och detaljerade biståndsbedömningar. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)* anser att vissa insatser, t.ex. förebyggande och rehabiliterande åtgärder inte ska bedömas som bistånd.

Sveriges Pensionärsförbund (SPF), anser att bedömningarna ska göras av team med både medicinsk och social kompetens.

Planera för eget åldrande

Svenska Kommunförbundet och *Gotlands kommun*, framför att den enskilde bör ta ett större ansvar för att planera för sitt eget åldrande. Det gäller då främst boendet samt hälsofrämjande och förebyggande åtgärder.

Generella insatser kontra individuella insatser

Svenska Kommunförbundet och *Linköpings kommun*, anser att man ska öka de generella insatserna och därmed kunna minska de individuella insatserna. *Länsstyrelsen i Jämtlands län* anför att generella insatser inte i alla avseenden kan ersätta individuella insatser.

Politisk styrning av vård och omsorg

Flera deltagare, *Socialstyrelsen*, *Mats Thorslund*, *Sven Erik Wånell* och *Elisabeth Cedersund* och *Länsstyrelsen i Jämtlands län*, anser att det är för lite politisk styrning av vård och omsorg. Ett exempel som framförs är att det under 1990-talet i många fall inte har gjorts politiska prioriteringar inom hemtjänsten utan att detta har fått göras av enskilda tjänstemän. *Gunnar Akner* anser däremot att det varit för mycket politisk styrning av vård och omsorg.

Pensionärernas Riksorganisation (PRO) anser att det vore bra med ett ökat statligt inflytande för att minska de orimliga skillnaderna mellan olika kommuner och olika landsting.

Existentiella behov

Gunnar Akner tror inte att vården och omsorgen kan tillgodose djupa existentiella behov. *Sveriges Kristna Råd* tror däremot att man inom ramen för hemtjänsten kan tillgodose även denna typ av behov om personalgruppen förstärks med personer från religiösa organisationer.

Sveriges Kristna Råd anför att även andliga behov måste kunna tillgodoses hos en äldre person i behov av vård och omsorg. Som exempel ges det katolska Josefinahemmet som drivs av katolska systrar och där personalen är katoliker.

Socialt och medicinskt synsätt

Gotlands kommun anser att det är viktigt med både ett medicinskt och ett socialt synsätt när det gäller äldres behov av vård och omsorg, i enlighet med Ädelreformens intentioner. *Gunnar Akner* och *Sveriges Pensionärsförbund (SPF)* anser att de medicinska aspekterna bör få en betydligt starkare ställning.

Etniska och religiösa minoriteter

SIOS (Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige) framför att äldreomsorgen inte tar hänsyn till de etniska minoriteternas behov. Det är stor skillnad när det gäller uttalanden på nationell nivå och tillämpning på lokal nivå i förhållande till enskilda

individer. Att äldre med utländsk bakgrund är underrepresenterade bland personer som har hemtjänst förklaras ofta med "kulturen", trots att det i många fall beror på att kommunens utbud inte motsvarar förväntningarna. Behov av skriftlig och muntlig information på det egna språket samt tvåspråkig personal är två viktiga krav.

Sverigefinska Riksförbundet anser att rätten till äldreomsorg på finska bör vara lagreglerad i hela landet och inte bara i några kommuner i norra Sverige. Om den enskilde äldre vill ta emot insatser från kommunens äldreomsorg avgörs många gånger av om insatserna kan ges av finsktalande personal. Det finns finskspråkiga som är intresserade av att starta äldreomsorg på finska i form av kooperativ eller aktiebolag.

Islamiska samarbetsrådet framför att man vill ordna "egen" äldreomsorg med muslimsk personal. Det viktigaste är inte driftsformen utan att det finns äldreomsorg med muslimsk inriktning. Trygghet är olika för en kristen och en muslim och för en äldre muslim är religionen och andliga behov viktigare än tidigare i livet.

Glesbygdverket lyfter fram behov av äldreomsorg som beaktar språk och kultur hos samerna.

3 Sammanfattning

Apropå det redovisade från hearingarna om framtidens vård och omsorg om äldre kan följande sammanfattning göras. Punkterna presenteras utan någon särskild ordning.

- Det finns en bred uppslutning bland deltagarna om att mainstreaming och de fyra nycklarna bör tillämpas även inom vård och omsorg så långt det är möjligt.
- Det finns skilda uppfattningar bland deltagarna om det behövs särskilda insatser/åtgärder för vissa äldre (multisjuka/multisviktande/den fjärde åldern/de allra äldsta/personer med demenssjukdom) eller inte.
- Det finns behov av en femte nyckel, men den kan inte vara formulerad som beredningen gjort i faktaunderlaget. Uttrycket "det gemensamma ansvaret" har av allt för många tolkats som ansvaret för kommuner och landsting, vilket inte var avsikten med formuleringen.

- Många anser att det offentliga åtagandet är otydligt och att det skulle behöva preciseras. Däremot har man olika uppfattningar om på vilket sätt 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 har inte lämnat 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 och att det behövs en helhetssyn. 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 i dess nuvarande form, medan andra vill göra vissa avgränsningar.
- De områden och viktiga frågeställningar som beredningen identifierat inför diskussionerna om framtidens vård och omsorg om äldre har fått stöd från i princip samtliga deltagande. Flera har dock påpekat att det inte är möjligt att besvara dem då det saknas tillräckligt bra underlag, både i faktaunderlaget och över huvud taget, för att besvara de viktiga men svåra frågeställningarna.
- Diskussioner om framtidens vård och omsorg om äldre förefaller inte föras i någon större utsträckning i kommuner och landsting eller inom intresseorganisationer. De ställningstaganden som ska ligga till grund för beslut om framtidens vård och omsorg om äldre behöver diskuteras i en dialog som omfattar stora delar av befolkningen.
- Den etiska värdegrunden behöver utvecklas och fördjupas med inriktning på vård och omsorg.
- Genusperspektivet behöver belysas betydligt bättre.
- Diskussioner om prioriteringar behövs. Dessa diskussioner bör avse såväl prioriteringar mellan olika åldersgrupper (och samhällssektorer) som inom verksamhetsområden (hälso- och sjukvård och äldreomsorg) och åldersgrupper.
- Bland deltagarna finns ett brett stöd för att samhället ska ha det yttersta ansvaret för att äldres behov av vård och omsorg tillgodoses.

- Kvarboende i det ordinära boendet ska vara den grundläggande principen. Några deltagare tar också upp rätten att slippa bo kvar hemma, dvs. rätten att få flytta till ett särskilt boende.
- Många deltagare betonar bostadens och boendets betydelse för den äldres möjlighet till kvarboende och ett aktivt och självständigt liv samt för att minska behov av vård och omsorg.
- Förebyggande åtgärder och folkhälsoarbete bland äldre är viktiga, såväl ur ett individperspektiv som ett samhällsperspektiv.

4 Deltagare i hearingar

Deltagare i hearing om framtidens vård och omsorg om äldre måndagen den 20 januari 2003 i Riksdagshuset, Stockholm

Stockholms stad
Landstinget i Stockholms län
Solna stad
Malmö stad
Region Skåne
Simrishamns kommun
Linköpings kommun
Vetlanda kommun
Landstinget i Jönköpings län
Gotlands kommun
Umeå kommun
Landstinget i Västerbottens län
Göteborgs stad
Västra Götalandsregionen

Deltagare i hearing om framtidens vård och omsorg om äldre onsdagen den 22 januari 2003 i Skandiasalen, Stockholm

Socialstyrelsen
Statens folkhälsoinstitut
Boverket
Riksrevisionsverket
Glesbygdsverket
Integrationsverket
Stiftelsen Institutet för Framtidsstudier

Länsstyrelsen i Jämtlands län
Länsstyrelsen i Västra Götalands län
Svenska Kommunförbundet
Landstingsförbundet
PRIVO (Branschförbund för Privat Vård och Omsorg)
Hjälpmiddelsinstitutet

**Deltagare i hearing om framtidens vård och omsorg om äldre
torsdagen den 23 januari 2003 i Riksdagshuset, Stockholm**

Professor Agneta Stark, Tema Genus, Linköpings universitet
Professor Mats Thorslund, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet
Överläkare och ordförande i Svensk Förening för Gerontologi och Geriatrik Gunnar Akner, Äldreforskning Nordväst, Solna
Direktör Sven Erik Wånell, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
Docent Elisabet Cedersund, Tema Äldre och åldrande, Linköpings universitet
Docent Anders Wimo, HC Bergsjö och SNAC*
Docent Mårten Lagergren, SNAC* och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
Professor Gerdt Sundström, Institutet för Gerontologi, Jönköping
*SNAC = Swedish National Study on Ageing and Care

**Deltagare i hearing om framtidens vård och omsorg om äldre
torsdagen den 30 januari 2003 i Riksdagshuset, Stockholm**

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF)
Riksförbundet PensionärsGemenskap (RPG)
Anhörigrådet i Sverige
Demensförbundet
Alzheimerföreningen i Sverige
Handikappförbundens Samarbetsorganisation (HSO) (representerade av De Handikappades Riksförbund (DHR) och Synskadades Riksförbund (SRF))

Svenska Kyrkan
Svenska Röda Korset
Sveriges Kristna Råd
SIOS – Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige
Sverigefinska riksförbundet
Islamiska samarbetsrådet

**Deltagare i hearing om framtidens vård och omsorg om äldre
måndagen den 3 februari 2003 i Riksdagshuset, Stockholm**

Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO)
Akademikerförbundet SSR
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)
Svenska Kommunalarbetarförbundet (SKAF)
Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)
Vårdförbundet