

Komplettering av
faktaunderlaget inför
hearingarna

Individbaserad statistik i stället för
mängdbaserad inom vård och omsorg
om äldre

1 Bakgrund

En av de stora utmaningarna för samhället inför framtiden när både antalet och andelen äldre ökar är att klara av att ge vård och omsorg. Den kunskap som finns i dag om vården och omsorgen av äldre är i flera avseenden mycket begränsad. Det gäller både uppgifter om verksamhetens omfattning och kvalitet samt om kostnader för vård och omsorg om äldre. Det är därmed svårt att följa upp och utvärdera verksamheten på ett bra sätt. Beslut om såväl dagens som morgondagens vård och omsorg förutsätter bra underlag. För att kunna fatta ”rätt” beslut om t.ex. prioriteringar behövs bättre kunskap om hur vården och omsorgen om äldre fungerar i dag och hur verksamheterna utvecklas och förändras. Kunskapen behöver omfatta både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen och det oavsett huvudman.

Den statistik avseende vård och omsorg om äldre som samlas in från kommunerna i dag är *mängdstatistik*. Det innebär att uppgifter samlas in från kommunerna om hur många personer som får en viss insats, t.ex. hemhjälp, vid en given tidpunkt. Antalet personer fördelas på kön och åldersgrupper. Med denna form av statistik är det dock *inte* möjligt att svara på frågor som:

- Under hur lång tid får den äldre hemhjälp i ordinärt boende?
- Under hur lång tid bor den äldre i särskilt boende?
- Hur många äldre människor respektive äldrehushåll får hjälp i någon form från den offentligt finansierade vården och omsorgen om äldre?
- Får den äldre en eller flera insatser från vården och omsorgen? (Det går t.ex. *inte* att se om det är en person som får tio olika insatser eller om det är tio personer som får en insats var.)

Under senare år har diskussioner om en individbaserad statistik inom vården och omsorgen om äldre tagits upp i olika sammanhang. Med individbaserad statistik menas i detta sammanhang statistiska sammanställningar av uppgifter som är relaterade till enskilda individer. Vid insamling av uppgifter används personnumret för att identifiera personen. Denna uppgift och andra uppgifter som gör det möjligt att identifiera enskilda personer finns inte med vid redovisning av statistiken.

Statistiken avseende hälso- och sjukvården består dels av mängdstatistik med främst ett producentperspektiv, dels individbaserad

statistik för den slutna hälso- och sjukvården. För den öppna hälso- och sjukvården saknas individbaserad statistik, med undantag av Region Skåne. Detta medför att det är svårt att få en tydlig bild av hela hälso- och sjukvården med utgångspunkt i ett individperspektiv. Det är t.ex. inte möjligt att följa hur mycket hälso- och sjukvård en individ får totalt, dvs. både inom den öppna och den slutna vården. Det finns också brister i statistiken avseende slutna vård som påverkar möjligheterna att följa den äldre patienten.

2 Ärendet

I *Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113) redovisade regeringen att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att i samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet samt Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) utforma ett konkret förslag till system för rikstäckande individbaserad statistik inom äldreomsorgen. I regleringsbrevet för år 1999 fick Socialstyrelsen detta uppdrag, vilket då även omfattande omsorgen om funktionshindrade.

Socialstyrelsen redovisade detta uppdrag den 31 mars 2000 i rapporten *Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg om äldre och funktionshindrade*.

Denna rapport aktualiserade frågor rörande den personliga integriteten och sekretesskyddet av insamlade uppgifter. Regeringen gav därför i september 2000 Socialstyrelsen i uppdrag att närmare analysera vissa frågeställningar avseende dessa områden. Detta uppdrag redovisades den 30 maj 2001 till regeringen i en rapport med rubriken *Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg/stöd och service – Analys av vissa integritets- och sekretessfrågor*.

I den första rapporten (2000) föreslog Socialstyrelsen en övergång från mängdstatistik (dagens statistik) till individbaserad statistik. En viktig utgångspunkt för förslaget om en individbaserad statistik är att den möjliggör en kartläggning av faktorer som har relevans för uppföljning, utvärdering, planering och utveckling av vård och omsorg. En annan är att användbarheten och relevansen för uppgiftslämnarna (kommuner och landsting) ökar.

I den senare rapporten (2001) lämnade Socialstyrelsen ett reviderat förslag till individbaserad statistik jämfört med den rapport som lämnades i mars 2000.

Det reviderade förslaget har arbetats fram efter samråd med Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO) samt två ledamöter i Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor.

I skrivelsen redovisas Socialstyrelsens överväganden, slutsatser och förslag. I de fall väsentligt avvikande uppfattningar framförts från några företrädare i samrådsgruppen redovisas och kommenteras detta.

Ärendet bereds i Socialdepartementet och har ännu inte lett till beslut.

2.1 Förslagen

Socialstyrelsens förslag innebär att övergången från mängdstatistik till individbaserad statistik ska genomföras i etapper. Det ursprungliga förslaget (2000) omfattade fyra etapper.

Etapp 1 Övergång till individstatistik med i huvudsak de uppgifter som i dag samlas in från kommunerna som mängdstatistik.

Etapp 2 Statistiken byggs ut med uppgifter om landstingens hemsjukvård.

Etapp 3 Statistiken byggs ut med variabler avseende vårdbehov och ytterligare insatser.

Etapp 4 Statistiken byggs ut med kvalitetsmått.

Enligt det reviderade förslaget (2001) bör etapp 1 och 2 snarast påbörjas i form av en försöksverksamhet. Etapp 3 måste bli föremål för en omfattande utredning innan ett förslag kan läggas om att en individbaserad statistik bör byggas ut med uppgifter om bl.a. en individs funktionsförmåga. Denna utredning bör enligt Socialstyrelsen vara tidsmässigt oberoende av etapperna 1–2 och beräknas ta tre år i anspråk. Den tidigare föreslagna etapp 4 bör tas upp till förnyad prövning i ett senare skede när tillräckliga erfarenheter föreligger från etapperna 1–3.

För att kunna genomföra förslagen krävs ändringar i lagstiftningen. Det gäller både ändring av lagar och förordningar. I rapporten (2001) redovisas inga förslag till författningsändringar.

Tekniska och organisatoriska frågor kring sekretess och integritet bedöms kunna lösas på ett godtagbart sätt.

I rapporten (2001) redovisas nyttan av en individbaserad statistik för fem olika användargrupper:

- Medborgarna och deras förtroendevalda
- Brukarna och deras anhöriga
- Forskning och utveckling (och utbildning av personal inom vård och omsorg)
- Verksamheten på kommunal och regional nivå
- Verksamheten på central/statlig nivå

Medborgarna och deras förtroendevalda

Medborgaren har ett intresse av att följa verksamheten inom äldre- och handikappomsorgen bl.a. då den till största delen är finansierad av offentliga medel. En bra statistik kan utgöra ett viktigt underlag i den demokratiska processen.

Brukarna och deras anhöriga

Brukare av offentliga tjänster ska ges ett större inflytande över tjänsterna. Lagstiftningen ger brukaren (och dennes anhöriga) en aktiv roll vid utredning och beslut om olika insatser samt när besluten ska genomföras. För att kunna vara aktiv och utöva inflytande krävs kunskap om de förhållanden som individen vill påverka. Socialstyrelsen redovisar några exempel på kunskap som den enskilde kan behöva i vissa situationer. Ett sådant är vilka insatser olika grupper av personer får i sin kommun/landsting och hur ser det ut på andra orter i landet. Ett annat är att man kan få uppgifter om hur stora behov av vård och omsorg som personer i en viss ålder brukar ha om man har en viss funktionsnedsättning och liknande bakgrundsförhållanden.

Forskning och utveckling

En individbaserad statistik ger bättre möjligheter för en tillämpad forskning och till professionell utveckling av vård och omsorg. Forskning och forsknings- och utvecklingsarbeten (FoU) kan

bidra till verksamhetsutveckling till nytta för brukarna. Tillgång till bättre kunskap utgör också underlag för utbildning av personal inom vård och omsorg.

Verksamheten på kommunal och regional nivå

Kommuner och landsting har i uppgift att planera, följa upp och analysera den verksamhet de är ansvariga för. I uppgiften ingår också att följa upp och utvärdera resultaten av olika insatser. För att kunna göra detta krävs underlag för att följa individers samlade konsumtion av vård och omsorg. De bör kunna följas genom hela vårdkedjan och över tid. En statistik som omfattar båda huvudmännens verksamhet kan även utgöra underlag för diskussioner och beslut om gemensamma prioriteringar och resursfördelningar.

Verksamheten på central nivå

Staten behöver regelbunden och fortlöpande information om hur verksamheten inom äldre- och handikappomsorg utvecklas i förhållande till nationella mål, ekonomi och behov för den övergripande styrningen. Staten har ett särskilt ansvar för att följa upp tillämpningen av lagstiftningen, rättvis och lika behandling av medborgarna samt i vilken mån verksamheten är effektiv.

3 Pensionärs- och handikapporganisationernas uppfattning

Av rapporten (2001) framgår att det finns en skillnad i grundsynen på om individbaserade uppgifter bör samlas in eller inte för en nationell statistik mellan pensionärsorganisationerna å ena sidan och handikapporganisationerna å andra sidan. Handikapprörelsen har klargjort att den inte stödjer förslaget om att behovs- och kvalitetsrelaterade uppgifter på individnivå ska ingå i en nationell uppgiftsinsamling, dvs. det som omfattas av etapp 3 och 4. Skälen för detta är dels att uppgifterna är starkt integritetskänsliga, dels att kvaliteten på denna typ av uppgifter torde bli allt för dålig. Samtidigt har handikapprörelsen anfört att de ser skäl för och accepterar en insamling av individbaserade uppgifter för statistik på

nationell nivå gällande det som föreslås ingå i etapp 1 och 2. Pensionärsorganisationerna har inte framfört motsvarande oro och tveksamhet till förslagen utan är i allt väsentligt positiva till att gå över till individbaserad statistik. De har framhållit att den nuvarande statistiken över vård och omsorg om äldre är bristfällig och bör ses över i grunden.

Litteratur

- Socialstyrelsen (2000) *Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg om äldre och funktionshindrade*
- Socialstyrelsen (2001) *Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg/stöd och service – Analys av vissa integritets- och sekretessfrågor*

Kvarboende

Innehåll

1	Inledning.....	291
2	Vad är kvarboende?	293
3	Historik.....	294
3.1	Åren 1900–1945	294
3.2	Åren 1945–1956	295
3.3	Åren 1957–1965	298
3.4	Åren 1965–1981	299
3.5	Åren 1982–1991	300
3.6	Åren 1992 och framåt	302
4	Historik.....	304
4.1	Socialtjänstlagen.....	304
4.2	Rättsfall.....	304
4.3	Hälso- och sjukvårdslagen.....	305
5	Ekonomi.....	305
5.1	Vad har egentligen hänt inom äldreomsorgen? Har vård i hemmet ersatt institutionsvård? Erfarenheter 1965–1985.....	305
5.2	Rapporter från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund	306
5.3	2000-talets äldrevård och äldreomsorg. Dokumentation av Forskningsforum 1999 (SPRI-rapport nr 491)	307

5.4	Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader	310
5.5	Health care economic studies on advanced home care, doktorsavhandling av Agneta Andersson vid Linköpings universitet	312
6	Enskildas önskemål	313
7	Situationen för anhöriga	314
8	Flyttningsstudier.....	315
8.1	Flyttningsstudierna i Sundsvall	316
8.2	En flyttningsstudie av Peter Westlund	317
9	Förutsättningar för kvarboende	319
	Referenser	322

1 Inledning

I det faktaunderlag som togs fram inför beredningens hearingar i januari och februari 2003 konstaterade beredningen att äldres möjligheter till kvarboende vid behov av vård och omsorg har diskuterats i flera olika sammanhang under de senaste femtio åren. Resonemang om detta går att finna i bl.a. utredningsbetänkanden, propositioner och betänkanden från riksdagens olika utskott. Den s.k. kvarboendepincipen är dock inte entydigt definierad i vare sig förarbeten eller lagtext.

I diskussionerna om framtidens vård och omsorg om äldre är frågeställningar som på olika sätt berör kvarboende centrala.

Några exempel på frågor som i olika sammanhang tagits upp är:

- Behövs det särskilda boendeformer eller kan all vård och omsorg tillgodoses i det ordinära boendet? Är det t.ex. möjligt att på ett tryggt och värdigt sätt tillgodose behoven hos en person med en framskriden demenssjukdom i ordinärt boende?
- Hur kan man öka möjligheterna för äldre att bo kvar i det ordinära boendet?
- Ska den äldre ha rätt att få bo kvar i det ordinära boendet och få vård och omsorg där oavsett hur omfattande behoven är?
- Ska det finnas gränser för när den äldre kan kräva att insatserna ges i det ordinära boendet? Kan ekonomiska och/eller personella resurser vara sådana skäl som skulle kunna avgöra ett sådant beslut?
- Hur kan man beakta etiska aspekter när det gäller den äldres önskan att bo kvar hemma eller flytta till en särskild boendeform?
- Ska den äldre som "vill" ha rätt att få flytta till ett särskilt boende, eller ska valfriheten begränsas till att välja bort boende i en särskild boendeform?
- Ska den äldre som flyttat in i en särskild boendeform få bo kvar där resten av livet och inte behöva flytta oavsett om behoven av vård och omsorg förändras?
- Vilka krav ställs på samhället, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, anhöriga och den enskilde när fler äldre med omfattande behov av vård och omsorg får dessa tillgodosedda i ordinärt boende?

Under 1990-talet har stor uppmärksamhet riktats mot det särskilda boendet. Stora ansträngningar och insatser har gjorts för att förändra såväl den enskildes bostad, som boendeenheten som sådan mot mer hemlika boenden. Som exempel kan nämnas avveckling av flerbäddsrum och fler enkelrum med eget hygienutrymme (Socialstyrelsen 2000b). De senaste åren har även några andra frågor som berör det särskilda boendet uppmärksamats. Det gäller bl.a.:

- Krav på ombyggnad av befintliga särskilda boendeformer då de inte uppfyller kraven på personalens arbetsmiljö.
- Avveckling av mindre boendeenheter, vilket medför att vården och omsorgen koncentreras till större enheter (Socialstyrelsen 2003a).
- Omstrukturering och avveckling av särskilda boendeformer har i vissa fall inneburit att det särskilda boendet koncentrerats till centralorter. En konsekvens av detta har blivit att mindre orter och/eller delar av en kommun inte längre har ett särskilt boende.

Att det är oklart vad som menas med kvarboende och kvarboendepincipen är ett förhållande som skapar tveksamhet kring vad som ingår i det offentliga åtagandet. Ärenden som i något avseende handlar om kvarboende är ärenden som *berör* den enskilde, anhöriga och allmänheten. Det är ärenden som ofta uppmärksammas i massmedia.

Det finns få rättsfall inom socialtjänsten som berör äldreomsorgen. (Se t.ex. Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre i denna bilagedel.) Frågor om kvarboende är dock ett av de få områden inom äldreomsorgen där det finns ett så stort antal domar från kammar- och länsrätt att man kan tala om praxis (Landelius 1996).

Frågan är angelägen att ta upp inte bara för att förtydliga vad som gäller för den äldre och dennes anhöriga, utan också för att det på flera viktiga punkter anger inriktningen på det offentligas insatser. Ett exempel är kommuners och landstings investeringar i fastigheter som t.ex. särskilda boenden och sjukhus. Ett annat exempel är tillgång till personal, både i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. Det ställs högre och delvis annorlunda krav på personalens kompetens när allt mer kvalificerad vård och omsorg utförs i det ordinära boendet och i öppen hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2000, Socialstyrelsen 2001a och 2002a).

Denna text kommer i första hand att behandla olika aspekter på kvarboende i det ordinära boendet, men även ta upp vissa aspekter på kvarboende i det särskilda boendet. I promemorian görs en genomgång av kvarboende och kvarboendepincipen ur några olika aspekter:

- historik
- lagstiftning
- ekonomi
- enskildas önskemål
- situationen för anhöriga
- förutsättningar för kvarboende.

2 Vad är kvarboende?

Orden kvarboende och kvarboendepincip används ofta som om de vore begrepp med självklar och väl definierad innebörd. Som nämnts i inledningen är så inte fallet. Med kvarboende kan avses flera olika företeelser. Några exempel är:

- Den äldres möjlighet att bo kvar i sin bostad och där få den vård och omsorg som han eller hon behöver.
- Den äldres möjlighet att bo kvar i ett bostadsområde, en ort eller del av sin kommun även om han eller hon "måste" flytta till en annan bostad.
- Den äldres möjlighet att flytta till ett särskilt boende som ligger i den stadsdel, den ort eller del av kommunen där han eller hon bott tidigare.
- Möjligheterna för den äldre som bor i ett särskilt boende att få bo kvar där och inte behöva flytta, oavsett om behoven av vård och omsorg förändras.

Hemmaboende är ett begrepp som ibland används som alternativ till kvarboende (t.ex. Edebalk 1990 och 1991 och Sörensdotter 2001) när det gäller den äldres möjlighet att bo kvar i ordinärt boende och där få vård och omsorg. Sörensdotters motiv för att använda detta begrepp är att det bättre associerar till det *val* som hemmaboendet ska vara. Hon betonar betydelsen av att ha valt att bo kvar i sitt hem och att hemmaboende inte ska vara ett tvång på grund av platsbrist i särskilda boenden eller något annat skäl. Enligt Sörensdotter stämmer begreppet hemmaboende överens med vad

äldre själva säger om varför de vill bo kvar i sitt eget hem; det är för att hemma är ”hemma” i en positiv mening. Hon lyfter också fram att det finns äldre som menar att boendet i det egna hemmet är ett kvarboende på grund av att de inte får plats i ett annat boende. Hemmet är inte funktionellt för dem längre och hjälpbehovet är större än det positiva med att bo kvar i sitt eget hem. För dem blir boendet i det egna hemmet ett kvarboende utifrån att de är tvungade att bo kvar i väntan på en plats i ett annat boende.

3 Historik

I detta avsnitt beskrivs hur den nuvarande vården och omsorgen om äldre utvecklats från slutet av 1940-talet och fram till i dag. En utveckling som innebär en grundläggande förändring från fattigvård och nödvändig sjukvård till dagens vård och omsorg om äldre.

Vården och omsorgen om de äldre har genomgått stora förändringar under de senaste femtio åren. Det har blivit möjligt även för äldre med behov av vård och omsorg att få detta i den egna bostaden. Under de senaste tio-tjugo åren har detta även kommit att i vissa fall omfatta personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg samt palliativ vård. Denna utveckling förklaras inte bara av förändringar inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård utan även av t.ex. bättre bostäder, bättre pensioner och den tekniska utvecklingen.

Motiven för att satsa på kvarboende eller hemmaboende kan sammanfattas i två huvudskäl:

- Humanitet och den äldres egna önskemål
- Ekonomi

I *Åldrandets villkor* (Paulsson 2001) finns en utförlig beskrivning av utvecklingen av olika boendialternativ för äldre av Jan Paulsson.

3.1 Åren 1900–1945

Författarinnan Ellen Key var bland de första som hävdade att även gamla och sjuka människor hade rätt till ett eget hem. I en artikel år 1913 skrev hon att de kasernliknande anstalterna i bästa fall

kunde tillgodose de materiella behoven, men inte kunde ge de in-tagna känslan av att ha ett eget hem (Qvarsell 1991).

Under den första halvan av 1900-talet var åldringsvården i Sve-rige det samma som vård och boende på ålderdomshem. Ålder-domsheimen, och dess föregångare fattigstugorna, tillkom för att lösa tre problem som hängde samman med fattiga äldre: försörj-ning, boende och vård (i vid mening).

Dåliga bostäder var ett skäl för äldre att söka sig till ålderdoms-heimen. Bostadsfrågan för äldre började uppmärksammas på 1930-talet och från år 1939 utgick ett statsbidrag för byggande av pensionärshem. Syftet med detta var att förbättra bostadsstan-darden för pensionärerna. Hyrorna var mycket låga och det fanns en fastslagen högsta hyra.

3.2 Åren 1945–1956

Riksdagen beslutade år 1946 om nya folkpensioner. Beslutet trädde i kraft år 1948. Detta blev ett mycket viktigt beslut som kom att förändra äldreomsorgen och synen på den i grunden. Den nya folkpensionen skulle utgå enligt den s.k. minimistandardprincipen, vilket skulle medföra att i princip ingen pensionär skulle behöva ta emot understöd från fattigvården. Ålderdomshemmen borde upp-höra att vara fattigvårdsanstalter och avgiften på ett ålderdomshem borde inte vara större än att den kunde betalas av den som hade enbart folkpension. Det ”nya” ålderdomshemmet skulle vara öppet för alla äldre oavsett inkomst- och förmögenhet.

År 1947 lämnade regeringen en proposition (prop. 1947:243) till riksdagen angående ålderdomshemsvårdens ordnande och utbygg-nad. Propositionen antogs av en enhällig riksdag. Satsningen inne-bar en långsiktig utbyggnad av ålderdomshemmen så att ungefär var tionde pensionär skulle bo på ålderdomshem.

Året efter att 1947 års riktlinjer antagits av riksdagen startade författaren Ivar Lo-Johansson en reportageresa bland svenska ålderdomshem. Resan dokumenterades i sju artiklar i tidskriften *Vi* under våren 1949 och i boken *Ålderdom* som utkom på hösten samma år. Ivar Lo-Johansson höll föredrag i radio och deltog i en radiodiskussion. År 1952 kom boken *Ålderdoms-Sverige* ut som blev en bestseller.

Ivar Lo-Johanssons insatser innebar att åldringsvårdsdebatten kom i centrum för hela befolkningen och inte längre enbart var en

fråga för socialvårdens experter. Debatten handlade både om beskrivningen av verkligheten på ålderdomshemmen och om synen på ålderdomshemsideologin. Debatten berörde tre aspekter på ålderdomshemmen:

- klientelblandningen
- tvångsintagningar som i få fall förekom (utan stöd av lagen)
- institutionsandan som kännetecknades av förmyndarmentalitet, tristess, passivitet, tappad livslust och berövat människovärde.

Lo-Johansson ansåg att friheten för de gamla inkluderade även ”friheten att få fara illa på eget beråd (snarare än att) ha det bekymmerlöst enligt andras bestämmelser” (Lo-Johansson 1949, s. 48).

Ivar Lo-Johanssons syfte var inte att reformera ålderdomshemmen. Den gamle hade genom placeringen på ålderdomshem ryckts ur sitt livssammanhang. Han betonade den egna bostadens betydelse och att det var där åldringar borde kunna få hjälp och tillsyn. Lo-Johanssons uttryck var ”hemvård i stället för vårdhem”. Detta skulle bättre svara mot de flesta åldringars önskemål och vore mer ”humant”. Argumentet att den öppna vården skulle bli ”betydligt billigare” framfördes också, även om det inte var ett huvudargument.

Lo-Johansson såg byggandet av ålderdomshem även ur ett generationsövergripande perspektiv. Det medförde att gamla människor utestängdes från samhället (Gaunt 1996).

Ur produktionen slogs gamlingarna ut. I de unga familjerna hade de inte längre någon plats. I ett åldringsöverbefolkat land uppstår alltid en latent önskan om att bringa åldringarna ur vägen. Humaniteten slåss med vad man verkligen vill. I den förtvylade situationen, där åldringarna började överfylla landet och de unga familjerna började önska dem undan, tillgreps anstaltsvården och man byggde ålderdomshem för Sveriges befolkning.

(Lo-Johansson 1949, s. 6)

Under åren 1947 till 1952 skedde en omsvängning när det gäller synen på var äldre ska bo och få vård och omsorg. Från att enbart ha satsat på en utbyggnad av ålderdomshem så fördes hemma-boende med hemtjänst fram som ett alternativ. År 1950 genomförde Röda Korset i Uppsala ett försök med hemtjänst för gamla. Målet var att skjuta upp tidpunkten för flyttning till ålderdomshem och i verksamheten skulle ingå städning, matservice, hembesök och sjukvårdshjälp. Det blev snabbt en stor efterfrågan från de äldre

och att rekrytera deltids- och timanställd personal bland ”stadens fruar” vållade inga större problem.

Erfarenheterna från den nya hemtjänsten var positiva och det var framför allt tre saker som lyftes fram:

- De äldre var nöjda med hjälpformen.
- Behovet av och efterfrågan på ålderdomshemsplatser minskade.
- Det var relativt lätt att rekrytera främst medelålders hemmafruar vilka normalt inte stod till arbetsmarknadens förfogande.

Försöket med hemtjänst i Uppsala fick snabbt efterföljare i andra kommuner och i de flesta fall var det frivilligorganisationer som startade verksamheten.

Under åren 1949–1952 pågick en debatt om den framtida inriktningen av åldringsvården, såväl bland politiker och tjänstemän som bland allmänheten och i massmedia.

Ett avgörande inlägg i debatten är den avgående socialministern Gustav Möllers artikel i Dagens Nyheter den 21 oktober 1951. Gustav Möller ansåg att ”De gamla skulle slippa vård på anstalt”. Enligt Möller varken behövde eller önskade det alldeles övervägande antalet gamla komma in på anstalt. Enligt Möller måste man ordna så att folk ”bara i nödfall” sökte sig till ålderdomshem. I stället borde hemvården byggas ut. Hemvården skulle också ”ställa sig mycket billigare” än ålderdomshemmen.

Riksdagens beslut år 1952 innebar att hemtjänsten skulle vara det grundläggande inom åldringsvården. Ålderdomshem skulle finnas kvar som ett nödvändigt alternativ men deras roll tonades ner betydligt. Hemtjänsten ansågs klart billigare än vård i ålderdomshem för både kommunerna och samhället i stort. Hemmaboende med hemtjänst ansågs också mer ”humant” och ansågs också svara mer mot de äldres önskemål. Att fråga efter de äldres önskemål var något nytt. Under 1940-talet hade några (olagliga) tvångsintagningar på ålderdomshem diskuterats intensivt och fram till år 1957 var det möjligt att med polishandräckning flytta någon till ålderdomshem.

Parallellt med hemtjänsten började hemsjukvården utvecklas. År 1952 fick sjukvårdshuvudmännen, landstingen, ett lagreglerat ansvar för vården av de kroniskt sjuka – vilket var ett led i arbetet med att reformera ålderdomshemmen. Landstingen hade inga möjligheter att snabbt bygga långvårdsjukhusen utan även inom sjukvården sökte man alternativ till sjukhusvård. Redan under åren

1949–1950 började några landsting, bl.a. i Värmlands och Stockholms län, att planera för en föregångare till dagens hemsjukvård.

3.3 Åren 1957–1965

Under 1950-talet fortsatte utvecklingen av äldreomsorgen på den väg som riksdagsbeslutet från år 1952 angav. År 1957 överlämnade regeringen en proposition (prop. 1957:38) till riksdagen som främst innehöll en beskrivning av åldringsvårdens läge och problem. Propositionens huvudsakliga innehåll var förslag till riktlinjer för åldringsvården som innebar ett bekräftande av de huvudlinjer som åldringsvården utvecklats enligt sedan år 1950.

En riktlinje var att åldringsvården måste respektera de äldres personliga integritet, intressen och individuella önskemål. Åtgärderna skulle i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att de äldre skulle få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem. Riktlinjerna från år 1957 bekräftade att en modernare syn på åldringsvården vuxit fram under det senaste decenniet. I slutet av 1940-talet hade ”åldringarna” huvudsakligen setts som ett ”vårdobjekt”. År 1957 ses de äldre mer som individer som även när krafterna sviktar så långt möjligt ska leva i sina invanda miljöer och eventuell service och omsorg ska styras av valfrihet och individuella önskemål.

Skälet till satsningen på hemmaboende var i början av 1950-talet främst ekonomiska. En kommuns satsning på bostadsförbättring och hemtjänst kunde motiveras med att ett ålderdomshem skulle vara för ”dyrt”, dvs. ålderdomshemsvård var egentligen huvudalternativet. I slutet på 1950-talet, bl.a. i 1957 års riktlinjer, har det blivit tydligt att den öppna åldringsvården är huvudalternativet. Synen på den informella äldreomsorgen har också förändrats. Den öppna åldringsvården behövdes då möjligheterna till informell omsorg förändrats. Urbaniseringen, hushållssplittringen och kvinnors ökade förvärvsfrekvens var några exempel.

Riktlinjerna från år 1957 innebar ett förtydligande av vilka äldre som skulle bo på ålderdomshemmen. Det slogs fast att det var äldre som behövde ”ständig tillsyn och vård” som skulle bo där och alla vård- och hjälpinsatser i den öppna vården borde prövas innan någon fick vård på ålderdomshem.

I fråga om sjukvårdsinsatser uttalades det att någon aktiv sjukvård inte skulle bedrivas men dock något som kunde betecknas som ”god hemsjukvård”.

Diskussionen om de äldres situation och behov av vård fortsatte både i riksdagen och i samhället i övrigt. I december 1960 fick den Socialpolitiska kommittén, en statlig utredning, i uppdrag att utreda de äldres vårdbehov och vårdmöjligheter.

Utredningen kom med sitt första betänkande år 1963. Där uppmärksammades särskilt de äldres bostadsförhållanden. Närmare hälften av de äldres bostäder i landet som helhet ansågs inte svara mot de kvalitetsmässiga minimikrav som kunde ställas på lämpliga bostäder för äldre människor. Särskilt stora var problem på landsbygden. Vidare konstaterade man att hemtjänstverksamhet fanns i alla kommuner utom 26. Utvecklingen hade gått fort och det hade blivit allt vanligare att kommunerna själva drev verksamheten. Även om utvecklingen varit positiv sedan år 1950 hade den dock varit mycket ojämn. Speciella svårigheter att organisera hemtjänsten fanns i glesbygdskommunerna. Antalet platser på ålderdomshem hade minskat väsentligt i förhållande till andelen pensionärer. Glesbygdskommunerna hade relativt sett högst platsantal medan storstäderna hade ett förhållandevis lågt antal platser.

År 1964 lämnade regeringen propositionen *Angående åldringsvårdsfrågor m.m.* (prop. 1964:85) till riksdagen med tre huvudförslag:

1. Statliga lån till byggande av sjukhem
2. Bostadsförbättring i form av bl.a. förbättringslån
3. Hemtjänsten borde byggas ut och kommunerna borde bedriva uppsökande verksamhet. För att stimulera utbygganden infördes ett statsbidrag om 35 procent av kommunernas nettokostnader fr.o.m. den 1 juli 1964.

I propositionen underströks att de stora olikheterna mellan kommunerna beträffande åldringsvården var mindre tillfredsställande.

3.4 Åren 1965–1981

Under perioden 1965–1981 byggdes äldreomsorgen och långtidsvården ut i stor omfattning. Samtidigt byggdes även hemsjukvården ut men i betydligt långsammare takt. Under senare delen av 1970-talet och en stor del av 1980-talet gjordes flera försök att rätta till

obalansen mellan den mycket omfattande hemtjänsten och den betydligt mindre hemsjukvården.

Genom en ändring i socialhjälpslagen (1956:2) år 1968 blev kommunerna skyldiga att bedriva uppsökande verksamhet.

År 1974 antog riksdagen ett förslag om nya statsbidragsregler för social hemhjälp. Statsbidrag utgick med 35 procent av kommunernas bruttokostnader för hemhjälpverksamhet. I underlaget för bidraget ingick förutom hemhjälpens kostnader för hår- och fotvård, badservice, matdistribution, snöröjning och hemhjälpsledare. Även insatser till äldre i servicehus samt färdtjänsten var statsbidragsberättigade.

Andelen äldre som fick hemtjänst var högst år 1978.

3.5 Åren 1982–1991

År 1982 trädde socialtjänstlagen (1980:620) i kraft och för första gången lagreglerades hela äldreomsorgen. Tidigare hade enbart ålderdomshemmen och socialbidrag till äldre varit lagreglerade.

I propositionen *Om socialtjänsten* (prop. 1979/80:1) påminner man om de tidigare uttalandena i samband med riksdagens beslut åren 1957 och 1964. Föredragande statsråd anför (s. 271) att det är normalt att människor behåller sin bostad när de blir äldre och att denna princip måste vara grundläggande för den framtida äldreomsorgen. Två delmål för äldreomsorgen föreslås: normalisering och självbestämmande (prop. 1979/80:1, s. 275). Normalisering innebär att samhällets insatser ska underlätta för de äldre att bo i sin vanliga miljö. Vård och service bör tillhandahållas i de äldres bostäder eller i närbelägna servicelokaler av olika slag. Insatserna för de äldre bör så långt det är möjligt ges i samma former som för övriga medborgare. De särskilda krav som kan gälla för äldre personer bör beaktas. Självbestämmanderätten inom äldreomsorgen förutsätter ett differentierat utbud av stöd- och serviceformer som individen själv kan välja mellan. Den service som den äldre har valt ska kunna ges utan ingrepp i den personliga integriteten.

I propositionen refereras Socialutredningens diskussion om hemtjänst i förhållande till boende i ålderdomshem.

Socialutredningen menar att det är ekonomiskt försvarbart att tillhandahålla hemhjälp med 20 timmar per vecka i stället för att upplåta plats i ålderdomshem eller motsvarande. ... Var gränsen skall gå för det lämpliga antalet timmar bör dock enligt Socialutredningen avgöras i

det enskilda fallet. Utredningen menar att omfattningen av insatserna måste bestämmas av sociala och humanitära hänsyn och att de ekonomiska skälen inte i första hand får vara avgörande.

(prop. 1979/80:1, s. 287)

I socialtjänstpropositionen uppmärksammades äldres boendeförhållanden och i december 1983 inrättas en arbetsgrupp inom Regeringskansliet med uppgift att överväga vissa frågor rörande de äldres och handikappades boende. Bakgrunden till beslutet var ett behov av att samlat överväga vad som kunde göras inom olika samhällssektorer för att förverkliga de mål som anges i bl.a. socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och i bostadsförbättringsprogrammet: att ge fler människor möjlighet att, trots funktionsnedsättningar eller sjukdom, bo och leva i vanliga bostadsområden och få förutsättningar att leva ett rikare liv än det som bl.a. institutionsboendet kan erbjuda.

Arbetsgruppen överlämnade sitt betänkande *Bo på egna villkor* (SOU 1984:78) hösten 1984. Utgångspunkten för arbetet var att alla människor ska ha samma rättigheter i samhället och ges möjligheter till ett meningsfullt liv. För att detta skulle kunna förverkligas borde boende, service, vård och omsorg planeras utifrån följande principer:

1. Alla människor har rätt till en bostad där friheten och integriteten är skyddad.
2. De som behöver stöd och hjälp i sin dagliga livsföring eller som mer än tillfälligt behöver medicinsk eller annan vård skall kunna erbjudas sådan i bostadsmiljön eller i former som ger den enskilde stor självständighet.
3. Alla människor har, oberoende av behovet av vård, omsorg och service, rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustningsstandard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

År 1985 godkände riksdagen på grundval av propositionen *Om förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och långvarigt sjuka* (prop. 1984/85:142) ett program för förbättrade boendeförhållanden för gamla, handikappade och sjuka. I det sammanhanget godkändes principerna ovan som välfärdspolitiska mål.

I propositionen *Äldreomsorgen inför 90-talet* (prop. 1987/88:176) betonas äldres rätt att påverka innehållet i och utformningen av samhällets service och vård. En fortsatt utveckling av stödet i det

egna boendet bör ske, så att äldre i ökad utsträckning skall kunna välja att bo kvar hemma, även när hjälpbehoven är stora. Det skall också finnas ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer för äldre, däribland ålderdomshem, servicebostäder och gruppboende för människor med åldersdemens. Servicen och vården inom de särskilda boende- och vårdformerna för äldre bör utformas så att den enskildes självbestämmande och trygghet främjas.

3.6 Åren 1992 och framåt

Efter en mer än 20 års lång diskussion fick kommunerna den 1 januari 1992 det samlade ekonomiska ansvaret för den långvariga somatiska vården för äldre och funktionshindrade, den s.k. Ädelreformen. Ansvaret för sjukhem och andra vårdinrättningar med ett lokalt upptagningsområde togs över av kommunerna från landstingen. Kommunernas ansvar för särskilda boendeformer och dagverksamheter preciserades. Kommunerna blev även betalningsansvariga för de s.k. medicinskt färdigbehandlade i somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård som tillhandahölls av landstingen.

Kommunerna fick också ansvar för de delar av sjukhemmen som inrymde resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning. Enligt föredragande statsråd (prop. 1990/91:14, s. 54) var skälet till detta att kommunerna borde förfoga över såväl samtliga resurser för långvarig vård som resurser för kortvarigt stöd. Kommunerna borde med kort varsel kunna erbjuda sådana vistelser vid en särskild boendeform.

I propositionen *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m.* (prop. 1990/91:14), den s.k. Ädelpropositionen, betonades att den äldre skulle ha möjlighet att få vård och omsorg oavsett boendeform.

Olika former av social och medicinsk service skall i första hand kunna tillgodoses i den enskildes hem. Den enskilde skall emellertid kunna välja att flytta till en särskild boendeform för service och omvårdnad.”

(prop. 1990/91:14, s. 39)

I samband med Ädelreformen gavs kvarboendepincipen ännu en innebörd: den äldre skulle även efter flyttning till en särskild boendeform kunna få bo kvar där resten av livet, och inte behöva flytta mellan olika särskilda boendeformer. I arbetet inför Ädelreformen hade det framkommit att det inte var ovanligt att äldre

fick flytta mellan olika särskilda boendeformer när hälsan försämrades och vård- och omsorgsbehovet blev större. Det fanns exempel på äldre människor som flyttat från det ordinarie boendet till ett servicehus, och sedan till ett ålderdomshem för att till sist vårdas på ett sjukhem.

Det särskilda boendet skulle ses som den äldres bostad och hem och inte som en institution. Ett konkret tecken på detta blev att den äldre tecknade ett hyresavtal för "lägenheten" i det särskilda boendet.

Den 1 januari 1994 genomfördes den s.k. handikappreformen och Lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och Lagen (1993:389) om assistansersättning trädde i kraft. Ett år senare, den 1 januari 1995, genomfördes den s.k. Psyk-Ädelreformen och kommunerna fick ansvar även för den långvariga psykiatriska vården och ett betalningsansvar för s.k. medicinskt färdigbehandlade inom psykiatrisk vård.

Även i propositionen *Ändring i socialtjänstlagen* (prop. 1996/97:124, s. 89) betonades att huvudinriktningen när det gäller omsorgen om äldre människor och personer med olika slags funktionshinder är att förstärka möjligheterna till eget boende. Detta bör vara utgångspunkten även i de fall den enskilde har omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård. När behovet av tillsyn eller kraven på trygghet och säkerhet inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet bör det finnas möjlighet att flytta till en särskild boendeform. Det särskilda boendet måste kunna erbjuda en god vård som beaktar den enskildes behov av självbestämmande, integritet, trygghet och livskvalitet.

Riksdagens Revisorer är i sin rapport *Nationella mål i kommunernas äldreomsorg* (2002/03:RR4) kritiska till utvecklingen inom äldreomsorgen och anför att den går på tvärs mot riksdagens mål. Riksdagen har betonat den s.k. kvarboendepincipen, dvs. att kommunens socialtjänst ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt. De som behöver det ska alltså i första hand få stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Revisorerna konstaterar att utvecklingen snarare går i omvänd riktning. En ökad andel av hjälptagarna i den offentliga äldreomsorgen bor på institution.

4 Historik

4.1 Socialtjänstlagen

Enligt 5 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunen skall inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Enligt 4 kap. 4 § SoL har den enskilde rätt till bistånd för sin försörjning och livsföring i övrigt om han eller hon inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt. Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne. Om den enskilde inte är nöjd med kommunens beslut kan detta överklagas genom s.k. förvaltningsbesvär.

4.2 Rättsfall

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 om 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.

4.3 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar landstingens och kommunernas skyldigheter att ge hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården skall ges på lika villkor i hela landet och vara av god kvalitet. Den enskilde har inte rätt till några särskilda insatser i olika situationer, och beslut som har fattats är inte möjliga att överklaga. Det finns dock regler i annan lagstiftning som behandlar situationen om någon felbehandlats.

Detta innebär att den enskilde inte kan kräva eller har rätt till hälso- och sjukvård i sitt hem.

5 Ekonomi

Som nämnts i avsnitt 3 var de ekonomiska motiven ett bärande skäl när man i mitten på 1950-talet började utbyggnaden av hemtjänsten. Det var billigare att ge vård i den enskildes hem än på ålderdomshem.

Under senare delen av 1980-talet och i början av 1990-talet gjordes några studier av de ekonomiska konsekvenserna av satsningen på kvarboende i stället för boende på ålderdomshem. Dessa studier genomfördes före eller precis efter Ädelreformens ikraftträdande och den omstrukturering av hälso- och sjukvården som skett under 1990-talet.

5.1 Vad har egentligen hänt inom äldreomsorgen? Har vård i hemmet ersatt institutionsvård? Erfarenheter 1965–1985

En fråga som kan ställas i detta sammanhang är om hemtjänst i den äldres egna hem har ersatt institutionsvård eller inte. Sundström och Berg (1988) redovisar i en rapport erfarenheterna från åren 1965–1985. Utgångspunkten för studien är en "utbytestes" som innebär att en ökning av hemtjänsten skulle motsvaras av en nedgång i institutionsomsorgen. En sådan förskjutning borde enligt författarna resultera i totalt sett minst lika mycket (och lika bra eller bättre) äldreomsorg som före förändringen. Det skedde en viss förskjutning från institutionsvård till hemtjänst under perioden 1965–1975, vilket huvudsakligen berodde på en omfattande ut-

byggnad av all slags äldreomsorg. Resultatet visar att under åren 1965–1975 ökade andelen äldre på ålderdomshem och långvård med 17 procent, medan andelen under åren 1975–1985 minskade med 15 procent. Andelen äldre på institution var därmed nästan exakt den samma i början och i slutet av den granskade perioden: 7,2 procent år 1965 och 7,1 procent år 1985. Inom institutionsvården skedde det en tydlig förskjutning från ålderdomshem till sjukhem under perioden. Denna utveckling benämns ”medikalisering” av Sundström och Berg.

Andelen äldre med hemtjänst i eget hem och servicelägenhet ökade under åren 1965–1975 med 71 procent, från 13 till 23 användare per 100 ålderspensionärer. Under perioden 1975–1985 minskade den med 16 procent.

Sundström och Berg diskuterar vidare om all äldreomsorg har ”samma sorts” klienter. Kan alla omsorgsbehov tillgodoses ”lika bra” i både öppen och sluten omsorg? Är klienterna ”likadana” i öppen och sluten omsorg? Deras slutsats är att det är mest rimligt att tro att människor vid olika tillfällen har behov som bäst tillgodoses

1. endast i institutionsvård
2. i antingen öppen eller sluten omsorg
3. endast i öppen omsorg.

Med ”bäst tillgodoses” avser författarna både kostnadssynpunkt och överväganden som gäller omsorgen. Personerna i grupp 1 och grupp 3 skulle med denna uppdelning inte vara tillgängliga för ”utbyte” utan diskussionen om utbyte skulle avse grupp 2 som kan få omsorg ”lika bra” i både öppen och sluten vård.

En analys av data på länsnivå för åren 1965–1985 visade att det inte fanns något enkelt samband mellan andelen äldre i institution och andelen med hemtjänst i det egna boendet.

5.2 Rapporter från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

I rapporten *Ålderdomshem eller hemmaboende?* redovisade Edebalk och Persson (1990) en analys av kostnaderna för institutionsvård jämfört med hemtjänst i den egna bostaden med ett samhälls-ekonomiskt synsätt som utgångspunkt. Beräkningarna hade som utgångspunkt ett nybyggt ålderdomshem i södra Sverige. Alterna-

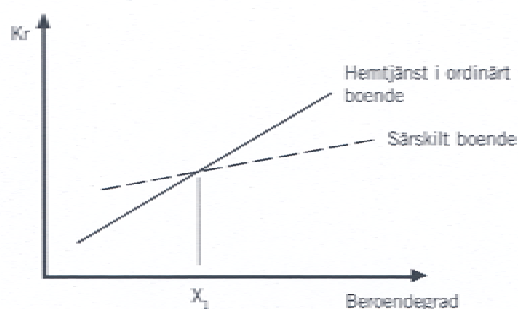
tivet till kostnaderna för boende och vård på ålderdomshemmet var situationen om ålderdomshemmet inte byggts. Man pekar på behovet av nya bostäder, sjukvård, trygghetslarm och hemtjänst. Resultatet av beräkningarna visar att hemmaboendebalternativet blev 35 procent dyrare än ålderdomshemmet. Detta förklarades till stor del av "stordriftsfördelar" i service och omsorg. Ålderdomshemmet lägre kostnader var också ett resultat av den relativt höga kostnaden för trygghetslarm vid hemmaboende.

I en annan studie (Svensson, Edebalk & Persson 1991) gjorde man en jämförelse mellan service- och omsorgskostnaderna för äldre som antingen bodde i det egna hemmet eller i en service-lägenhet. Studien visade att den årliga service- och omsorgskostnaden var starkt relaterad till individens funktionsnedsättning och behov av hjälp. Det framgick att psykiskt klara hemtjänsttagare hade en högre service- och omsorgskostnad än gruppen som inte var psykiskt klara (givet allt annat lika). Den årliga service- och omsorgskostnaden minskade inte helt oväntat när hjälpen från anhöriga ökade.

Vid en mätning av individens funktionsnedsättning och vårdbehov (med hjälp av Katz' ADL-index) konstaterade författarna att det fanns en brytpunkt för kostnaden mellan hemmaboende och ålderdomshem vid ett visst vårdbehov. Vid ett mer omfattande vårdbehov tenderade ålderdomshemsalternativet att vara det billigaste av de två.

5.3 2000-talets äldrevård och äldreomsorg. Dokumentation av Forskningsforum 1999 (SPRI-rapport nr 491)

Anell, Edebalk & Svensson (1999) redovisar en figur för att beskriva samband mellan kostnader för service och omvårdnad i olika boendebalternativ. Utgångspunkten är att för en vårdtagare med en viss psykisk eller fysisk funktionsnedsättning kan ett boendebalternativ var dyrare än ett annat. Kostnaden för service och omvårdnad i olika boendebalternativ ökar normalt när individens behov av vård och omsorg (beroendegrad) ökar. Ett grundlägganden antagande är att kostnadssambanden för olika boendebalternativ skär varandra vid olika brytpunkter.



Figur 1. Schematiska kostnadssamband för service och omvårdnad för olika boendialternativ (Anell, Edebalk & Svensson 1999)

Hemtjänstinsatser i ordinärt boende ger en lägre kostnad upp till en viss beroendegrad (x_1) jämfört med en plats i särskilt boende. Ökar beroendet ytterligare tenderar hemtjänstinsatserna att bli dyrare än plats i särskilt boende bl.a. till följd av dubbelbemanning och hjälp på kvällar, helger och nätter. Det antas att kostnaden för service och omvårdnad i särskilt boende, åtminstone på kort sikt, är förhållandevis konstant med avseende på den enskildes beroendegrad. När en person flyttar till särskilt boende ska han eller hon få den hjälp som behövs oavsett individens funktionsnedsättning, psykisk status etc. Omvårdnadsnivån på en särskild boendeenhet är nästan helt oberoende av en enda persons beroendegrad. Detta förklarar att kurvorna har olika lutning i figuren. Inom det särskilda boendet består kostnaderna till stor del av fasta kostnader, medan kostnaderna för hemmaboendialternativet kännetecknas av rörliga kostnader vilket innebär att insatserna (och kostnaderna) ökar när individens behov av vård och omsorg ökar.

Av en mindre studie i tre kommuner (Svenska Kommunförbundet 1997) framgår att när en omsorgstagare behöver hjälp med förflyttning inomhus och med toalettbesök så tenderar (netto)kostnaden för vård och omsorg i ordinärt boende ofta att överstiga kostnaden i särskilt boende. Orsaken till den högre kostnaden för hemmaboendialternativet är att det krävs fler besök, ofta dubbelbemanning och insatser under kvällar, helger och nätter. I studien varierade kostnaden för hemtjänst i ordinärt boende vid omfattande hjälpbehov mellan 200 000 kronor och 800 000 kronor per

år och vårdtagare. Den högsta nettokostnaden för boende med samma hjälpbehov i ett särskilt boende var drygt 300 000 kronor.

Anell, Edebalk och Svensson lyfter också fram att en kostnadsanalys av redovisat slag inte på något sätt uppmärksammar den enskildes önskemål om boendeform. Att kunna tillgodose någons önskemål om en viss boendeform har naturligtvis ett värde som måste ställas i relation till skillnaderna i kostnader mellan de olika boendeformerna. De lyfter också fram att man måste beakta att en flyttning inte bara medför en direkt kostnad utan också innebär en påfrestning för den äldre, vilket i sin tur kan medföra både högre kostnader och sämre kvalitet jämfört med det förväntade.

I rapporten redovisas en studie (Wimo m.fl. 1995) där man gjort en kostnadsjämförelse av olika vårdalternativ för personer med demenssjukdom. I studien jämförs alternativen gruppboende, hemmaboende med hemtjänst och hemsjukvård samt psykiatrisk klinik eller sjukhem. Beräknad kostnad för respektive boende/vårdalternativ relateras till den förväntade nytta som åtgärden, i detta fall boendeformen, ger. Nyttan uttrycks i termer av det antal kvalitetsjusterade levnadsår som individen vinner till följd av t.ex. att bo i en gruppboende. Metoden förutsätter antaganden om förväntad återstående livslängd och hur personens grad av demens utvecklas över tid. Resultaten visar att gruppboendebudet har en lägre kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår jämfört med kontrollgrupperna. Det tyder på att gruppboende skulle vara att föredra i jämförelse med alternativen hemmaboende och sjukhem. Författarna betonar dock att det finns metodologiska svagheter i studien, främst avseende de antaganden som gjorts beträffande den förväntade livskvalitetsförändring som de olika alternativen förväntas ge.

Anell, Edebalk och Svensson anför att det är viktigt att kunna identifiera de brytpunkter där ett boendebudet blir dyrare än ett annat utifrån den äldres hjälpbehov för att kunna fördela äldreomsorgens resurser så effektivt som möjligt. Man pekar på att det är nödvändigt med fortsatt empirisk forskning på området. De studier som redovisats bygger på små datamaterial och kan inte ligga till grund för generella slutsatser.

5.4 Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader

I slutet av 1990-talet genomförde Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en studie av avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Ett syfte med studien var att ta reda på om hemsjukvård var bättre och billigare än sjukhusvård eller om det är tvärtom.

Den avancerade hemsjukvården startade i Östergötland i mitten av 1970-talet som ett alternativ till sjukhusvård. Grundidén var att vid sidan av sjukhusvård bereda patienter och anhöriga en valmöjlighet som skulle medföra en förhöjd vårdkvalitet för alla parter. Många människor önskade att få vara i sina hem med bibehållen integritet och närhet till anhöriga, i synnerhet i svåra sjukdomsskeden och vid livets slut. Landstingsförbundet genomförde en enkätundersökning år 1998 som visade att en stor majoritet av de undersökta personerna skulle önska att få sådan vård i hemmet.

I rapporten uttrycker SBU viss oro för utvecklingen av hälso- och sjukvården under 1990-talet. Patienter riskerar att hänvisas till vård i hemmen utan att ha fått uttrycka sin vilja och utan att man försäkrat sig om att vården håller tillräckligt kvalitet. Man uttrycker också en farhåga för att även avancerad långtidsvård, såsom vid långt framskriden demenssjukdom och allmän ålderssvaghet, alltmer kan komma att föras ut till hemmen. Trycket på anhöriga kan bli alltför hårt om vårdinsatsen på så sätt utsträcks till långa perioder. För hemsjukvård krävs också att patienten har ett eget och väl lämpat hem samt helst någon anhöriga som är villig att hjälpa till.

Med avancerad hemsjukvård avses läkarledda teamorganisationer som är avsedda att ersätta vård på sjukhus. Med hemrehabilitering menas rehabilitering i hemmet som är avsedda att förkorta sjukhusvård och ersätta dagvård. Hemrehabilitering kan även fortsätta efter en period av sjukhusvård och ersätter då främst rehabilitering i öppen vård. I rapporten tar man särskilt upp palliativ hemsjukvård och hemrehabilitering efter stroke och efter ortopedisk kirurgi.

Inom ramen för SBU:s studie genomfördes under hösten 1998 en inventering av hemsjukvårdens och hemrehabiliteringens omfattning i Sverige. Resultatet visade att det då fanns ungefär 50 enheter i landet som bedrev avancerad hemsjukvård och att denna vårdform årligen tog om hand 10 000–12 000 patienter i alla åldrar. Palliativ vård i livets slutskede dominerade men ungefär en tredje-

del av patienterna vårdades för kroniska sjukdomar i tidigare lägen. Medelvårdtiden var 55 dagar, av patienterna var 70 procent 65 år och äldre och 56 procent var kvinnor.

I rapporten redovisar SBU följande slutsatser:

- Avancerad hemsjukvård kan fungera mycket väl och i enlighet med mångas idealbild av mänskligt värdig vård för såväl barn som för vuxna personer i livets slutskede. Detta kräver valfrihet och en god och effektiv vårdorganisation med lättillgängliga sjukhusplatser.
- Alla undersökningar som sammanställts i rapporten avsåg hemsjukvård under kortare tidsperioder. Vid palliativ vård och sjukvård för barn är såväl patienter som anhöriga mer nöjda med hemsjukvård än med vård på sjukhus. För övriga uppnåddes likvärdiga resultat. Det finns inga säkra hållpunkter för att hemsjukvård skulle medföra vare sig högre eller lägre totala kostnader än andra vårdalternativ. Valfrihet och kvalitet bör därför enligt SBU vara styrande faktorer vid planering av avancerad hemsjukvård i nuläget.
- Hemrehabilitering efter stroke och ortopedisk kirurgi ger likvärdiga resultat som alternativa rehabiliteringsformer och sannolikt till jämförbara kostnader. Även här bör enligt SBU valfrihet och lokala förhållanden kunna vara avgörande för hur man bäst organiserar denna vård.

SBU konstaterar att det finns stora behov av fortsatt forskning då det finns få studier som avser svenska och nordiska förhållanden. Det finns ett relativt omfattande material när det gäller effekter av avancerad hemsjukvård i livets slutskede och hemrehabilitering av stroke. För övriga sjukdoms- och patientgrupper är effekten av avancerad hemsjukvård i Sverige dåligt studerad. Det gäller i synnerhet avancerad hemsjukvård under längre perioder. SBU pekar också på behovet av att utveckla metoder som väger in anhörigas insatser i beräkning av positiva och negativa effekter samt värdera kostnaden för informell vård.

Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering i vardagen är två områden som SBU pekar ut som angelägna områden för utvärdering.

5.5 Health care economic studies on advanced home care, doktorsavhandling av Agneta Andersson vid Linköpings universitet

I Agneta Anderssons doktorsavhandling (2002) studeras de samhällsekonomiska effekterna och konsekvenserna av avancerad hemsjukvård. I avhandlingen konstateras att ett motiv för att införa avancerad hemsjukvård var att minska kostnaderna. Den primära orsaken till att kostnaderna blev lägre är att man i mindre omfattning använder sig av professionell personal. Det är insatserna från närstående som familj, grannar och anhöriga som gör det ekonomiskt "lönsamt" med avancerad hemsjukvård. Vidare konstateras att avancerad hemsjukvård kan förskjuta kostnader för vård och omsorg dels från landstingets sjuk(hus)vård till kommunernas hemtjänst i ordinärt boende och i vissa fall till särskilt boende, dels från den formella vården till den informella vården.

Rollen för anhöriga har förändrats från besökare på sjukhus till den som har det primära ansvaret och är vårdgivare till den svårt sjuka (döende) anhörige.

I avhandlingen är Agneta Andersson kritisk till att anhörigas insatser inte alls värderats i pengar när man gjort jämförelser avseende kostnader för den avancerade hemsjukvården med andra alternativ. Det finns ett flertal metoder för att prissätta anhörigas insatser. Flera modeller beaktar enbart värdet av förlorad produktion med avseende på betalt arbete, medan några modeller beaktar både betalt och obetalt arbete. Andersson anser att den informella vårdgivarens förlust av obetalt arbete och fritid bör prissättas i en kostnadseffektivitetsanalys, då den anhörige gör en uppgift som annars skulle ha utförts av t.ex. en sjuksköterska.

Motiven för detta är bl.a.:

- att den informella vården är en så stor del av den avancerade hemsjukvården
- att för vissa patientgrupper är det inte möjligt att organisera avancerad hemsjukvård utan tillgång/medverkan till informell vård.

Om man räknar in kostnaden för informell vård inklusive fritid så blir den två gånger så hög som kostnaden för den formella vården, utan att kostnaden för hemtjänst är inkluderad. Om man inte tar med "kostnaden" för fritid så är kostnaden för den informella vården dubbelt så hög som den för den formella vården.

Kostnaderna för den informella vården påverkas av ett antal faktorer såsom kön, ålder, boendeform och diagnos. För äldre patienter och kvinnor är kostnaderna lägre än för yngre och män. Patienter i eget hus med cancerdiagnos har höga kostnader för informell vård.

Andersson konstaterar att det är kontroversiellt att värdera anhörigas insatser i den avancerade hemsjukvården, då det gör den mindre intressant i ett ekonomiskt perspektiv. Det är dock så att många patienter och anhöriga samt den professionella vårdpersonalen är mycket nöjda med den avancerade hemsjukvården och inte vill ha sjukhusvård. Det blir dock så att om anhörigas insatser inte uppmärksammas blir de en osynlig grupp vars situation inte diskuteras på ett adekvat sätt.

Andersson pekar på behov av ytterligare forskning om hälsoekonomiska studier avseende avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering för att man ska kunna dra slutsatser om kostnader på nationell nivå. Hon pekar också på faktorer som kan komma att förändra förutsättningarna för den avancerade hemsjukvården: det ökande antalet äldre i befolkningen och ökningen av antalet ensamhushåll.

6 Enskildas önskemål

Ett huvudargument för satsningen på vård och omsorg i det ordinarie boendet var de äldres önskemål. Under åren har ett stort antal undersökningar gjorts avseende hur människor vill bo när de blir äldre. Undersökningarna, en del lokala, har genomförts med olika metoder, riktade till olika målgrupper och i olika tidskedan. Resultaten visar i de flesta undersökningar att människor i det längsta vill bo kvar i sin invanda miljö och där få den vård och omsorg som behövs.

Det finns också flera kvalitativa studier (t.ex. Tuulik-Larsson, 1994 och Socialstyrelsen 2000b) som på olika sätt berör äldres upplevelser av kvarboende med utgångspunkt i begrepp som hem, boende, bostad, hemlik, identitet, integritet, oberoende, och självbestämmande. Det som är gemensamt för många är uttalandet ”att få bo kvar så länge som möjligt”. Ett uttalande som uttrycker både hopp och oro. Den äldre hoppas att få leva och bo kvar hemma och

samtidigt finns en oro för att kanske någon gång i framtiden var tvungen att flytta till en institution/ett särskilt boende.

Konsekvenserna av kvarboendepincipen är i de allra flesta fall positiva. Att kunna bo kvar i sin invanda miljö tillsammans med nära anhöriga ger bättre livskvalitet. Möjligheten till integritet och ett självständigt liv är större än vid flyttning till en särskild boendeform. Det finns dock uppgifter om (Lund 1992) att kvarboende för personer med stora hjälpbehov inte automatiskt ger sådana förbättringar i livssituationen som den officiella målsättningen framhåller.

Ordet *hem* har en central betydelse när det gäller äldres boende, både i ordinärt och i särskilt boende. Äldre som bor i ordinärt boende har självklart ansetts ha ett "riktigt" hem. För äldre i särskilt boende har stor uppmärksamhet ägnats åt att göra det hemlikt och att minska (eller få bort) "institutionsprägel". Ädelreformen bidrog till att påskynda det arbetet. Under senare år har frågan om hem och hemlighet uppmärksamats igen mot bakgrund av utvecklingen under 1990-talet (t.ex. Bergh 2002). Man har sett tecken på att "institutionsvindar blåser in i hemmen". När de äldre får mer omfattande behov av vård och omsorg så flyttar hemtjänsten och hemsjukvården in i den enskildes hem. Som exempel nämns att vardagsrummet får bli förråd för inkontinenshjälpmedel, att en lift placeras i sovrummet och att hemtjänstens tvål och handdesinfektionssprit placeras i kök och badrum. Det finns även exempel på att relativt nya särskilda boendeformer byggts om för att bättre svara mot mer omfattande vårdbehov.

7 Situationen för anhöriga

Under senare delen av 1990-talet har situationen för anhöriga till äldre uppmärksamats i olika avseenden.

När det gäller kvarboende har de anhörigas roll och insatser lyfts fram både avseende äldreomsorg (t.ex. Lundh 1992, Socialstyrelsen 2000b, Szebehely 2000 och Orsholm 2003) och avancerad hemsjukvård (Andersson 2002). I flera av dessa studier har man kunnat se att en sammanboende anhörig är en förutsättning för att vård och omsorg ska kunna ges i det egna hemmet. Anhöriga ansvarar i många fall för uppgifter som skulle vara mycket svåra att ersätta med formella hjälpinsatser. Det kan t.ex. gälla tillsyn för personer

med demenssjukdom, en uppgift som är mycket omfattande när det gäller tidsåtgång. Det är ofta fråga om insatser dygnet runt.

I boken *Anhöringskapets uttrycksformer* (2003) beskrivs anhöriga och deras insatser ur olika utgångspunkter. När det gäller anhörigskap och kvarboende (Orsholm 2003) lyfts livsloppsperspektiv och kontinuitet fram. Att anhörigvårdaren många gånger levt tillsammans med den vårdade i hela sitt vuxna liv ger omsorgsrelationen unika kvaliteter. Den långvariga relationen är en av de drivkrafter som får anhöriga att ta på sig rollen som hjälpare/vårdare. Att bo kvar i sitt hem eller åtminstone på den plats man bott tidigare verkar vara ytterligare en förutsättning för att uppnå kontinuitet.

En annan aspekt på anhöriga och kvarboende är vad som händer om den vårdade inte kan bo kvar i det egna hemmet utan måste flytta till ett särskilt boende. Detta kan även påverka anhörigvårdarens möjligheter att bo kvar. Om hon eller han kan bo kvar kan det göra det möjligt för den hjälpbehövande att komma hem för kortare eller längre perioder. Det är dock inte säkert att den anhöriga kan bo kvar sedan maken eller maken flyttat till ett särskilt boende. Det är främst ekonomiska skäl som gör det omöjligt för den anhöriga att bo kvar. I fall av denna typ kan anhörigas insatser vara en förutsättning för *bådas* möjlighet att bo kvar, vilket förmodas driva anhöriga att göra ytterligare insatser för att den hjälpbehövande ska kunna fortsätta att bo kvar hemma (Orsholm 2003).

Den 1 januari 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att kommunen bör stödja anhöriga som vårdar närstående som är äldre, långvarigt sjuka eller har ett funktionshinder.

8 Flyttningsstudier

En fråga som är intressant när man diskuterar om behov av vård och omsorg kan och ska tillgodoses i ordinärt eller särskilt boende är om det skett några förändringar avseende de äldre som flyttar till ett särskilt boende över tid.

8.1 Flyttningsstudierna i Sundsvall

I Sundsvall har åtta studier genomförts under åren 1980–2002 av orsakerna till varför äldre människor flyttar till service och vård. I rapporten *Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002* (Socialstyrelsen 2003b) redovisas resultatet av studien år 2002 samt jämförelser med de tidigare sju studierna. Studierna har genomförts 1980, 1983, 1986, 1989, 1993, 1996, 1999 samt år 2002. Syftet med de första flyttningsstudierna i början av 1980-talet var att ge underlag för olika förändringar och förbättringar och ytterst svara på frågan om antalet platser på institution (i dag särskilt boende) utnyttjades på ett optimalt sätt. Ytterligare ett syfte med studierna har tillkommit under årens lopp: att kunna ge en bild av hur den svenska äldreomsorgen utvecklats över tid. Det gäller både att kunna redovisa förändringar och utvecklingstendenser när det gäller utvecklingen inom olika särskilda boendeformer och att få en bild av vad det är som gör att äldre människor inte kan bo kvar i sin ursprungliga bostad.

Resultatet visar att:

- Mycket få av flyttningarna till särskilt boende i Sundsvall år 2002 skulle kunna ha förhindrats eller skjutas upp. I allt större utsträckning (än tidigare) har kommunen försökt sätta in ytterligare insatser för att möjliggöra ett fortsatt kvarboende, men det har ändå inte gått längre.
- För vissa av flyttarna har samboende anhöriga svarat för merparten eller till och med hela tillsyns- och omsorgsansvaret. Dessa flyttare har i många avseenden haft större vårdbehov än de som bodde ensamma innan flyttningen. Flera av de anhöriga har av olika skäl inte vare sig velat eller orkat fortsätta och har därför tackat nej till att få (ytterligare) hjälp och avlastning från huvudmännen.
- Sedan de första studierna på 1980-talet har vårdtyngden ökat i samtliga former för särskilt boende. Den entydiga trenden mot allt större vårdtyngd har dock brutits mellan åren 1999 och 2002. Som exempel nämns att antalet flyttare som endast har mindre funktionsnedsättningar, men som gärna själva av olika skäl vill bo på servicehus, till stor del har ersatts av flyttare där ett kvarboende i den tidigare bostaden inte längre varit ett realistiskt alternativ. De boende på servicehus i Sundsvall år 1999 hade till exempel en genomsnittligt större vårdtyngd än dem

som år 1979 vårdades på sjukhem. Resultatet år 2002 visar dock att denna trend brutits. Ett annat exempel var att man tidigare försökt prioritera personer med demenssjukdom som i övrigt inte hade några större funktionsnedsättningar till gruppboende för dementa. År 1999 verkade denna strategi ha övergivits då vårdtyngden hos många av de nyinflyttade var så stor att de knappast kunde tillgodogöra sig omsorg som till viss del kräver de boendes egen aktivitet. Jämfört med år 1999 hade vårdtyngden hos de nyinflyttade vid gruppboende för dementa minskat år 2002. Författarna kan inte peka på några enkla förklaringar till detta trendbrott utan pekar på att det behövs ytterligare studier.

- Tiden från beslut om flyttning till att flyttningen sker verkar ha ökat. Det är dock fortfarande flera äldre och anhöriga som av olika anledningar inte har "hunnit med". Det är också avsevärt fler äldre och anhöriga som av olika skäl besökt boendet innan flyttningen jämfört med de tidigare studierna. Författarna lyfter fram att möjligheterna att tillsammans med den äldre och anhöriga planera en permanent flyttning är bättre för dem som skrivs ut från slutenvård till korttidsboende än för dem där beslutet fattas vid utskrivning från akutsjukhus. Slutsatsen av de senaste studierna blir att kommunens resurser i form av särskilda boenden används allt mer optimalt då det i praktiken inte har funnits några alternativa vård- och omsorgsformer för de äldre som har flyttat till särskilt boende.

8.2 En flyttningsstudie av Peter Westlund

I en annan flyttningsstudie (Westlund 2001) har man fokuserat på såväl orsaker till som motiv för att flytta till ett särskilt boende. Med orsaker avses krafter som *driver den enskilde att flytta bort* från hans eller hennes hem. Man söker svar på frågan hur det kommer sig att den enskilde inte längre kan, vill, får eller vågar bo kvar hemma alternativt inte förstår att bo, dvs. vad det innebär att inte klara ett eget boende. Att undersöka motiv för att flytta innebär att man försöker ta reda på *vilka kvaliteter i det särskilda boende som den äldre söker och vill få tillgång till*. Att den äldre inte kan bo kvar hemma kan bero på stora omvårdnadsbehov, svåra andnings- och cirkulationsproblem, besvärliga trappor och otillgängliga badrum. Att inte vilja kan avse ensamhet och isolering. Att inte våga bo kvar

hemma kan handla om risk för skador, oro och ångest – särskilt på natten. Att inte få bo kvar hemma kan handla om anhöriga som inte orkar längre, men det kan också handla om anhörigas rädsla för vad som kan hända om den äldre bor kvar hemma. Det kan även vara så att den äldre inte förstår vad det innebär att bo till följd av t.ex. en demenssjukdom. Den vanligaste orsaken till behov av särskilt boende är svårigheter i den dagliga livsföringen. Det finns ofta en eller flera utlösande faktorer till att den äldre flyttar till ett särskilt boende. Att den äldre utsätter sig själv och andra för fara och att den äldre inte förmår att kalla på hjälp vid behov är ett par exempel på sådana faktorer. Att anhöriga inte orkar eller vill hjälpa till längre och att den äldre har svårigheter att komma in och ut från bostaden är exempel på andra utlösande faktorer. De orsaker till flyttning som framkommit i denna studie har klassificerats enligt WHO:s klassifikationssystem för handikapp. Det innebär att man inte klassificerat individerna och deras egenskaper utan handikappande situationer. De fyra handikapp som framkommit är:

- förflyttningshandikapp
- orienteringshandikapp
- relationshandikapp
- omvårdnadshandikapp.

I 36 procent av de undersökta flyttningarna (93 i 10 olika kommuner) var orienteringshandikapp orsaken till flyttning och i 34 procent var omvårdnadshandikapp orsaken. Bland dem med dessa handikapp finner man mycket stora andelar som behöver hjälp som uppstår med korta och oförutsägbara intervaller. Förflyttningshandikapp var orsaken i 18 procent, varav de flesta hade bostäder som inte var anpassade efter deras behov (inklusive omoderna bostäder). Relationshandikapp var orsak i 11 procent av flyttningarna.

Gemensamt för personer med orienterings- och omvårdnadshandikapp var att de i första hand beviljades ett gruppboende. Personer med relations- och förflyttningshandikapp beviljades i första hand ålderdomshem/servicehus eller servicelägenhet. Det finns därmed en skillnad i hur man tänker sig lösningen på respektive handikapp.

Motiven till att flytta till särskilt boende var bl.a. behov av den hjälp som man får där, önskan om trygghet och närhet till personal samt behov av folk i kring sig. Det kan också handla om närhet till

service och modernare bostad. Av studien framkom också att en stor andel av flyttningarna är förbundna med oro. Av flyttarna kände 80 procent sig otrygga, 68 procent ensamma och 61 procent var nedstämda. I denna studie befann sig 65 procent på sjukhus eller i korttidsboende när flyttbesluten fattades.

9 Förutsättningar för kvarboende

Vid diskussioner om kvarboende, särskilt när det gäller möjligheten att bo kvar i det ordinära boendet oavsett omfattningen på behov av vård och omsorg men även när det gäller kvarboende i det särskilda boendet, ställs ofta frågan om vad som krävs för att detta ska fungera.

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

En annan aspekt som har uppmärksamats är vilket ansvar det offentliga har för att kunna garantera att vård och omsorg kan utföras i olika situationer. Det gäller särskilt när den äldre har så omfattande behov av vård och omsorg att hon eller han är helt beroende av att det ”fungerar”. Denna frågeställning är aktuell både i ”normala” lägen som vid särskilda händelser i samhället.

En viktig förutsättning är nödvändigheten av att medicinsk-teknisk utrustning och annan teknisk utrustning fungerar ”i alla lägen”. Det gäller naturligtvis i de situationer då den enskilde är beroende av att medicinsk-teknisk utrustning som respirator, dialysapparat och elektrisk säng. Men det kan också gälla trygghetslarmet som den äldre behöver för att kunna tillkalla hjälp i både akuta och förutsedda situationer. Om utrustningen inte fungerar kan det innebära både fara för livet och allvarliga hot mot hälsa och livssituation. Att utrustningen fungerar i det enskilda fallet beror på en mängd faktorer som t.ex.

- utrustningens konstruktion och funktion i grunden, dvs. att den motsvarar krav för användande i hemmiljö
- kunskap om hur utrustningen ska handhas hos såväl den äldre och eventuella anhöriga som hos personal

- kunskap om behov av skötsel och underhåll
- tillgång till el, då mycket av sådan utrustning är eldriven.

En annan viktig förutsättning är det offentligas ansvar för att kunna garantera att man kan tillhandahålla personal, både i omfattning och med rätt kompetens, för att tillgodose behoven av vård och omsorg hos de äldre som är helt beroende av personalens insatser för att kunna klara sin livssituation.

En tredje aspekt är förutsättningarna för personalen att ta sig till den enskildes bostad även när väder och vägslag är dåliga alternativt att "evakuera" den äldre. Den förstnämnda situationen är aktuell främst när det gäller kvarboende i det ordinära boendet, men kan även gälla yrkeskategorier som inte är stationerade i det särskilda boendet,

I skriften *Socialtjänstens beredskap för särskilda händelser* (Socialstyrelsen 2002) behandlas kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen för att de som vistas där får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunen har det yttersta ansvaret för detta oavsett om normala förhållanden gäller eller om en särskild händelse inträffat i kommunen.

Det moderna samhället är komplicerat och sårbart i många avseenden. I regeringens skrivelse *Beredskapen mot svåra påfrestningar på samhället i fred* (skr. 2000/01:52) redovisas elva områden där regeringen anser att det bör finnas en särskilt god beredskap. Händelser och störningar inom flera av dessa områden berör direkt eller indirekt socialtjänstens verksamheter. Områdena är:

- nedfall av radioaktiva ämnen
- elförsörjning
- telekommunikationer
- försörjning med vatten
- radio och TV
- översvämningar och dammbrott
- massflykt av asyl- och hjälpsökande till Sverige
- allvarlig smitta
- terrorism
- kemikalieolyckor och utsläpp av farliga ämnen till sjöss
- övergripande informationssäkerhet.

Det finns många typer av särskilda händelser som kan drabba en kommun och ställa särskilda krav på kommunens organisation och beslutsfattande. Några exempel på sådana händelser som inträffat under senare år är utrymningen av Kävlinge och Furulund i Skåne i samband med ett befarat ammoniakutsläpp våren 1996, snöovädret i Gävle i december 1998, översvämningarna i Arvika hösten 2000 och längre elavbrott i Stockholmsområdet både i mars 2001 och våren 2002.

I Socialstyrelsens skrift lyfts fram att det i varje kommun finns personer som under normala förhållanden inte är beroende av kommunens socialtjänst men som vid olika störningar blir sårbara. Det kan vara äldre personer som bor i en egen bostad och som i vanliga fall klarar sig med olika typer av hjälpmedel. När el-, vatten- och värmedistribution samt telefon, radio och TV fungerar klarar de sitt dagliga liv, men om någon eller några av dessa funktioner slås ut blir de i behov av hjälp. De kan då behöva stöd från socialtjänsten. Även personer som bor i egen bostad med stöd från hemtjänsten eller de som bor i ett särskilt boende är sårbara när en särskild händelse inträffar. Det kan medföra att det krävs större insatser från socialtjänsten än i vanliga fall.

I skriften uppmärksammas också konsekvenserna av att fler människor med olika former av funktionshinder och behov av vård och omsorg bor i det ordinära boendet. Särskilt behöver situationen uppmärksammas för människor med omfattande behov av vård och omsorg som tidigare vårdades på sjukhus eller andra institutioner. Man lyfter även fram de demografiska förändringarna med en ökande andel äldre och de krav detta ställer på planering av hur socialtjänsten ska klara sitt uppdrag när en särskild händelse inträffar. Ett exempel som nämns är hur man informerar personer med olika funktionshinder, t.ex. syn- och hörselskadade.

Referenser

Lagar och förordningar

SFS 1956:2 *Socialhjälpslag*
SFS 1980:620 *Socialtjänstlag*
SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*
SFS 1993:387 *Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade*
SFS 1993: 389 *Lag om assistansersättning*
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*

Propositioner

Regeringens proposition 1947:243 *Angående grunder för ålderdomsbemsvårdens ordnande och utbyggnad m.m.*
Regeringens proposition 1957:38 *Riktlinjer för åldringsvården*
Regeringens proposition 1964:85 *Angående åldringsvårdsfrågor m.m.*
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. Ädelpropositionen)*
Regeringens proposition 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*

Skrivelser, kommittédirektiv m.m. från regeringen och Regeringskansliet

Socialdepartementet (2000) *Personalförsörjning och kompetensfrågor inom äldreomsorg och äldreomsorg*. Rapport från Arbetsgruppen med uppgift att kartlägga personalförsörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen (S 1998:D)

Regeringens skrivelse 2000/01:52 *Beredskapen mot svåra påfrestringar på samhället i fred*

Skrifter i departementsserien

Ds 1989:27 *Ansvar för äldreomsorgen*. Rapport från Äldredelegationen

Skrifter i serien Statens Offentliga Utredningar

SOU 1984:78 *Bo på egna villkor. Om att förbättra boendet för gamla, handikappade och långvarigt sjuka*. Betänkande från arbetsgruppen för boendefrågor avseende äldre och handikappade

Övrig litteratur

Andersson, Agneta (2002) *Health economic studies on advanced home care*. Akademisk avhandling vid Institutionen för Hälsa och samhälle vid Linköpings universitet

Anell, Anders, Edebalk, Per Gunnar & Svensson, Marianne (1999) Resursfördelning och finansiering. I *2000-talets äldreomsorg och äldreomsorg. Dokumentation av Forskningsforum 1999*. Hälsa- och sjukvårdens utvecklingsinstitut. SPRI-rapport nr 491

Anhörighetskapets uttrycksformer (2003) Jeppsson Grassman, Eva (red.)

Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering. Effekter och kostnader (1999) Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Bergh, Anders (1996) Vad döljs bakom "hemlighetens vind". I *Hemmet i vården. Vården i hemmet*. Gaunt, David & Lantz, Göran (red.) Liber (Utgiven i samarbete med Ersta vårdetiska institut och Stockholms FoU-enhet)

Bergh, Anders (2002) Institutionsvindar blåser in i hemmen. I tidskriften *Äldre i Centrum* nr 1/2002

Edebalk, Per Gunnar (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – äldreomsorg och socialpolitik 1945–1965*. Meddelanden från Socialhögskolan i Lund 1990:4

- Edebalk, Per Gunnar, Persson, Ulf & Svensson, Marianne (1990) *Hemtjänstinsatser i tre kommuner*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund. IHE arbetsrapport 1990:6
- Edebalk, Per Gunnar & Persson, Ulf (1990) *Ålderdomshem eller hemmaboende? Ett räkneexempel grundat på ett samhällsekonomiskt synsätt*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund. IHE arbetsrapport 1990:1
- Edebalk, Per Gunnar (1991) *Drömmen om ålderdomshemmet – Åldringsvård och socialpolitik 1900–1952*. Meddelanden från Socialhögskolan i Lund 1991:5
- Edebalk, Per Gunnar, Lindgren, Björn, Persson, Ulf & Svensson, Marianne (1992) *Individen, vårdinsatsen och ålderdomshemmets kostnader. Resultat från en enkätundersökning i tre kommuner*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund. IHE arbetsrapport 1992:5
- Gaunt, David (1996) Hemvård istället för vårdhem. Den öppna vårdens uppkomst. I *Hemmet i vården. Vården i hemmet* (1996) Gaunt, David & Lantz, Göran (red.) Liber (Utgiven i samarbete med Ersta vårdetiska institut och Stockholms FoU-enhet)
- Hemmet i vården. Vården i hemmet* (1996) Gaunt, David & Lantz, Göran (red.) Liber (Utgiven i samarbete med Ersta vårdetiska institut och Stockholms FoU-enhet)
- Landelius, Ann-Charlotte (1996) *Självbestämmande, valfrihet och samtycke inom socialtjänsten*
- Lo-Johansson, Ivar (1949) *Ålderdom*
- Lo-Johansson, Ivar (1952) *Ålderdoms-Sverige: en stridsskrift*
- Lundh, Ulla (1992) *Vård och omsorg i eget boende på äldre dar*. Akademisk avhandling vid Institutionen för Hälsa och samhälle vid Linköpings universitet
- Orsholm, Ingrid (2003) Anhörigskapets förankring – tid och rum. I *Anhörigskapets uttrycksformer*. Jeppsson Grassman, Eva (red.)
- Paulsson, Jan (2001) Boendevalternativ för äldre; förr, nu och i framtiden. I *Åldrandets villkor*. Grimby, Agneta & Grimby, Gunnar (red.)
- Qvarsell, Roger (1991) *Vårdens idéhistoria*
- Socialstyrelsen (2000a) *Demenssjukdomarnas samhällskostnader*
- Socialstyrelsen (2000b) *Hemvårdens brytpunkter*
- Socialstyrelsen (2001a) *Kompetensförsörjning i vård och omsorg till äldre*
- Socialstyrelsen (2001b) *Äldre – vård och omsorg år 2000*. Socialtjänst 2001:3

- Socialstyrelsen (2002a) *Kompetenskrav för personal inom vård och omsorg om äldre. Rapport från ett seminarium*
- Socialstyrelsen (2002b) *Socialtjänstens beredskap för särskilda händelser. Riktlinjer*
- Socialstyrelsen (2003a) *Social tillsyn 2002. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*. Utgiven tillsammans med länsstyrelserna
- Socialstyrelsen (2003b) *Äldre som flyttar till vård och omsorg. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002*
- Sundström, Gerdt & Berg, Stig (1988) *Vad har egentligen hänt inom äldreomsorgen? Har vård i hemmet ersatt institutionsvård? Erfarenheter 1965–1985*. Institutet för Gerontologi i Jönköping. Rapport nr 69
- Svensson, Marianne, Edebalk, Per Gunnar & Persson, Ulf (1991) *Vad kostar hemtjänsten? Resultat från en enkätundersökning i tre kommuner*. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund. IHE arbetsrapport 1991:2
- Svenska Kommunförbundet (1997) *Kostnader för vård och omsorg: en förstudie*. Svenska Kommunförbundets Äldreberedning skrift B
- Szebehely, Martha (2000) *Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer*. I *Välfärd, vård och omsorg*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. SOU 2000:38
- Sörensdotter, Renita (2001) *Hemma med hemtjänst. Hemtjänsten som en förutsättning för den äldres boende i det egna hemmet*. Dalarnas forskningsråd
- Tuulik-Larsson, Hilja (1994) *Att bo kvar hemma*.
- Westlund, Peter (2001) *Särskilt boende. En flyttstudie*. Fokus Kalmar län. Fokus-rapport 2001:6
- Wimo, Anders et al. (1995) *Cost-Utility analysis of group living in dementia care*. *International Journal of technology assesment i health care* 1995; 11 (1):49–65

Vård och omsorg om äldre invandrare

Innehåll

Sammanfattning	331
1 Inledning.....	334
2 Äldre invandrare och äldre med utländsk bakgrund.....	335
3 Invandrares hälsa	337
4 Lagstiftning inom vård och omsorg.....	340
4.1 Tolk och översättning.....	340
4.2 Rätt att flytta till en annan kommun	341
5 Äldre invandrare.....	342
5.1 Material från SENIOR 2005	342
5.2 Material från riksdagen	344
5.3 Material från regeringen	345
5.4 Material från Socialstyrelsen	345
5.4.1 Anhörig 300	345
5.4.2 Försöksverksamhet med förebyggande hembesök ..	348
5.5 Material från Svenska Kommunförbundet	349
5.6 Invandrare i vård och omsorg (SOU 1997:76)	351
5.7 Forskningsrapporter m.m.	354
Litteratur.....	354

Sammanfattning

I diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) redovisar SENIOR 2005 att äldre är en heterogen grupp vars förutsättningar och livsvillkor är mycket olika. Det är inte heller möjligt att på ett enhetligt sätt beskriva situationen för äldre invandrare. Oavsett vilken definition av äldre invandrare som används kan man konstatera att det är stora skillnader mellan individer och "grupper". Dessa skillnader är i många fall inte relaterade till etnisk bakgrund utan kan förklaras av andra förhållanden. Det finns en risk med att använda "etnicitet" och "kultur" som förklaring till olika förhållanden och företeelser.

Både antalet och andelen äldre med utländsk bakgrund kommer att öka i Sverige i framtiden. Den 31 december 2002 fanns det 377 000 personer i åldern 50 år och äldre och de var födda i 180 länder. Det finns inga uppgifter om språk, religion eller etnisk tillhörighet. Det är i många fall inte möjligt att med utgångspunkt i födelseland dra någon slutsats om t.ex. språk, religion och etnisk tillhörighet. Ett exempel på detta är kurder som kan vara födda i bl.a. Turkiet, Irak eller Iran. Ett annat exempel är personer som är födda i Finland men som kan ha både svenska och finska som modersmål.

Hur livssituationen ser ut för dessa personer beror på en mängd faktorer. Kön, ålder, utbildningsbakgrund, sysselsättning och hälsa är några viktiga faktorer. Den enskildes motiv för invandringen och hur personen integrerats i det svenska samhället är några andra viktiga faktorer.

Det är alltså helt klart att det inte finns underlag för att i generella termer beskriva äldre invandrare som en "enhetlig grupp" som har en liknande livssituation och villkor inför åldrandet. Livsvillkoren för en person från Danmark eller Norge som har bott i Sverige i 50 år skiljer sig med stor sannolikhet väsentligt från en person som invandrat till Sverige från Etiopien efter pensionsåldern.

Det finns en fara med att använda begreppet "äldre invandrare". Uttrycket kan ge en bild av att de flesta har särskilda behov och att det behövs speciella lösningar för att tillgodose dessa på grund av att de är invandrare. Det är av stor vikt att frågor som berör boende, inflytande, förebyggande insatser m.m. för äldre invandrare behandlas samtidigt som de behandlas för övriga äldre och/eller för

invånare i alla åldrar. Om så inte sker finns det en risk för att t.ex. boendet ses som en vård- och omsorgsfråga.

För äldre med utländsk bakgrund som är i behov av vård och omsorg är det av mycket stor vikt att de kan kommunicera med personalen inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det är samtidigt mycket viktigt att vård- och omsorgspersonalen kan kommunicera med den äldre. I de fall den äldre inte lärt sig svenska eller på grund av sjukdom förlorat det svenska språket och återgått till modersmålet uppstår en svår situation för alla inblandade.

Det är svårt att i en generell lag reglera enskildas rätt till vård och omsorg på sitt språk för en grupp som är så heterogen. Behoven av vård och omsorg för äldre invandrare behöver lösas på lokal eller regional nivå med beaktande av det enskilda fallet. I vissa fall kan en lösning vara att kommuner och landsting samarbetar för att skapa bättre förutsättningar.

I en stor andel av landets kommuner är antalet personer i de äldre åldersgrupperna från ett visst land mycket få. För kommuner och landsting skulle det bli svårt, och i vissa fall omöjligt, att kunna garantera tvåspråkig personal i alla verksamheter vid olika tidpunkter. Det finns också en risk att språket skulle bli en så dominerande faktor att alla andra behov skulle underordnas detta. Som exempel kan nämnas att personer med demenssjukdom skulle behöva bo tillsammans med personer utan demenssjukdom bara för att de talar samma språk. Rätt till vård och omsorg på sitt språk kan också innebära mycket stora kostnader.

För att kunna tillgodose behov av vård och omsorg på den äldre invandrarens språk behöver tvåspråkighet uppmuntras och ses som en merit vid rekrytering till vård och omsorg. Det är dock av stor betydelse att personalen har tillräckliga kvalifikationer i övrigt och behärskar svenska. Det sistnämnda är viktigt

- för kontakter med myndigheter och hälso- och sjukvård m.m.
- för kontakter med anhöriga
- vid dokumentation om den enskilde samt information inom personalgruppen när t.ex. den äldre skrivs ut från sjukhus och det kommer instruktioner om läkemedel och behandling
- som gemensamt språk i en personalgrupp.

Frågan om äldre invandrades vård och omsorg berör i allra högsta grad de äldres anhöriga och deras livssituation.

Att arbeta vidare med

Som framgår av denna kunskapssammanställning om vård och omsorg för äldre invandrare så är det främst frågor som gäller språket som har dokumenterats och behandlats på nationell nivå. Många av de frågor som tagits upp när det gäller äldre invandrare har dock inte primärt att göra med vård och omsorg utan berör andra områden som t.ex. förebyggande arbete, boende och stöd till föreningsliv.

Följande fem områden som särskilt berör äldre invandrare och deras livssituation under åldrandet behöver uppmärksammas i det fortsatta arbetet:

- Språk
- Hälsa
- Diskriminering
- Behov av kulturell gemenskap
- Brist på kunskap avseende såväl äldre invandrare som vård och omsorg för äldre invandrare.

När det gäller vård och omsorg för äldre invandrare kan tre led identifieras:

- Förebyggande arbete på både individ- och gruppnivå
- Tillgång till vård och omsorg
 - både på sitt "eget" språk men också information om svensk vård och omsorg
- Utförande av vård och omsorg
 - hälso- och sjukvård
 - hemtjänst i både ordinärt boende och särskilt boende.

Arbetet med vård och omsorg för äldre invandrare bör inte begränsas till frågan om rätt till vård och omsorg på sitt eget språk. Situationen för äldre invandrare är betydligt mer komplex och arbetet behöver utgå ifrån äldres hela livssituation.

1 Inledning

Den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005 ska enligt direktiven (dir. 1998:109) i sitt arbete beakta det ökande antalet äldre med utländsk bakgrund och de konsekvenser detta kan medföra.

Frågor om vård och omsorg för äldre invandrare har diskuterats sedan slutet av 1970-talet. Utgångspunkten var att vård och omsorg erbjöds dem på samma villkor som de infödda svenskarna, men att det fanns speciella behov och önskemål som inte tillgodosågs inom vård- och omsorgsverksamheten.

Den kanske vanligaste frågeställningen som tas upp när det gäller äldre invandrare är hur kommuner och landsting ska kunna ge de äldre vård och omsorg på deras eget språk och med beaktande av deras kultur i framtiden.

När det gäller äldre invandrare och vård och omsorg behöver följande frågor ställas:

- Har äldre invandrare andra behov av vård och omsorg än svenskfödda?
- Är förutsättningarna annorlunda för att äldre invandrare ska få sina behov tillgodosedda?
- Ska det offentliga åtagandet för vård och omsorg se annorlunda ut för äldre invandrare eller för vissa grupper av äldre invandrare än för svenskfödda äldre?
- Hur långt kan enskildas anspråk på vård och omsorg på sitt språk och med beaktande av sin kulturella bakgrund sträcka sig?
- Vad behövs för att kommuner och landsting ska kunna planera för vård och omsorg till äldre invandrare?
- Vilken statistik finns det som belyser äldre invandrare och deras livssituation?
- Vilken forskning finns det om äldre invandrare och deras livssituation, och då särskilt vård och omsorg under ålderdomen?

I denna rapport redovisas material som berör äldre invandrare på olika sätt. Syftet är att ge underlag för en diskussion om vad som kan och behöver göras för att tillgodose äldre invandrares behov av vård och omsorg i framtiden.

I denna rapport behandlas följande:

- äldre invandrare och äldre med utländsk bakgrund
- invandrares hälsa
- lagstiftning avseende tolk och rätt att flytta till en annan kommun
- material från riksdag, regering, statliga myndigheter och forskning.

2 Äldre invandrare och äldre med utländsk bakgrund

En fråga som bör ställas inledningsvis är: vad menas med personer med utländsk bakgrund och äldre invandrare?

Vilka som betraktas som invandrare eller personer med utländsk bakgrund är en definitionsfråga. I juridiska och statistiska sammanhang avser det personer som är utländska medborgare. Ett annat sätt att beskriva invandrare eller personer med utländsk bakgrund är att utgå från personer som är utrikes födda, men som erhållit svenskt medborgarskap. En tredje definition avser barn födda i Sverige, med svenskt eller utländskt medborgarskap, där en eller båda föräldrarna invandrat.

Statens Invandrarverk fastställde år 1996 riktlinjer för hur personer med utländsk bakgrund ska redovisas i statistiken. Redovisningen kan ske efter födelseland, medborgarskapsland eller avse personer som är födda i Sverige, men vars båda föräldrar är födda utomlands. I vissa sammanhang räknar man även in personer som har utländsk anknytning genom att en förälder är född utomlands.

I detta avsnitt används *äldre invandrare* i betydelsen *personer födda utomlands, oavsett medborgarskap, vilka under en längre tid bott i Sverige och åldrats här eller personer som under den senare delen av sitt liv invandrat till Sverige*.

Det som är gemensamt för *invandrare* är att de invandrat till Sverige någon gång under livet. Invandrarna kan delas in i tre kategorier (Torres 2002), som beskriver det som är gemensamt för dem och hur dessa minsta gemensamma nämnare underlättar eller försvårar deras integration. De tre kategorierna är:

- arbetskraftsinvandring
- flyktinginvandring
- anhöriginvandring.

Den första kategorin utgörs huvudsakligen av personer som kom till Sverige som unga och som har åldrats här som invandrare. Många har bildat familj i Sverige och deltagit i arbetslivet och är i många avseenden integrerade i det svenska samhället. I kategorin flyktingar finns det äldre personer som invandrat i övre medelåldern eller senare. I kategorin anhöriginvandrare ingår personer som invandrat till Sverige för att gifta sig eller leva tillsammans med någon som redan är bosatt här. Bland dessa finns de som invandrat sent i livet, i många fall äldre som kommit för att återförenas med sina vuxna barn som nu är etablerade i Sverige.

Precis som i andra sammanhang kan diskuteras vad som menas med äldre invandrare. Ofta används 65-årsgränsen i Sverige. Svenska etnologer (Torres 2002) har hävdad att denna gräns är problematisk, eftersom man i vissa länder utanför västvärlden och där pensionssystem saknas, anser att ålderdomen börjar tidigare. Då många invandrare som kommit "sent i livet" kommer från sådana länder har det föreslagits att åldersgränsen i dessa fall skulle sänkas till 55 år.

När det gäller invandrare som kommit sent i livet påverkas deras situation i Sverige av bakgrundsfaktorer som kön, tidigare sysselsättning, yrke, utbildningsnivå och socialgruppstillhörighet. En annan viktig faktor är skillnaden mellan det samhälle den äldre kommer ifrån och Sverige. I en rapport från Socialstyrelsen och Statens invandrarverket (1991) uttrycktes det enligt följande:

För de invandrare som kommer från andra västerländska industrisamhällen, framför allt de nordiska, blir mötet med det nya landet inte lika abrupt som det kan bli för den som kommer från mer agrara eller mer traditionella samhällen. För dessa kan mötet med det nya landet och dess annorlunda värdemönster, levnadssätt och främmande språk bli en chockartad upplevelse.

(Socialstyrelsen och Statens invandrarverk 1991)

Det finns inga rapporter avseende socioekonomisk bakgrund för de äldre som invandrat sent i livet. De studier som gjorts har varit små kvalitativa undersökningar avseende människor från en specifik ursprungskultur. Vissa studier (Torres 2002) visar att det bland äldre som invandrat sent i livet från Mellanöstern och f. d. Jugoslavien är vanligt med analfabetism, relativt låg utbildningsnivå och att den övervägande delen kvinnor aldrig har arbetat utanför hemmet.

I vissa sammanhang när uttrycken ”äldre invandrare” eller ”äldre personer med utländsk bakgrund” används syftar man på personer med samma trosuppfattning, t.ex. katoliker, muslimer och judar och i andra sammanhang på personer från en viss etniskt minoritet, t.ex. kurder eller assyrier.

Utrikes födda

Den 31 december 2002 fanns det 377 000 personer i åldern 50 år och äldre bosatta i Sverige som var födda i ett annat land. Dessa personer var födda i 180 länder, vilket säger något om svårigheterna att beskriva invandrare och äldre invandrare som enhetliga grupper. Den största gruppen var personer födda i Finland. Andra stora grupper kom från Tyskland, Norge, Jugoslavien och Danmark.

Andelen kvinnor och män varierar kraftigt mellan de olika grupperna, från 68 procent kvinnor bland personer födda i Polen till 38 procent bland personer födda i Grekland och Storbritannien. Relativt många utrikes födda i högre åldrar bor i kommuner med ett mycket litet antal personer i samma åldersgrupp och från samma land. I 25 procent av landets kommuner bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Bosnien-Hercegovina. I 23 procent av kommunerna bodde det 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Turkiet och i 38 procent av kommunerna 1–4 personer i åldern 65–79 år födda i Ryssland.

I beredningens slutbetänkande *Äldrepolitik för framtiden* (2003:91) redovisas ytterligare fakta om utrikes födda.

Material om äldre finsktalande behandlas i denna bilagedel även i rapporten *Vård och omsorg för äldre tillhörande de nationella minoriteterna*.

3 Invandrares hälsa

Hälsa och funktionsförmåga är avgörande faktorer för människors livskvalitet och behov av vård och omsorg. Det finns studier som visar att utrikes födda i många avseenden har en sämre hälsa än den svenskfödda befolkningen.

Statens folkhälsoinstitut presenterade år 2002 rapporten *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Syftet med studien har varit att få en bild av hur olika

invandrargrupperns hälsa/ohälsa ser ut i jämförelse med varandra och i jämförelse med den svenskfödda befolkningen. Tyngdpunkten i studien ligger på de största folksjukdomarna: hjärt- och kärlsjukdomar, cancer samt psykisk ohälsa. Dessutom har arbetsrelaterad hälsa och levnadsvanor studerats.

I studien har man delat upp ”gruppen” utrikes födda i tolv mindre och mer homogena grupper för att så långt möjligt undvika generaliseringar. De tolv grupperna är invandrare från:

1. OECD-länder (inklusive USA, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Japan och Västeuropa)
2. Finland
3. Sydeuropa (Portugal, Spanien, Italien, Cypern, Grekland och f.d. Jugoslavien)
4. Polen
5. Bosnien
6. Turkiet
7. Iran
8. Latinamerika (Chile är det största landet)
9. Irak och arabisktalande länder
10. Asien
11. Östeuropa (inklusive f.d. Sovjetunionen)
12. Afrika utom Nordafrika

Resultaten visar att det finns stora skillnader i hälsa både mellan olika etniska grupper och mellan svenskfödda och vissa etniska grupper. Flera av de stora invandrargrupperna har en markant ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar samt en större psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda. Det är också så att det är samma invandrargrupper som är utsatta i samtliga studerade områden. Samtidigt konstaterar man att situationen ser helt annorlunda ut för andra invandrargrupper; några har överlag samma hälsotillstånd som svenskfödda medan andra i vissa fall har en bättre hälsa jämfört med både andra etniska grupper och med svenskfödda.

I rapporten pekar man på att det är anmärkningsvärt att flera stora invandrargrupper har betydligt högre risk för att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar och för psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda. De människor som flyttar från sitt hemland till en annan del av världen är oftast friskare än de som stannar kvar.

Invandarmän från Finland, Bosnien, Turkiet samt Östeuropa löper 8–36 procents högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar

än svenskfödda. Iranska, afrikanska och latinamerikanska invandrar­män har däremot 17–37 procents lägre risk än svenskfödda. Under det senaste decenniet har det skett en kraftig minskning av insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar bland svenskfödda, en minskning som inte har observerats bland utlandsfödda.

Kvinnor födda i Turkiet, Afrika, Bosnien, Asien, Irak, Chile och Iran bibehåller sin låga risk för bröstcancer i Sverige, medan kvinnor från Polen, Östeuropa och Sydeuropa uppvisar en högre risk sedan de flyttat till Sverige. För invandrarkvinnor från Finland och andra OECD-länder är risken lika stor att insjukna i bröstcancer som för svenskfödda kvinnor.

Risken för prostatacancer är lägre för samtliga invandrar­män oavsett födelseland, jämfört med svenskfödda.

När det gäller psykisk ohälsa tyder nästan alla redovisade indikatorer på att många invandrar­grupper har mycket sämre psykisk hälsa än svenskfödda. De indikatorer som studerats är: vård på psykiatrisk avdelning, insjuknande i schizofreni, andra psykoser och förstämningssyndrom, alkoholberoende samt självmordsförsök och självmord. Speciellt dålig psykisk hälsa redovisas bland finska invandrare, den största invandrar­gruppen i Sverige.

När det gäller psykisk ohälsa finns det skäl att ta upp posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). PTSD kan uppstå efter svåra traumatiska eller livshotande upplevelser i samband med olyckor, fysiska och sexuella övergrepp, naturkatastrofer eller krig. Enligt rapporten finns det två svenska studier som beskriver hur utsatthet för tortyr kan ge upphov till PTSD. Den ena studien visade att var fjärde flykting från Latinamerika hade utsatts för tortyr. I den andra, bestående av ett urval av 120 bosniska kvinnor som har varit i exil i Sverige i 2–4 år, visade cirka 28 procent symtom på PTSD. Ingen av de svenska kontrollpersonerna visade symtom på PTSD.

Det finns också stora skillnader när det gäller levnadsvanor. I de flesta invandrar­grupper är andelen rökare större än bland svenskfödda. Andelen rökare bland invandrar­män är mycket större än bland svenskfödda män. Skillnaderna är väsentligt mindre mellan invandrarkvinnor och svenskfödda kvinnor. Det är bara invandrarkvinnor från Polen och Finland som har en högre andel daglig­rökare, medan andelen invandrarkvinnor från Iran som röker dagligen är mycket låg.

Förklaringen till de hälsoskillnader som man redovisat är ett komplicerat samspel mellan olika faktorer på individ- och grupp­nivå samt samhällsfaktorer både i hemlandet och i Sverige. Som

exempel ges låg social status, stor arbetslöshet, och olika levnadsvanor som rökning och fysisk inaktivitet. Det innebär att många av de faktorer som spelar en avgörande roll för invandrares hälsa är påverkbara.

4 Lagstiftning inom vård och omsorg

Förutsättningarna för den enskilde att få hälso- och sjukvård och socialtjänst inklusive äldreomsorg på sitt språk regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001: 453) och förvaltningslagen (1986:223).

Vid handläggning av ärenden inom socialtjänsten och vid t.ex. besök inom hälso- och sjukvården förutsätts myndigheterna och verksamheten använda sig av tolk och översättare. Däremot har den enskilde inte rätt till hälso- och sjukvård eller äldreomsorg på sitt språk. (Jämför Vård och omsorg för äldre tillhörande de nationella minoriteterna, avsnitt 3.2, i denna bilagedel)

Både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på att den enskilde får information i det aktuella ärendet eller situationen, att beslut inte kan fattas utan att den enskilde fått begriplig information och att han eller hon kan samtycka till beslutet.

4.1 Tolk och översättning

Enligt förvaltningslagens 8 § bör en myndighet som har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad vid behov anlita tolk.

Bestämmelserna om tolk ska tillämpas när det gäller handläggning av ärenden som gäller en enskild hos en myndighet. Det innebär att paragrafen inte omfattar s.k. *faktiskt handlande*. Ett par exempel på faktiskt handlande är praktiska åtgärder inom hälso- och sjukvården samt omsorgs- och serviceinsatser inom äldreomsorgen. Detta i motsats till handläggning av ett ärende enligt dessa lagstiftningar, t.ex. beslut om hemtjänst enligt socialtjänstlagen eller beslut om tvångsvård inom psykiatrin enligt lagen om sluten psykiatrisk vård.

Enligt paragrafen föreligger inte någon uttrycklig skyldighet att använda tolk. Bestämmelsen har i stället utformats som en rekommendation till myndigheterna att vid behov anlita tolk. Om det

finns behov av tolk och en sådan finns att tillgå ska myndigheten tillkalla en sådan. Det ska ske en prövning i det enskilda fallet om det finns behov av tolkhjälp.

Bestämmelserna om tolk avser både muntliga kontakter och skriftliga kontakter. Det sistnämnda avser när handlingar kommer in till en myndighet på främmande språk eller när en myndighet ska meddela sig skriftligen med någon som inte behärskar det svenska språket.

Förvaltningslagen innehåller inga regler om vilka kvalifikationer som ska ställas på den som anlitas som tolk vid en myndighet. Det är myndigheten som har att undersöka om en person är lämplig för uppdraget som tolk i det enskilda fallet. Vid denna bedömning måste stor hänsyn tas till ärendets innehåll och ärendets betydelse för den enskilde och det allmänna. I första hand förutsätts dock myndigheterna anlita av Kommerskollegium godkända tolkar och auktoriserade översättare.

4.2 Rätt att flytta till en annan kommun

Kommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att tillgodose behoven hos dem som vistas i kommunen. Det finns två undantag från vistelsekommunens ansvar.

Det första avser en situation där kommunen inte kan tillgodose en persons behov av vård och omsorg inom den egna kommunen utan fattar beslut om placering av den enskilde i en annan kommun. Det kan gälla vistelse i familjehem, hem för vård och boende eller en särskild boendeform. I dessa fall är det placeringskommunen som är ansvarig för både den aktuella biståndsinsatsen och det som den enskilde kan komma att behöva under vistelsen samt kostnaderna för dessa insatser.

Denna regel har tillämpats när det gäller äldre personer och hänsyn till religiös och etnisk tillhörighet. Socialstyrelsen har refererat en regeringsrättsdom där Regeringsrätten fann att sökanden (en kvinna av judisk härkomst) hade rätt till bistånd för kostnader för boende på ett judiskt hem (Socialstyrelsen 1984). Av domen framgick att den enskildes etniska och religiösa tillhörighet är en viktig del av den sociala helhetsbedömningen i samband med ansökan om bistånd.

Det andra är det tillägg som år 1998 gjordes i socialtjänstlagen (2 kap. 3 §) som innebär att äldre personer som har ett varaktigt

behov av omfattande vård och omsorgsinsatser kan ansöka om plats i särskilt boende i en annan kommun på samma villkor som de äldre som är bosatta i kommunen. Det innebär att en äldre invandrare kan ansöka om att få flytta till ett särskilt boende i en annan kommun där äldreomsorg tillhandahålls på ett visst språk och/eller med en viss religiös eller kulturell inriktning. Om en person beviljats bistånd av inflyttningkommunen blir den nya kommunen ansvarig för kostnaderna.

5 Äldre invandrare

5.1 Material från SENIOR 2005

I diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) tas begreppet etnicitet upp.

SENIOR 2005 konstaterade att:

Begreppen "eticitet" och "kultur" inte ensamma kunde förklara invandras erfarenheter, nuvarande livssituation och framtidsvyer. Tvärtom kan de lätt skymma betydelsen av bl.a. socialt utanförskap och ekonomiska omständigheter. I stället för att beskriva etniska grupper som väl avgränsade enheter behövs en öppenhet för att alla människor – oavsett ålder – är kulturellt föränderliga. Samtidigt behöver hierarkier, även etniska, uppmärksammas när det gäller bl.a. boende, inkomst, möjligheter på arbetsmarknaden och individernas handlingsutrymme att forma sitt liv.

(SOU 2002:29, s. 87)

I beredningens slutbetänkande *Äldrepolitik för framtiden* (2003:91) redovisas ytterligare fakta om utrikes födda.

I samband med diskussionsbetänkandet publicerades rapporten *Inför pensioneringen. En intervjustudie med immigranter* (bilagedel A till SOU 2002:29) av Helena Akaoma och Magnus Öhlander vid Mångkulturellt Centrum i Tumba som har utförts på uppdrag av SENIOR 2005.

Vid remissbehandlingen av diskussionsbetänkandet instämde SIOS (*Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige*) till fullo i bedömningen att begreppen kultur och etnicitet inte ensamma kan beskriva och förklara immigranternas erfarenheter, nuvarande livssituation och framtidsvyer. Det finns en tendens att kulturisera immigranternas erfarenheter och livsvillkor. Det är viktigt att man särskiljer det sociala och ekonomiska utanförskapet ifrån vissa

kulturella storheter. Sambanden är inte enkelriktade utan går ibland i båda riktningarna. Olika strukturer i samhället tar inte upp de etniska minoriteternas fråga. Pensionärsråd och pensionärskommittén är exempel på sådana strukturer. Politik som drivs i dessa organ tar inte upp de uteslutnas intresse och önskemål. Därigenom genereras de mekanismer som förstärker utanförskapet. Staten och kommunerna ska ge långsiktiga förutsättningar för frivilligorganisationernas medverkan.

Vid beredningens hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre i januari och februari 2003 framkom flera synpunkter som berör äldre invandrare och personer med en viss religion.

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. SIOS pekar på behovet av att statistiken om de etniska minoriteterna behöver utvecklas så att det går att få information om t.ex. språk.

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.

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.

5.2 Material från riksdagen

Vid riksdagsbehandlingen våren 2000 av motionsyrkanden om äldrepolitiken från den allmänna motionstiden år 1999 gjordes ett tillkännagivande till regeringen avseende äldre invandrare (rskr. 1999/2000:160).

Ett enigt socialutskott (bet. 1999/2000:SoU8) föreslog med anledning av en motion från folkpartiet (mot. 1999/2000:So323) ett tillkännagivande avseende omsorg och vård för äldre invandrare. Utskottet konstaterade att det fanns starka skäl att följa utvecklingen på området och att regeringen därför borde återkomma till riksdagen med förslag om åtgärder.

I motionen redovisades att det idag fanns omkring 110 000 äldre i Sverige som är födda i andra länder. Dessa var underrepresenterade bland dem som har hemtjänst och som bor i särskilda boendeformer. För dessa kan det ibland vara nödvändigt med särskilda lösningar, t.ex. särskilt boende tillsammans med andra som talar samma språk eller viss uppsökande verksamhet för att utröna om det finns dolda behov.

I socialutskottets betänkande *Äldrepolitik* (bet. 1999/2000:SoU8, s. 45) redovisas att utskottet tidigare behandlat en motion med likartat innehåll och då anfört följande:

Av de nationella målen för äldrepolitiken framgår att äldre ska kunna leva ett oberoende liv. Även om de äldre blir helt beroende av äldreomsorgens och sjukvårdens insatser skall de ges möjligheter att påverka sitt liv och sin vardag. Utskottet betonade under riksdagsbehandlingen att Sveriges alltmer mångkulturella karaktär reser nya krav på att utforma äldreomsorgen med hänsyn till människors olika språk och ursprung.

(bet. 1998/99:SoU7, s. 42)

I samma betänkande refereras utskottets uttalande till konstitutionsutskottet, 1999/2000:SoU3y, med anledning av propositionen *Nationella minoriteter i Sverige* (prop. 1998/99:143). Utskottet anförde följande:

Utskottet delar inställningen i motionerna om vikten av att de äldre som så önskar bör erbjudas vård och omsorg av personal som talar deras modersmål. Äldre är oftast de starkaste språkbärarna och även bärare av kultur och traditioner. Inom äldreomsorgen har det vidare visat sig att äldre kan förlora kunskaperna i det sist inlärd språket men behålla kunskaperna i det först inlärd språket. Detta talar för att äldreomsorgen i möjligaste mån bör erbjudas på de äldres modersmål.

Kommunerna skall kunna erbjuda alla medborgare god äldrevård. Detta kan i vissa fall innebära att vården – för att den skall nå önskat resultat – bör ske på det modersmål som individen i fråga talar. Det finns dock vissa svårigheter med att erbjuda alla äldre som så önskar vård på deras modersmål. Dels saknas det ofta tvåspråkig personal, dels kan det innebära stora kostnader.

(bet. 1999/2000:SoU3y, s. 6)

5.3 Material från regeringen

I regeringens skrivelse *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för Äldrepolitiken* (skr. 2002/03:30) till riksdagen anföras bl.a. följande under rubriken Integration:

Integrationspolitiken innebär att utformningen av den generella politiken skall utgå från alla människor som bor i Sverige, oavsett etnisk och kulturell bakgrund. Integrationspolitiska mål och synsätt skall införlivas inom alla samhällsområden. Äldre invandrares behov skall, precis som äldre svenskers, beaktas inom ramen för den generella politiken.

(skr. 2002/03:30, s. 77)

Regeringens bedömning är att äldre invandrare i så stor utsträckning som möjligt bör erbjudas äldreomsorg på det egna språket. Det är särskilt angeläget när det gäller äldre invandrare som behöver omfattande omsorg i hemmet eller särskilt boende. Anställning av anhöriga kan vara en uppskattad form av hjälp i de fall den äldre är fullständigt beroende av en annan person för att kommunicera med omgivningen.

5.4 Material från Socialstyrelsen

Se rapporten *Vård och omsorg för äldre tillhörande de nationella minoriteterna*, avsnitt 4.3.1, i denna bilagedel när det gäller äldreomsorg för finsktalande.

5.4.1 Anhörig 300

Inom ramen för Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken anslogs 300 miljoner kronor under åren 1999–2002 för att kommunerna i samverkan med anhöriga och frivilligorganisationer

skulle genomföra insatser riktade till anhöriga och andra närstående till äldre, funktionshindrade eller långvarigt sjuka. Inriktningen på arbetet skulle vara att åstadkomma en varaktig kvalitetshöjning i det stöd som kommunerna erbjuder anhöriga och närstående.

Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att bl.a. följa upp, utvärdera och sprida kunskap om bidragets effekt. Hösten 2002 lämnade Socialstyrelsen rapporten *Anhörig 300 – Slutrapport* (Socialstyrelsen 2002) till regeringen.

Av rapporten framgår att cirka 10 procent av kommunerna har riktat stödet specifikt till anhöriga till vårdbehövande invandrare. Det avsåg då vårdbehövande invandrare i alla åldersgrupper, även om äldre var mest förekommande. De vanligaste insatserna var information och utbildning. Anställning av anhängvårdare och kontantbidrag/hemvårdsbidrag har också förekommit. Information om stöd till anhöriga finns sällan på andra språk än svenska. I 23 kommuner har man svarat att man har översatt sådan information till olika språk.

Utöver arbetet i landets samtliga kommuner har Socialstyrelsen initierat ett trettiotal projekt med speciell inriktning. Projekten har främst syftat till att få ny eller fördjupad kunskap om anhörigas situation och hur deras behov av stöd ska bedömas och tillgodoses.

Tre studier har genomförts för att belysa hur äldre invandrare och deras anhöriga uppfattar sin situation. Kort kan resultaten från studierna sammanfattas enligt följande:

- 1) I en studie i Hallstahammar har alla bosnier över 60 år och deras barn, svärdöttrar och svärsöner i trakten intervjuats, sammanlagt 71 personer. Det vanligaste är att de anhöriga hjälper två äldre släktingar. Ungefär 10 procent av de anhöriga hjälper till 5–15 timmar per vecka och ytterligare 10 procent hjälper äldre släktingar minst 15 timmar per vecka. Kontakterna med den offentliga äldreomsorgen hade sällan upplevts som tillfredsställande. Även om de flesta anhöriga ansåg att det i huvudsak var deras ansvar att ta hand om de äldre så ville de ändå att det skulle finnas en bra och fungerande äldreomsorg i kommunen som de kunde ha möjlighet att ta del av. Flera hade dock tackat nej till den offentliga äldreomsorgen eftersom den inte uppfattats som anpassad till den äldres specifika behov, främst när det gällde möjligheten att få hjälp på det egna språket. Kommunikationen mellan olika instanser inom socialtjänsten var ofta bristfällig eller hade inte haft avsedd verkan.

- 2) Studien beskriver 47 äldre iranska invandrare och deras anhöriga i förhållande till vård och omsorg. Resultatet visar att äldre iranier helst vill få hjälp av sina anhöriga, framför allt av egna barn. De är dock medvetna om att deras förväntningar, som har sin grund i "kulturen" i Iran, inte passar in i de nya omständigheter som de möter i Sverige. De äldres inställning till anhängvård som bästa alternativ stämmer väl överens med vad deras barn som deltog i studien svarade. Barnen inser dock, trots sina kulturella föreställningar och värderingar om att man ska ta hand om sina äldre föräldrar, att anhängvårdsansvaret är krävande för dem och de efterlyser andra lämpliga alternativ för omhändertagande av föräldrarna när de blivit gamla.
- 3) Den tredje studien (Forsell 2000) är en kvalitativ intervjustudie avseende sju anhöriga till elva äldre som invandrat från olika utomeuropeiska länder under 1990-talet och som inte hade offentlig äldreomsorg.

Hjälps-, vård- och omsorgsbehoven hos de äldre i studien var av varierande art och omfattning, men i många fall betydande. De anhöriga förklarade primärt sina, ofta omfattande, hjälpinsatser med den närståendes höga ålder och behov av tolk-hjälps.

Både män och kvinnor gav hjälpinsatser. Både män och kvinnor gjorde praktiska insatser (inklusive biltransporter, kontakter med myndigheter, tolkning vid läkarbesök och hushållssysslor). Kvinnor gav dessutom personlig omvårdnad. Samtliga anhöriga som gav omsorgsinsatser tillhörde en yngre generation än den äldre. Detta gällde även om det fanns make/maka. Det var vanligt att man hjälpte fler än en äldre närstående.

De anhörigas bedömning av de äldre varierade, men det var ingen som förväntade sig att den äldre skulle kunna klara sig på egen hand. De äldre hade behov av skiftande slag, och flera var i fysiskt dålig kondition. Det fanns anhöriga som bestämt hävdade att den äldre inte på något sätt var sjuk eller funktionshindrad samtidigt som det fanns uppgifter om motsatsen. Det fanns också äldre vilkas hjälpbehov nästan enbart var relaterat till svårigheter att ta sig fram på ett främmande språk i ett nytt land. Vid sidan av språket lyftes de äldres höga ålder fram som det främsta skälet till att de behövde hjälp och omsorg från sina

anhöriga. Andra bedömde den äldre som fullständigt hjälplös trots att det enda hindret som framkom var språksvårigheter.

De anhöriga som hade erfarenheter av offentlig äldreomsorg var kritiska. De upplevde inte den som så flexibel, tillgänglig och respektfullt utformad som den idealt ska vara. Dessa anhöriga hade genomgående relativt negativa erfarenheter av sina kontakter med den offentliga äldreomsorgen medan de ofta hade positiva erfarenheter av sjukvården.

Det framkommer att brist på information och kunskap om äldreomsorgen kan vara en förklaring till att anhöriga hjälper sina äldre utan att efterfråga äldreomsorg. Ett fall redovisas där de anhöriga inte trodde att deras äldre skulle ha rätt till äldreomsorg eftersom de själva tog emot socialbidrag.

Av de anhöriga var det flera som lyfte fram att äldre svenskfödda inte bodde tillsammans med sina anhöriga och togs om hand av dem. Det uppfattade de anhöriga som svenskars generellt bristande omtanke om sina äldre. Detta påverkade deras ofta negativa uppfattning om den svenska äldreomsorgen – även när de inte hade egna erfarenheter av den.

5.4.2 Försöksverksamhet med förebyggande hembesök

Inom ramen för Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken bedrevs 21 försöksverksamheter med uppsökande verksamhet under åren 1999–2001.

Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att leda försöksverksamheterna samt följa upp resultaten. I december 2002 överlämnade Socialstyrelsen (2002b) slutrapporten *Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre* till regeringen.

Av rapporten framgår att två av försöksverksamheterna, Rinkeby i Stockholm och Gottsunda i Uppsala, särskilt har riktat hembesöken till utomnordiska invandrare. I både Rinkeby och Gottsunda är erfarenheten att äldre födda utomlands generellt har sämre hälsa än äldre födda i Sverige.

Det som var gemensamt för samtliga projekt var att man erbjöd äldre, ibland i en viss åldersgrupp, hembesök av personal med både social och medicinsk kompetens. I genomsnitt tackade 75 procent av de inbjudna i de 21 försöksverksamheterna ja till att delta. I Rinkeby och Gottsunda tackade en mycket stor del av de inbjudna

nej, trots att mycket arbete lades ner på att "värva" deltagare. Hembesöken genomfördes med personal som talade den äldres språk eller med tolk.

I Rinkeby visade det sig att hälften av deltagarna inte kunde kommunicera på svenska. En relativt stor andel av de utlandsfödda kunde inte heller läsa eller skriva. Detta påverkade självklart möjligheterna att ta del av den vanliga informationen om hur samhället fungerar.

Erfarenheten från Rinkeby är att de utlandsfödda äldre väntar mycket länge med att söka hjälp. Under tiden förvärras problemen, samtidigt som oro och ångest ökar. Man har sett att de utlandsfödda äldre ofta har stora hjälpbehov när de kommer i kontakt med vård och omsorg.

I Rinkeby bedöms förebyggande hembesök som en väl fungerande modell för att påverka hälsa och välbefinnande bland äldre födda utomlands. I Gottsunda är man mer tveksam. Där anser man inte att man genom de förebyggande hembesöken har lyckats tillgodose de stora behov som finns hos dem som inte talar svenska. Där vill man hellre satsa på gruppaktiviteter som leds av yngre landsmän och som ger stöd och social samvaro baserad på en gemensam kulturbakgrund.

5.5 Material från Svenska Kommunförbundet

I slutrapporten *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet* från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning (1999) tas det ökande antalet äldre med invandrarbakgrund upp särskilt inom ramen för några generella områden. Ett sådant är att samhällets stöd bör ha sin utgångspunkt i människors eget ansvar, sociala nätverk och egenvård. När det gäller de sociala nätverken måste samhällets åtgärder ha sin utgångspunkt i en förståelse för hur nätverken mellan människor ser ut i kommunen, vilka möjligheter som finns att stärka dem, vilka hoten är mot deras utveckling och vad som bör göras för att stödja dem. Ett annat område är stödet till närstående. Arbetssättet bör förskjutas från myndighetsorientering till individ- och relationsfokusering, från att ta utgångspunkten i de offentliga åtgärdssystemen till att förstå och bearbeta relationer mellan närstående vårdare och den äldre människan. Enligt Äldreberedningen är det viktigt inte minst för att kunna anpassa stödet till äldre med invandrarbakgrund.

Insatser för personer med utländsk bakgrund och nationella minoriteter

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

I 115 kommuner tillhandahöll man personal som talade den äldres hemspråk och 99 kommuner hade personal med kulturkompetens. I 104 kommuner fanns möjlighet att få särskild kost lagad/levererad och i 22 kommuner fanns aktiviteter anpassade till personer med utländsk bakgrund.

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

Tabell 1. Antal kommuner med verksamheter speciellt avsedda eller anpassade för olika grupper med utländsk bakgrund och nationella minoriteter

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

Källa: Svenska Kommunförbundet 2002.

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

5.6 Invandrare i vård och omsorg (SOU 1997:76)

Utredningen om bemötande av äldre behandlade invandrare i vård och omsorg i en särskild rapport *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:76). I rapporten redovisas att åren 1995–1996 var ”äldre invandrare” underrepresenterade både bland dem som hade hemtjänst och dem som bodde i särskilda boendeformer i Halmstad, Göteborg och Stockholm. I vilken utsträckning personer fick sådana insatser varierade dock med hans eller hennes hemland. Äldre som kom från Norden och andra länder i Sveriges närhet (Tyskland, Polen och Estland) hade hemtjänst och nyttjade den offentliga vården och omsorgen i samma omfattning som genomsnittet av äldre. För personer som kommer från utomeuropeiska länder var siffrorna klart lägre, med undantag för personer från Chile. Skillnaderna var störst vad det gällde särskilt boende jämfört med hemtjänst i ordinärt boende.

Utländska studier visar också att äldre invandrare och äldre som tillhör minoritetsgrupper ofta är underrepresenterade bland mottagare av formell vård och omsorg (både offentlig och privat). Orsakerna till att färre äldre från etniska minoriteter har formell omsorg är omtvistade. Ofta framhävs att äldre från dessa grupper får vård och omsorg av sina anhöriga och oftare bor i flergenerationshushåll. En alternativ tolkning är att äldre personer i dessa grupper i USA är friskare än genomsnittet av amerikanska pensionärer därför att så många i deras födelsekohort har dött tidigare i livet och bara de friskaste överlevt till hög ålder. Det finns även andra hypoteser. En är att äldre invandrare riskerar att bli dubbelt diskriminerande därför att de ansvariga för landets vård och omsorg vägrar ta hänsyn till kulturell olikhet. I Storbritannien har man funnit att äldre från minoriteter vänder sig till verksamheter som frivilliga organisationer byggt upp vid sidan om den offentliga omsorgen.

I början av 1990-talet genomfördes en större vetenskaplig studie i Storbritannien angående bemötande och äldre med annan kulturell bakgrund än brittisk. Syftet med undersökningen var att se om några av de större minoriteterna önskade separat vård och omsorg eller några särskilda hänsynstaganden vad gäller t.ex. mat, personalens kön, språk, miljö. Resultaten visade att önskemål om separata vård- och omsorgsformer varierande mellan olika grupper. Det fanns de som ville ha helt egna vård- och omsorgsformer medan andra inte ansåg att deras vård och omsorg skulle vara

annorlunda än den vanliga brittiska. En av frågorna som ställdes i undersökningen var: "Ska den allmänna servicen tilldelas alla åldringar, oavsett deras bakgrund, eller ska myndigheterna ta speciell hänsyn till deras etniska bakgrund?" De flesta av de tillfrågade tyckte inte att de skulle behandlas på "ett speciellt sätt". De ansåg att alla människor borde behandlas som "individer". Med ett individuellt bemötande behövdes inga diskussioner om personalen skulle ägna olika grupper speciell uppmärksamhet. Svaren från andra gick i motsatt riktning. Dess representanter ville bli behandlade på ett särskilt sätt och tonade ner individualiteten.

Erfarenheterna från den brittiska undersökningen visar att gruppen äldre som tillhör minoriteter är heterogen. En del äldre vill helst bli bemötta och behandlade på ett särskilt sätt och ser detta som en positiv gest mot deras kulturella särart. Andra grupper vill absolut inte behandlas annorlunda än alla andra och tolkar sådana förslag som diskriminering.

I rapporten konstateras att:

Ovan redovisade skillnader mellan de olika gruppernas önskemål om utformning av vård och omsorg illustrerar några kärnfrågor om hur etnisk mångfald byggs upp. Traditionellt medborgarskap baseras på individer som behandlas jämlikt och rättvist. Etniskt organiserad mångfald handlar om grupper, inte individer. Rättvisa och jämlikhet förvandlas då till värden som individen kan få del av genom att han/hon accepterar att behandlas som medlem i och representant för "sin" grupp. Men grupperna kan ha olika ambitioner vad gäller att ha tillgång till vård och omsorg.

(SOU 1997:76, s. 28)

En grupp ser sig som "brittiska medborgare" och kräver lika behandling trots att de inte är lika i yttre mening. Andra anser sig vara "utanför" och kräver särskild behandling.

Rapporten tar vidare upp att vårdpersonalen bemöter enskilda individer medan den övergripande planeringen av vård och omsorg inriktas på bemötande av större kollektiv, etniska grupper eller representanter för olika "kulturer". I planeringen för en etniskt organiserad mångfald tenderar man att behandla alla grupper på samma sätt. Om någon/några grupper vill ha/har tillgång till särskilda vård- och omsorgsformer kan planerare tro att varje grupp bör ha en egen vård- och omsorgsform. En etniskt baserad mångfald kan enligt rapporten dölja en maktkamp mellan enskilda invandrare som vill integreras och invandrarorganisationer som strider för särbehandling av sin grupp.

Rapporten avslutas med avsnittet Diskussion och rekommendationer. Där redovisas följande:

- Planering av insatser för äldre från andra länder
 - Kommuner och landsting bör upprätta planer för att tillgodose invandrarnas behov av vård och omsorg
 - Behov av uppsökande verksamhet som komplement till statistik
 - Planeringen behöver omfatta både vård och omsorg, dvs. hela vårdkedjan, liksom både hemtjänst i ordinärt boende och särskilda boendeformer
- Behov av utbildning och utbildningsmaterial
- Behov av forskning.

I rapporten förs ett resonemang om särlösningar, och där lyfts det fram att ofta är den första frågan om man ska ordna ett särskilt boende för den aktuella etniska gruppen. Förklaringen till detta anges vara traditionellt tänkande som har sin grund i att det var institutioner baserade på etnicitet, kultur och religion som byggdes upp från 1940-talet och framåt, dvs. innan hemtjänst i ordinärt boende slog igenom på 1960-talet.

Tanken att äldre invandrades behov av vård och omsorg enbart ska tillgodoses i någon form av särskilt boende leder till flera olika konsekvenser. Behovet av etniskt och kulturellt kunnig hemtjänst i ordinärt boende kommer inte att uppmärksammas. Om en särskild boendeform är det enda alternativet, riskerar äldre som vill bo kvar hemma att tvingas att flytta till en sådan boendeform eller att bo kvar hemma utan tillgång vård och omsorg med bra kvalitet. Det är också dyrt att bygga och driva särskilda boendeformer.

Vidare redovisas att i Storbritannien, där många invandrarföreningar står för service för gruppens egna gamla, så har man observerat ett annat problem som sammanhänger med inrättandet av särskilda etniskt inrättade verksamheter. Den ordinarie offentliga äldreomsorgen anser inte längre att den behöver anstränga sig för att tillgodose behov hos personer med olika etnisk och kulturell bakgrund.

5.7 Forskningsrapporter m.m.

En fråga som ibland tas upp är om äldre invandrare kommer att flytta tillbaka till hemlandet när de blir pensionärer. Det finns naturligtvis inget enkelt svar på den frågan. Om personen kommit som arbetskraftsinvandrare eller flykting påverkar självklart den enskildes möjligheter att återvända. Forskaren Welat Songur har istället ställt frågan om framtidens åldrande kommer att innebära att fler människor i ökad utsträckning åldras i två kulturer. Svaret är att det kan bli så. Songur framför att en tänkbar utveckling är att den äldre invandraren inte flyttar tillbaka till det forna hemlandet, utan att det troligen är fråga om att åka fram och tillbaka. Resultatet från flera mindre undersökningar visar att det inte är så lätt att flytta tillbaka efter att ha bott i ett land under lång tid. Det forna hemlandet är inte längre samma land som det man flyttade/flydde ifrån, man har i olika omfattning integrerats i det svenska samhället och barn och barnbarn är bosatta här och vill inte flytta tillbaka.

Litteratur

Lagar och förordningar

SFS 1980:620 *Socialtjänstlag*
SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*
SFS 1986:223 *Förvaltningslag*
SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*
SFS 2001:761 *Lag om bostadstillägg till pensionärer m.fl.*
SFS 2001:853 *Lag om äldreförsörjningsstöd*

Betänkanden från riksdagsutskott och annat material från Sveriges riksdag

Motion 1999/2000:So323 *Bättre villkor för de äldre*
rskr. 1999/2000:160
Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18 *Ändring i socialtjänstlagen*
Socialutskottets betänkande 1998/99:SoU7 *Äldrepolitik*

Socialutskottets yttrande 1999/2000:SoU3y *Nationella minoriteter i Sverige*
Socialutskottets betänkande 1999/2000:SoU8 *Äldrepolitik*
Socialutskottets betänkande 2000/01:SoU18 *Ny socialtjänstlag m.m.*
Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU11 *Socialtjänstfrågor*
Socialutskottets betänkande 2002/03:SoU9 *Äldrepolitiken – Uppföljning av den nationella handlingsplanen och förslag angående kommunernas äldreomsorg*

Propositioner

Regeringens proposition 1987/88:176 *Äldreomsorgen inför 90-talet*
Regeringens proposition 1998/99:143 *Nationella minoriteter i Sverige*
Regeringens proposition 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*
Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*

Skrivelser, kommittédirektiv m.m. från regeringen och Regeringskansliet

Regeringens direktiv 1998:109 *Parlamentarisk äldreberedning med uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken*
Socialdepartementet (2000) *Personalförsörjning och kompetensfrågor inom äldreomsorg och äldreomsorg. Rapport från Arbetsgruppen med uppdrag att kartlägga personalförsörjning och utbildningsbehov inom äldreomsorgen (S 1998:D)*
Regeringens skrivelse 2002/03:30 *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*
Regeringens skrivelse 2002/03:140 *Jämt och ständigt. Regeringens jämställdhetspolitik med handlingsplan för mandatperioden*

Skrifter i serien Statens Offentliga Utredningar

- SOU 1997:76 *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre*. Rapport till Utredningen om bemötande av äldre
- SOU 1997:170 *Bemötandet av äldre*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre
- SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande från Kommittén Välfärdsbokslut
- SOU 2002:29 *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring*. Diskussionsbetänkande av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005

Övrig litteratur

- Akaoma, Helena & Öhlander, Magnus. (2002) *Inför pensioneringen. En intervjustudie med immigranter* (bilagedel A till SOU 2002:29)
- Folkhälsoinstitutet (1998) *Hälsofrämjande verksamhet för äldre invandrare: en kartläggning*.
- Forssell, Emilia (2000) *Anhöriga till äldre invandrare. En fallstudie av anhöriga till äldre utomeuropeiska invandrare utan offentlig äldreomsorg*. Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie nr 18.
- Gaunt, David (1996) Etnicitet, åldrande och hälsa: introduktion till ett nytt forskningsfält. *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7–8, s. 339–346
- Ronström, Owe (red.) (1996) *Vem ska ta hand om de gamla invandrarna?* Stockholms FOU-enhet rapport 1996:3
- Socialstyrelsen (1984) Rättsfall om socialbidrag – 11. Prövning av bistånd till vårdkostnader med hänsyn till religiös och etnisk tillhörighet. *Meddelandeblad nr 50/84*
- Socialstyrelsen och Statens invandrarverk (1991) *En mångkulturell äldreomsorg*
- Socialstyrelsen (1996) *Äldre invandrare. Aktiv uppföljning*
- Socialstyrelsen (2000) *Anhöriga till äldre invandrare. Anhörig 300. Rapport 2000:4*
- Socialstyrelsen (2001) *Äldres rätt att flytta. Kommunernas tillämpning av 6 b § SoL*
- Socialstyrelsen (2002a) *Anhörig 300 – Slutrapport*

- Socialstyrelsen (2002b) *Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre.*
- Socialstyrelsen (2002c) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport.*
- Socialstyrelsen (2002d) *Äldre utanför äldreomsorgen.*
- Songur, Welat (1992) *Att åldras i främmande land. Om mellanösternpensionärer i Sverige.* Stockholms FoU-byrå
- Songur, Welat (1996) *Äldre invandrare i tre europeiska städer – livsvillkor i ett jämförande socialpolitiskt perspektiv.* Stockholms FoU-enhet. Rapport 1996:26
- Statens folkhälsoinstitut (2002) *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige.* Rapport 2002:29
- Svenska Kommunförbundet (1998) *Liv till åren – om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre.* I samarbete med Folkhälsoinstitutet. Skrifter från Svenska Kommunförbundets äldreberedningen nr 2.
- Svenska Kommunförbundet (1999) *Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet.* Slutrapport från Svenska Kommunförbundets Äldreberedning
- Svenska Kommunförbundet (2002) *Äldreomsorg till etniska minoritetsgrupper.* PM 2002-11-05
- Torres, Sandra (2002) *Att invandra till Sverige på äldre da'r: integrationsmöjligheterna för 'sent-i-livet' invandrarna.* *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 4/2002
- Äldrecentrum (2001) *Äldres hälsa och välbefinnande – en utmaning för folkhälsoarbetet.* Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Äldre i Centrum* nr 2/2003 Tema: Mångfald.
- Östnäs, Anders (1984) *Äldre invandrare. I Socialt arbete och invandrare.* Soydan, Haluk (red.)

Vård och omsorg om äldre tillhörande
de nationella minoriteterna

1 Inledning

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

Den kanske vanligaste frågeställningen när det gäller de nationella minoriteterna är hur kommuner ska kunna ge de äldre vård och omsorg på deras eget språk och med beaktande av deras kultur i framtiden.

I denna rapport görs en genomgång av material som på olika sätt berör äldre tillhörande de nationella minoriteterna. Syftet är att ge underlag för en diskussion om vad som kan och behöver göras för att tillgodose dessa gruppers behov av vård och omsorg i framtiden.

I denna promemoria behandlas följande:

- vissa fakta om äldre tillhörande de nationella minoriteterna
- lagstiftning avseende tolk och rätt till äldreomsorg på minoritetsspråken m.m.
- material från riksdag, regering och statliga myndigheter

Material om äldre finsktalande behandlas i denna bilagedel även i rapporten Vård och omsorg för äldre invandrare.

2 De nationella minoriteterna

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

Samer	15 000–20 000
Sverigefinnarna	cirka 450 000
Tornedalingar	cirka 50 000
Romer	15 000–20 000
Judar	cirka 25 000

3 Lagstiftning inom vård och omsorg

3.1 Hälsa- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och förvaltningslagen

Förutsättningarna för den enskilde att få hälso- och sjukvård och socialtjänst inklusive äldreomsorg på sitt språk regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL), socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och förvaltningslagen (1986:223, FL).

Vid handläggning av ärenden inom socialtjänsten och vid t.ex. besök inom hälso- och sjukvården förutsätts myndigheterna och verksamheten använda sig av tolk och översättare. Däremot har den enskilde inte rätt till hälso- och sjukvård eller äldreomsorg på sitt språk. (Jämför de nationella minoriteterna i förvaltningsområdet, avsnitt 3.2.)

Både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på att den enskilde får information i det aktuella ärendet eller situationen och att beslut inte kan fattas utan att den enskilde fått begriplig information och att han eller hon kan samtycka till beslutet.

3.1.1 Tolk och översättning

Enligt förvaltningslagens 8 § bör en myndighet som har att göra med någon som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad vid behov anlita tolk.

Bestämmelserna om tolk ska tillämpas när det gäller handläggning av ärenden som gäller en enskild hos en myndighet. Det innebär att 8 § FL inte omfattar s.k. *faktiskt handlande*. Ett par exempel på faktiskt handlande är praktiska åtgärder inom hälso- och sjukvården samt omsorgs- och serviceinsatser inom äldreomsorgen. Detta i motsats till handläggning av ärenden enligt dessa lagstiftningar, t.ex. *beslut* om hemtjänst enligt socialtjänstlagen eller *beslut* om tvångsvård inom psykiatrin enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).

Enligt 8 § FL föreligger inte någon uttrycklig skyldighet att använda tolk. Bestämmelsen har i stället utformats som en rekommendation till myndigheterna att vid behov anlita tolk. Om det finns behov av tolk och en sådan finns att tillgå ska myndigheten tillkalla en sådan. Det ska ske en prövning i det enskilda fallet om det finns behov av tolkhjälp.

Bestämmelserna om tolk avser både muntliga kontakter och skriftliga kontakter. Det sistnämnda avser när handlingar kommer in till en myndighet på främmande språk eller när en myndighet ska meddela sig skriftligen med någon som inte behärskar det svenska språket.

Förvaltningslagen innehåller inga regler om vilka kvalifikationer som ska ställas på den som anlitas som tolk vid en myndighet. Det är myndigheten som har att undersöka om en person är lämplig för uppdraget som tolk i det enskilda fallet. Vid denna bedömning måste stor hänsyn tas till ärendets innehåll och ärendets betydelse för den enskilde och det allmänna. I första hand förutsätts dock myndigheterna anlita av kommerskollegium godkända tolkar och auktoriserade översättare.

3.1.2 Rätt att flytta till en annan kommun

Kommunen har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att tillgodose behoven hos dem som vistas i kommunen. Det finns två undantag från vistelsekommunens ansvar.

Det första avser en situation där en kommun inte kan tillgodose en persons behov av vård och omsorg inom kommunen utan fattar beslut om placering av någon i en annan kommun. Det kan gälla vistelse i familjehem, hem för vård och boende eller en särskild boendeform. I dessa fall är det placeringskommunen som är ansvarig för både den aktuella biståndsinsatsen och det som den enskilde kan komma att behöva under vistelsen samt kostnaderna för dessa insatser.

Denna regel har tillämpats när det gäller äldre personer och hänsyn till religiös och etnisk tillhörighet. Socialstyrelsen har refererat en regeringsrättsdom där Regeringsrätten fann att sökanden (en kvinna av judisk härkomst) hade rätt till bistånd för kostnader för boende på ett judiskt hem (Socialstyrelsen 1984). Av domen framgick att den enskildes etniska och religiösa tillhörighet är en viktig del av den sociala helhetsbedömningen i samband med ansökan om bistånd.

Det andra är det tillägg som år 1998 gjordes i 2 kap. 3 § SoL som innebär att äldre personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård och omsorgsinsatser kan ansöka om plats i särskilt boende i en annan kommun på samma villkor som de äldre som är bosatta i kommunen. Det innebär att en äldre person kan ansöka om att få flytta till ett särskilt boende i en annan kommun där äldreomsorg tillhandahålls på ett visst språk och/eller med en viss religiös eller kulturell inriktning. Om en person beviljats bistånd av inflyttningskommunen blir den nya kommunen ansvarig för kostnaderna.

3.2 Lagarna om minoritetsspråk

I propositionen *Nationella minoriteter i Sverige* (prop. 1998/99:143) föreslog regeringen åtgärder för att Sverige skulle kunna ratificera Europarådets ramkonvention om skydd för nationella minoriteter liksom den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk. Förslagen i propositionen antogs av riksdagen i december 1999 och den nya lagstiftningen trädde i kraft den 1 april 2000.

Målet för den svenska minoritetspolitiken är att ge skydd för de nationella minoriteterna och stärka deras möjligheter till inflytande samt stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande. Som nämnts i inledningen är de grupper som enligt riksdagens beslut utgör nationella minoriteter samer, sverigefinnar, torne-

dalingar, romer och judar. De språk som erkänns som minoritets-
språk i Sverige är samiska, finska, meänkieli (tornedalsfinska),
romani chib och jiddisch.

För att målet med minoritetspolitiken ska kunna förverkligas
krävs att samtliga nationella minoriteters behov och intressen be-
aktas i alla delar av landet och på alla nivåer i samhällsförvaltningen.

Den 1 april 2000 trädde två nya lagar i kraft: lag om rätt att
använda samiska hos förvaltningsmyndighet och domstolar
(1999:1175) och lag om rätt att använda finska och meänkieli hos
förvaltningsmyndighet och domstolar (1999:1176). Lagarna ger en-
skilda personer rätt att använda samiska, finska och meänkieli i
kontakter med förvaltningsmyndigheter och domstolar i de geo-
grafiska områden (förvaltningsområden) där språken har använts av
hävd och fortfarande används i tillräcklig utsträckning. Samiska
avser alla varianter: nordsamiska, sydsamiska och lulesamiska.
Lagarna ska tillämpas hos såväl statliga som landstingskommunala
och kommunala förvaltningsmyndigheter i ärenden som avser
myndighetsutövning, om ärendet har anknytning till förvaltnings-
områdena.

Lagarna innebär också att det är en rättighet för enskilda att få
förskoleverksamhet och äldreomsorg helt eller delvis på de nämnda
språken i vissa geografiska områden. För samiska omfattar det
Arjeplogs, Gällivare, Jokkmokks och Kiruna kommuner och för
finska och meänkieli Gällivare, Haparanda, Kiruna, Pajala och
Övertorneå kommuner.

4 Äldre tillhörande de nationella minoriteterna

4.1 Material från riksdagen

I socialutskottets betänkande *Äldrepolitik* (bet. 1999/2000:SoU8, s.
45) refereras utskottets uttalande till konstitutionsutskottet,
1999/2000:SoU3y med anledning av propositionen *Nationella
minoriteter i Sverige* (prop. 1998/99:143). Utskottet anförde föl-
jande:

Utskottet delar inställningen i motionerna om vikten av att de äldre
som så önskar bör erbjudas vård och omsorg av personal som talar
deras modersmål. Äldre är oftast de starkaste språkbärarna och även
bärare av kultur och traditioner. Inom äldreomsorgen har det vidare
visat sig att äldre kan förlora kunskaperna i det sist inlärd språket men

behålla kunskaperna i det först inlärd språket. Detta talar för att äldreomsorgen i möjligaste mån bör erbjudas på de äldres modersmål.

Kommunerna skall kunna erbjuda alla medborgare god äldrevård. Detta kan i vissa fall innebära att vården – för att den skall nå önskat resultat – bör ske på det modersmål som individen i fråga talar. Det finns dock vissa svårigheter med att erbjuda alla äldre som så önskar vård på deras modersmål. Dels saknas det ofta tvåspråkig personal, dels kan det innebära stora kostnader.

(1999/2000:SoU3y, s. 6)

4.2 Material från regeringen

I regeringens skrivelse *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för Äldrepolitiken* (skr. 2002/03:30) till riksdagen anfördes bl.a. följande under rubriken *Minoritetspolitiken och äldreomsorgen*:

Regeringens bedömning är att det är angeläget att äldreomsorg erbjuds på samtliga minoritetsspråk så att den äldre som har ett minoritetsspråk som modersmål får möjlighet att bevara såväl språket som kulturen samt har möjlighet att kommunicera med omgivningen.

4.3 Material från Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Norrbottens län

4.3.1 Äldreomsorg för finsktalande i Sverige

I propositionen *Nationella minoriteter i Sverige* (prop. 1998/99:143) redovisade regeringen att den avsåg att ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en studie avseende äldreomsorg för finsktalande. I maj 2000 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga och redovisa exempel på hur olika kommuner organiserar och genomför äldreomsorg för finsktalande. Syftet med uppdraget var att Socialstyrelsen skulle ta fram goda exempel och ge förslag på hur vård och omsorg kan organiseras. Exempelen skulle omfatta lösningar i såväl stora som medelstora och mindre kommuner. Redovisningen skulle belysa ekonomiska och kvalitativa aspekter samt möjligheter till samarbete mellan kommuner.

I juni 2001 lämnade Socialstyrelsen rapporten *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige* (Socialstyrelsen 2001a) till regeringen. I rapporten framgår att flera kommuner i norra Sverige har relativt god tillgång till finskspråkig personal inom äldreomsorgen, medan det i andra delar av landet är svårare att få tag i personal med denna

kompetens. Rapporten visar att möjligheten för finsktalande äldre att få omsorg av finsktalande personal i flera fall varit avgörande för att dessa äldre ska acceptera att ta emot äldreomsorg. I de fall sådan äldreomsorg inte har kunnat erbjudas har de anhöriga fått ta ett stort ansvar för vård och omsorg om de äldre. Den äldre som önskar flytta till ett särskilt boende kan enligt 2 kap. 3 § SoL ansöka om att flytta till en annan kommun. Endast ett fåtal finsktalande äldre har valt detta alternativ. Det kan enligt Socialstyrelsen finnas flera förklaringar till detta. En är att många strävar efter att få bo kvar i den miljö där man bor och kanske bott under lång tid och har anhöriga och vänner. En annan förklaring kan vara att man inte känner till rättigheterna i socialtjänstlagen.

I rapporten framförs att äldreomsorg med finsktalande personal ofta kan ordnas utan ökade kostnader. I de fall merkostnader har uppkommit har de ofta bedömts vara av temporär karaktär.

I rapporten redovisas också följande:

- Behovet av finskspråkig verksamhet har i många fall initierats av de lokala finska föreningarna.
- Det har varit svårt att förutse efterfrågan på finsk äldreomsorg. Från kommunalt håll framhålls att behoven av äldreomsorg anpassad till gruppen ofta är mindre än vad föreningarna anger.
- I vissa fall är inte kommunen och de finska företrädarna överens om hur verksamheten som riktar sig mot gruppen ska se ut. Kommunen har främst koncentrerat sitt intresse till personer med stora behov av vård och omsorg medan föreningarna uppger ofta vilja skapa ett separat boende för finländare. Det handlar då främst om att få möjlighet att tidigt – innan stora behov av vård och omsorg infinner sig – få åldras i ett finskt sammanhang.
- Kommunerna eftersträvar att bedöma behoven utifrån strikta vård- och omsorgsbehov medan företrädarna för de äldre finländarna vill vidga behoven.
- De verksamheter som fanns för finsktalande äldre var:
 - boenden som inte kräver biståndsbedömning, t.ex. seniorboenden
 - boende som kräver biståndsbedömning, dvs. särskilda boendeformer
 - särskilda boenden där man medvetet försöker matcha äldre med finsktalande personal

- finskspråkig personal i hemtjänsten
 - dagverksamhet
 - dagcentraler och andra mötesplatser, ibland drivna av finska föreningar
 - anhörigstöd.
- Föreningar och kyrkan är på flera orter aktiva med verksamheter som väntjänst i både ordinärt och särskilt boende, sociala mötesplatser för gemenskap, friskvård och hobbyaktiviteter samt stöd till anhöriga.
 - Det finns få exempel på samarbete mellan kommuner för att skapa lösningar avseende äldreomsorg för finsktalande.
 - Det fanns verksamheter i två kommuner som hade upptagningsområden som överskred kommungränserna. I båda fallen rör det sig om två seniorboenden som skapats och drivs av finländare själva. Inflyttningen till dessa boenden kräver ingen biståndsbedömning. Om behov av vård och omsorg uppkommer får den enskilde ansöka om bistånd hos kommunen. Det innebär att kommunen inte har någon kontroll eller kan påverka vilka som flyttar in. Risken från kommunens perspektiv är att äldre med omfattande behov av vård och omsorg flyttar in och därmed blir en kostnad för kommunen. Samtidigt innebär seniorboendet att ett större underlag av potentiella boende är säkrat. Det ökar möjligheterna för att verksamheten ska kunna leva vidare, oberoende av hur behoven bland de finsktalande äldre i kommunen utvecklas.

I rapporten redovisas några goda exempel på äldreomsorg för finsktalande äldre. Ytliga beskrivningar av dessa verksamheter kan ge intrycket av att det är enspråkiga verksamheter. Vid Finskt Äldrecentrum i Stockholm är arbetsspråket finska. Samtidigt måste alla kunna svenska eftersom all dokumentation görs på svenska. Svenskan är också viktig i kontakter med myndigheter, hälso- och sjukvården och med anhöriga.

I två kommuner har det funnits särskilda boenden som varit inriktade mot finsktalande äldre som har upphört. Skälet uppges vara att efterfrågan på platserna uteblivit. Att efterfrågan uteblir kan ha flera förklaringar. En som lyfts fram är att den äldre inte vill flytta till den särskilda enheten utan föredrar att bo kvar i den del av kommunen/det område där han eller hon bott tidigare.

En annan aspekt av detta med små enheter för finsktalande äldre, där språket är det gemensamma, är att man blandat personer med demenssjukdom med personer som inte har en demenssjukdom.

Situationen för personer med demenssjukdom behöver särskilt uppmärksammas. Personer med annat modersmål än svenska tappar ofta det svenska språket vid demenssjukdom. Samma sak gäller också vid andra sjukdomar som t.ex. stroke. En konsekvens av detta kan bli att den äldre också förlorar förmågan att kommunicera med sina barn och barnbarn som inte självklart kan finska. Geriatriska kliniken vid Huddinge universitetssjukhus har möjlighet att göra demensutredningar på finska. Det innebär att man inte behöver använda tolk för att genomföra utredningen.

4.3.2 Äldreomsorg på finska, meänkieli och samiska i förvaltningsområdet i Norrbotten

Länsstyrelsen i Norrbotten har inrättat en arbetsgrupp som har i uppgift att följa upp de regionala insatserna för genomförande av åtgärder för de nationella minoriteterna.

På uppdrag av denna arbetsgrupp har två rapporter publicerats: *Finska, meänkieli och samiska. Utvärdering av regionala åtgärder för nationella minoritetsspråk* (Länsstyrelsen i Norrbottens län 2000) och *Minoritetsspråk och myndighetskontakt* (Elenius & Ekenberg 2002).

I den förstnämnda rapporten redovisas resultatet av en enkät till kommuner och andra myndigheter avseende kontakter före och efter ikraftträdandet av den nya lagstiftningen.

Resultatet visar att hos förvaltningsmyndigheterna i Haparanda, Pajala och Övertorneå kommuner fanns redan före den 1 april 2000 en frekvent kontakt med myndigheterna på minoritetsspråken finska och meänkieli medan övriga myndigheter redovisade betydligt färre kontakter. Några tänkbara förklaringar till detta redovisas:

- Minoritetsspråk är ett vardagsspråk som den enskilde använder i känd miljö och i kontakter med personer som hon/han känner till och vet har kunskap i respektive språk.
- Myndigheter som har sitt kontor lokaliserat utanför förvaltningsområdet för respektive minoritetsspråk förutsätts av den enskilde sakna personal med kunskap i aktuellt minoritets-

språk. Den enskilde förutsätter att det svenska språket måste användas för att hon/han ska få ett professionellt bemötande.

- Kontakt med regionala myndigheter sker huvudsakligen skriftligt medan en relativt större andel av de lokala myndighetskontakterna sker muntligt. Bland minoritetsspråkgrupperna finns många som i dag har otillräckliga kunskaper i att skriva på sitt minoritetsspråk.
- Kontakt med myndighet som inte har personal som direkt kan kommunicera på respektive minoritetsspråk upplevs som tungrodd vilket leder till att den enskilde väljer att använda det svenska språket.

Beträffande äldreomsorg har två kommuner erbjudit service och omvårdnad på samiska inom centralorten medan en kommun erbjuder det på flera orter. Beträffande service och omvårdnad på finska har en kommun sådan inom centralorten och tre kommuner på flera orter. Äldreomsorg på meänkieli finns på flera orter i två kommuner och i centralorten i en kommun.

Några kommuner har redovisat att de avser att öka ut service och omvårdnaden på minoritetsspråken. Det kan ske bl.a. genom att de utökar verksamheten på flera orter i kommunen eller genom att man erbjuder äldreomsorg på de orter där det uppstår efterfrågan.

I rapporten *Minoritetsspråk och myndighetskontakt* (Elenius & Ekenberg 2002) redovisas resultatet av två intervjuundersökningar med minoritetsspråkanvändare i Kiruna, Pajala och Haparanda kommuner. Syftet med studien har varit att utreda varför språkanvändarna i så liten utsträckning har använt sig av de möjligheter som lagarna innebär.

Resultatet visar att det fanns stora brister i myndigheternas kompetens att hantera ärenden på minoritetsspråken. Problemen gällde såväl brist på information som attityder och värderingar till användning av minoritetsspråken.

I mötet med myndighetspersoner har de flesta valt att använda svenska. Bland orsakerna nämns lingvistiska faktorer som att det saknas fackuttryck på minoritetsspråket, den egna svårigheten att uttrycka sig nyanserat på minoritetsspråket, rädsla för att inte blir förstådd av myndighetspersoner och oförmåga att uttrycka sig i skrift på minoritetsspråket. Även psykologiska hinder som rädsla och blyghet för att använda sitt minoritetsspråk har förts fram, liksom hinder som har att göra med föreställningar som att det sak-

nas ekonomiska resurser eller vilja hos myndigheten att använda minoritetsspråken.

Behov av tolkhjälp har förts fram främst av sverigefinnar, men det gäller även äldre och personer med demenssjukdom bland samerna och tornedalingar.

Osäkerheten för att använda sitt minoritetsspråk verkar vara större i stadsmiljön än på landsbygden. Bland medelålders och äldre personer verkar ändå minoritetsspråken i hög grad användas vid sidan av svenska i hemmet och ute i samhället. I kontakten med myndigheter används däremot minoritetsspråken i betydligt mindre utsträckning.

4.4 Material från Svenska Kommunförbundet

Svenska Kommunförbundet genomförde under våren 2002 en enkätundersökning avseende äldreomsorg till äldre personer med utländsk bakgrund samt nationella minoriteter (Svenska Kommunförbundet 2002).

Tjugo kommuner svarade att de hade ett eller flera särskilda boenden för grupper av äldre med utländsk bakgrund. Vanligast är boenden för finsktalande äldre, som fanns i 17 kommuner.

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

Litteratur

Lagar och förordningar

SFS 1980:620 *Socialtjänstlag*.

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*.

SFS 1986:223 *Förvaltningslag*.

SFS 1991:1128 *Lag om psykiatrisk tvångsvård*.

SFS 1999:1175 *Lag om rätt att använda samiska hos förvaltningsmyndighet och domstolar*.

SFS 1999:1176 *Lag om rätt att använda finska och meänkieli hos förvaltningsmyndighet och domstolar*.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*.

Betänkanden från riksdagsutskott och annat material från Sveriges riksdag

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

rskr. 1999/2000:69.

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

Socialutskottets yttrande 1999/2000:SoU3y *Nationella minoriteter i Sverige.*

Socialutskottets betänkande 2002/03:SoU9 *Äldrepolitiken – Uppföljning av den nationella handlingsplanen och förslag angående kommunernas äldreomsorg.*

Propositioner

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

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

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

Skrivelser, kommittédirektiv m.m. från regeringen och Regeringskansliet

Regeringens direktiv 1998:109 *Parlamentarisk äldreberedningen med uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken.*

Regeringens skrivelse 2002/03:30 *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken.*

Regeringens skrivelse 2002/03:140 *Jämt och ständigt. Regeringens jämställdhetspolitik med handlingsplan för mandatperioden.*

Skrifter i serien Statens Offentliga Utredningar

SOU 2002:29 *Riv ålderstrappan! Livslopp i förändring.* Diskussionsbetänkande av den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005.

Övrig litteratur

- Elenius, Lars & Ekenberg, Stefan (2002) *Minoritetsspråk och myndighetskontakt – flerspråkighet bland användare av samiska, meänkieli och finska i Norrbottens län efter minoritetsspråklagarnas tillkomst 2000*. Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap (CUFS), Luleå tekniska universitet.
- Länsstyrelsen i Norrbottens län (2000) *Finska, meänkieli och samiska. Utvärdering av regionala åtgärder för nationella minoritetsspråk*.
- Socialstyrelsen (1984) Rättsfall om socialbidrag – 11. Prövning av bistånd till vårdkostnader med hänsyn till religiös och etnisk tillhörighet. *Meddelandeblad nr 50/84*.
- Socialstyrelsen (2001a) *Äldreomsorg för finsktalande i Sverige*.
- Socialstyrelsen (2001b) *Äldres rätt att flytta. Kommunernas tillämpning av 6 b § SoL*.
- Socialstyrelsen (2002a) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen (2002b) *Äldre utanför äldreomsorgen*.
- Statens folkhälsoinstitut (2002) *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*.
- Svenska Kommunförbundet (2002) *Äldreomsorg till etniska minoritetsgrupper*. PM 2002-11-05.

Scenarier

Vägar till framtidens vård och omsorg
om äldre – fyra scenarier

Innehåll

1	Bakgrund	381
1.1	Diskussionsbetänkandet och arbetet inom vård och omsorg	381
1.2	Varför scenarier inom vård och omsorg?	382
2	Scenarier.....	383
2.1	Vad är ett scenario och på vad sätt skiljer sig detta från andra framtidsbilder?	383
2.2	Scenariometoden.....	384
2.3	Motiv för scenarier inom vård och omsorg	385
3	Bakgrund till scenarier inom vård och omsorg	386
3.1	Centrala utgångspunkter	386
3.2	Vilket problem ska scenarierna belysa?	387
3.3	Vilka faktorer påverkar förutsättningar för vården och omsorgen om de äldre i framtiden?	388
3.4	Inom vilka områden får scenarierna konsekvenser?	389
4	Fyra vägar till framtidens vård och omsorg	390
4.1	Hur ser det ut idag?	390
4.2	Hur skulle det kunna se ut i morgon?	391
5	Fyra scenarier inom vård och omsorg om äldre	394
5.1	Vad innebär scenarierna?	394
5.2	Vilka konsekvenser får scenarierna inom några viktiga områden?	397

6	Vad skulle de fyra scenarierna betyda för olika människor?	411
6.1	Birgitta 84 år	411
6.2	Mats 86 år och Solveig 81 år	414
6.3	Anneli 73 år.....	418
7	Sammanfattning av för- och nackdelar med de olika scenarierna	421

1 Bakgrund

1.1 Diskussionsbetänkandet och arbetet inom vård och omsorg

I diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) redovisar SENIOR 2005 att man avser att arbeta med vård och omsorg med utgångspunkt i bl.a. två viktiga frågor: Vilka behov ska i framtiden tillgodoses genom offentlig vård och omsorg? Vilka resurser behövs för att tillgodose dessa behov?

Inför de hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre som beredningen genomförde i januari och februari 2003 tog beredningen fram ett faktaunderlag med tillhörande bilagor. Beredningen konstaterar att det behövs en analys av dagens vård och omsorg för att man ska kunna ta ställning till framtidens vård och omsorg om äldre och hur den ska finansieras.

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

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

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

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

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

1.2 Varför scenarier inom vård och omsorg?

Mot bakgrund av det redovisade i faktaunderlaget och det som framkom vid hearingarna är det beredningens bedömning att det inte finns förutsättningar för att nu presentera konkreta förslag om framtidens vård och omsorg om äldre. Det finns två huvudskäl till detta:

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

Ett tredje skäl är att oavsett om det offentliga åtagandet inom vård och omsorg om äldre i framtiden ska se ut ungefär som i dag eller om det ska ha en annan omfattning och ett annat innehåll är det ställningstaganden som påverkar många andra politikområden och grundläggande frågor om samhällsstrukturen. Enligt direktiven är det beredningens uppdrag att *skapa förutsättningar* för en långsiktig utveckling av den framtida äldrepolitiken. En viktig utgångspunkt för beredningens arbete är den demografiska utvecklingen, med en ökad andel äldre i samhället och den utmaning som denna utveckling utgör för hela samhället. Att skapa förutsättningar för hur samhället kan ordna vården och omsorgen om de äldre i framtiden får i dagsläget kanske främst ses som att ställa de rätta frågorna

samt att medverka till att det tas fram bättre underlag för att besvara dessa frågor.

Ett fortsatt arbete med frågor som berör framtidens vård och omsorg om äldre är nödvändigt av många skäl. Arbetet med dessa stora och viktiga frågeställningar behöver påbörjas utan dröjsmål.

Att arbeta med scenarier är ett sätt att gå vidare med de stora och viktiga frågeställningar som berör framtidens vård och omsorg om äldre. Syftet med scenarierna är att visa på olika alternativ och konsekvenser av dessa samt de vägval som politiken står inför. Scenarierna är uppbyggda på så sätt att de ska stimulera till diskussioner om de viktiga men svåra frågeställningar som beredningen identifierat inför fortsatta ställningstaganden om framtidens vård och omsorg om äldre.

2 Scenarier

2.1 Vad är ett scenario och på vad sätt skiljer sig detta från andra framtidsbilder?

Scenarier är ett sätt att arbeta med analys av omvärlden och framtiden i syfte att skapa beredskap för att hantera den i många avseenden osäkra framtiden.

Ett *scenario* är en framtidsbild där man försöker göra valmöjligheter begripliga och visar på samband mellan orsak och verkan. Scenarier kan bl.a. användas som underlag för diskussioner, samtidigt som de också tydliggör de risker som finns om de förutsättningar som scenarierna bygger på inte infrias.

Ett sätt att beskriva *scenarier* är att jämföra med *visioner* och *prognoser* som är andra sätt att arbeta med framtidsfrågor.

Det finns ingen allmänt vedertagen definition för begreppet *vision*. Men oavsett om ordet används som vag beskrivning av en ideal utveckling eller om det är mer konkreta formuleringar som grund för t.ex. långsiktiga investeringar och organisationslösningar innebär det dock att man presenterar en önskvärd framtid. Det finns några gemensamma drag för olika typer av visioner. Ett sådant är ordets positiva klang. Visionen bör beskriva något som är eftersträvänsvärt och bör inspirera till handling. En vision bör också vara möjlig att förverkliga. En kritisk synpunkt mot visioner är att de ger för lite utrymme för de risker som finns om framtiden inte blir på det sätt som man utgått från i visionen.

En *prognos* innebär att man med olika former av faktaunderlag försöker förutsäga hur något kommer att bli i framtiden. Prognoser kan antingen avse en variabel eller flera variabler där man försöker väga samman resultatet av dessa. Ett exempel är befolkningsprognoser, där man med hjälp av data fram till en viss tidpunkt försöker bestämma värden vid framtida tidpunkter.

2.2 Scenariometoden

Scenariometoden beskrivs i skriften *Att analysera omvärlden och framtiden* (Ds 1994:116) från Civildepartementet. Det som kännetecknar denna metod sammanfattas i följande:

- Ett scenario ska beskriva ett skeende i tiden. Som jämförelse används uppförandet av ett skådespel.
- Ett scenario bör innehålla fem huvudingredienser:
 - aktörer, dvs. personer, organisationer, institutioner, partier eller företag,
 - handlingar av olika slag utförda av aktörerna och som påverkar den framtida utvecklingen,
 - material, dvs. realkapital, kunskap, infrastruktur, arbete m.m. som behövs för att utföra dessa handlingar,
 - beskrivning av rum och tid, samt
 - beskrivning av hur processen fortgår från början till slut.
- Scenariot bygger på vissa förenklade antaganden som måste redovisas i klartext.
- Ett scenario får inte vara osannolikt utan ska vara begripligt, logiskt sammanhängande och möjligt att förstå.

En annan beskrivning av scenariometoden återfinns i rapporten *Scenarier för Teknisk Framsyn – Huvudrapport* från projektet Teknisk Framsyn (1999) som genomfördes av FOA Försvarsanalys.

Inledningsvis konstaterar man att begreppet scenario används i många olika sammanhang och därmed med många olika betydelser. Rapportens författare ansluter sig till den tradition som benämns *scenarioplanering* eller användning av scenarier som skräddarsydda *verktyg för strategiska samtal*.

Sammanfattningsvis konstaterar man att:

- Scenarier inte är någon slutprodukt, utan något man använder för att, förhoppningsvis, fatta klokare beslut.
- Scenarier beskriver mer eller mindre avlägsna framtider. Det är dock inte då som de ska användas, utan för att vi nu eller i en nära framtid ska *förbereda oss på framtiden på bästa sätt*.
- Ett syfte med scenarioplanering är att man ska utveckla strategier som är robusta i förhållande till osäkra omvärldsfaktorer.
- Scenarierna ska vara *relevanta* vilket innebär att de ska belysa faktorer som är både viktiga och osäkra för de ställningstaganden som scenarierna ska ligga till grund för. Dessa faktorer brukar kallas *nyckeldrivkrafter*.
- Scenarierna ska samtidigt vara både *trovärdiga* (plausibla) och utmanande, för att åstadkomma ett engagemang och leda till någon form av nytta.
- När man tar fram scenarierna bör det göras utifrån ett försök att formulera det problem som scenarierna ska belysa – en *fokusfråga*.
- Vid framtagande av scenarier bör man begränsa sig till några få. Fyra nämns som ett lämpligt antal. (Om man har flera ökar risken för oöverskådlighet om vad de olika scenarierna innebär. Har man två eller tre riskerar man en överdriven polarisering eller att man ”väljer mittscenariot”.)
- Samtliga presenterade scenarier ska vara tänkbara, dvs. inget scenario ska allmänt uppfattas som mer sannolikt eller ”det rätta” jämfört med de andra.
- Man ska undvika katastrof- respektive lyckoscenarier. Om man vill kan man istället ta med detta som *utmaningar* i alla, eller flera av scenarierna. Målsättningen bör vara att samtliga scenarier innehåller sådant som kan ses som både för- och nackdelar.

2.3 Motiv för scenarier inom vård och omsorg

I diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) arbetade beredningen med en framtidsbild, som togs fram med en metod som kallas backcasting. Denna metod bygger på att man först beskriver en önskvärd framtid och därefter stakar ut en väg att förverkliga den. Backcasting var den metod som bedömdes vara den bästa för att ge en sammanhängande och framåtsyftande be-

skrivning av de tre områden som behandlades i diskussionsbetänkandet. Det fanns mycket lite material som behandlade ett samhälle med en åldrande befolkning i förhållande till arbetsliv, samhällsliv och vardagsliv.

När det gäller vård och omsorg om äldre kan konstateras att det finns mycket material och många visioner. Inom vård och omsorg finns också flera mycket aktiva aktörer på nationell nivå till skillnad mot andra områden. Av faktaunderlaget inför hearingarna framgår att det kan vara så att mängden visioner och mål har bidragit till den bristande tilltro som finns i första hand till äldreomsorgen, men även i viss mån till hälso- och sjukvården. I diskussioner om de problem som finns inom vård och omsorg om äldre så är det inte ovanligt att det görs uttalanden som tillför ännu mer visioner istället för att konkretisera aktuella problem.

I beredningens arbete med framtidens vård och omsorg om äldre finns därför skäl att arbeta med scenarier som visar på olika alternativa möjligheter och dess för- och nackdelar. Ett sådant arbetssätt skulle också stämma med den förväntan som finns från uppdragsgivaren. Socialminister Lars Engqvist har i dokumentet *En god äldreomsorg på lika villkor – ett trygghetskontrakt med medborgarna* (2003-02-19) redovisat att slutbetänkandet från SENIOR 2005 ska vara underlag för en bred diskussion om framtidens vård och omsorg om äldre.

För att scenarierna ska kunna användas vid denna form av diskussioner har SENIOR 2005 inte tagit ställning för ett visst scenario i slutbetänkandet. Uppgiften har i stället varit att beskriva de olika scenarierna på ett sådant sätt så att både för- och nackdelar framgår.

3 Bakgrund till scenarier inom vård och omsorg

3.1 Centrala utgångspunkter

Som utgångspunkt för scenarierna har SENIOR 2005 de tre huvudprinciper för äldrepolitiken som redovisades i *Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken* (prop. 1997/98:113). De innebär att äldrepolitiken ska vara

- demokratiskt styrd genom folkvalda församlingar
- solidariskt finansierad genom skattemedel
- tillgänglig efter behov och inte efter köpkraft.

Beredningen har även haft följande utgångspunkter för sina scenarier:

1. Stat, landsting och kommuner har det yttersta ansvaret för att äldre personer får sina behov tillgodosedda.
2. Vård och omsorg om äldre personer är viktigt för individen under olika delar av livsloppet:
 - som äldre
 - som anhörig/närstående till en äldre person i behov av vård och omsorg
 - som medfinansierare av sin egen framtida vård och omsorg som äldre
 - som medfinansierare av offentlig vård och omsorg om äldre.
3. Vård och omsorg om äldre är viktigt för samhället för att skapa stabila levnadsförhållanden som bl.a. kan
 - möjliggöra flexibla livsloppsmönster
 - möjliggöra för anhöriga/närstående till äldre personer att vara delaktiga i förvärvsarbete och andra delar av samhällslivet
 - stärka sammanhållningen över generationsgränserna.

3.2 Vilket problem ska scenarierna belysa?

I *Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre* gör SENIOR 2005 bedömningen att principen om mainstreaming och de fyra nycklarna som presenterades i diskussionsbetänkandet bör användas även inom vård och omsorg. Beredningen pekar samtidigt på behovet av en femte nyckel som mer direkt avser vård och omsorg.

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

Det problem (*fokusfråga*) som scenarierna ska belysa skulle då vara den femte nyckeln formulerad som en fråga med beaktande av vad som har framkommit vid bl.a. hearingarna och i vårt arbete.

- Hur kan det offentliga åtagandet för vård och omsorg om äldre tydliggöras i ett samhälle där antalet och andelen äldre ökar samtidigt som det offentliga åtagandet säkerställs avseende finansiering och personalförsörjning?

Mot bakgrund av *fokusfrågan* och de faktorer (*drivkrafter*) som påverkar förutsättningarna för scenarierna kan två *huvuddimensioner* identifieras.

Scenarierna ska fånga brytningen mellan:

- Trygghet över den enskilde individens livslopp
- Social och ekonomisk hållbarhet över generationsgränser.

Båda dessa huvuddimensioner kan i sin tur delas in efter två andra viktiga dimensioner:

- Tydlighet i vad den offentliga vården och omsorgen omfattar
- Flexibilitet i förhållande till individuella behov respektive samhällsekonomiska förändringar.

3.3 Vilka faktorer påverkar förutsättningar för vården och omsorgen om de äldre i framtiden?

Det är en mängd faktorer (*drivkrafter*) som påverkar förutsättningar för framtidens vård och omsorg om de äldre. Vissa redovisas i diskussionsbetänkandet *Riv ålderstrappan!* (SOU 2002:29) och andra i *Fakta och frågeställningar inför hearingar om framtidens vård och omsorg om äldre* med tillhörande bilagor. Ytterligare bakgrundsmaterial finns i rapporter från andra utredningar, i forskningsrapporter och andra skrifter som publicerats i olika sammanhang.

De faktorer som bedöms vara mest relevanta är:

- demografisk utveckling
- samhällsekonomisk utveckling
- hälsoutveckling
- utveckling av behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården
- skillnader mellan olika äldre avseende tillgång till resurser som t.ex. hälsa, (privat)ekonomi, familj och socialt nätverk samt utbildning och ny teknik

- regionala och lokala skillnader i förutsättningar att ge vård och omsorg
- mainstreaming av äldre frågor inom andra politikområden, som t.ex. förebyggande och hälsofrämjande arbete, samhällsplanering och boende
- individualisering av önskemål om vård och service
- familjemönster och förutsättningar för anhörigvård/närstående vård
- människors egen planering inför åldrandet, t.ex. sparande och ordnande av boende.

3.4 Inom vilka områden får scenarierna konsekvenser?

Scenarierna kan analyseras i förhållande till många områden som är viktiga när framtidens vård och omsorg om äldre utformas. SENIOR 2005 har valt att lyfta fram följande områden:

- möjligheter att tillgodose olika behov (fysiska, psykiska, sociala och existentiella)
- kostnader för vård och omsorg
- finansiering av vård och omsorg
- individens inflytande över vård och omsorg
- anhörigas/närståendes roll
- andra aktörer inom vård och omsorg (anhöriga/närstående, frivilligorganisationer och privat sektor)
- andra samhällssektorer (inkl. annan lagstiftning)
- prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper
- prioriteringar inom vård och omsorg om äldre
- rättssäkerhet
- regionala och lokala variationer
- tillgång till personal och kompetens
- maktfördelning och maktförskjutning.

En annan självklar del av analysen av scenarierna är att uppmärksamma om och i så fall hur de olika scenarierna påverkar

- män och kvinnor
- äldre med utländsk bakgrund
- äldre tillhörande de nationella minoriteterna.

4 Fyra vägar till framtidens vård och omsorg

4.1 Hur ser det ut idag?

Scenarierna har sin grund i de olika sätt att lagreglera vård och omsorg som finns i dag. Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (1993:387, LSS) är en rättighetslag som reglerar den enskildes rätt till olika insatser och därmed kommunernas skyldigheter. Där är målgrupper och insatser preciserade på ett tydligare sätt än i t.ex. socialtjänstlagen.

I socialtjänstlagen (2001:453, SoL) regleras både kommunernas skyldigheter och den enskildes rätt till bistånd i vissa situationer. Målgrupper och insatser är inte preciserade. När socialtjänstlagen trädde i kraft år 1982 var avsikten att de ansvariga politikerna genom riktlinjer m.m. skulle ge tjänstemännen förutsättningarna för att tillämpa lagstiftningen i det enskilda fallen. Under 1990-talet har Socialstyrelsen och forskning visat på att det skett en tydlig förskjutning mot att tjänstemän i ökad omfattning fattar beslut utan stöd av politiska beslut. Det finns exempel på att verksamheter har förändrats vad gäller både innehåll och kvalitet utan att det fattats politiska beslut om detta. I några fall finns beskrivningar av att tjänstemännen fått i uppdrag att klara av verksamheten inom vissa ekonomiska ramar, och för att klara detta har t.ex. serviceinsatserna minskat inom hemtjänsten i ordinärt boende. Det innebär att i vissa fall har tjänstemän beslutat om prioriteringar utan stöd av politiska beslut om grunderna för prioriteringar.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) regleras landstingens och kommunernas skyldigheter att tillhandahålla hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Den enskilde har inte rätt till hälso- och sjukvård. Politikerna har stiftat lagar som styr målen, villkoren och prioriteringsgrunder för verksamheten samt ställer ekonomiska förutsättningar till förfogande. I de enskilda fallen är det de professionella yrkesutövarna, främst läkarna, som beslutar vad den enskilde får för insatser m.m. mot bakgrund av vetenskap och beprövad erfarenhet och tillgängliga resurser.

I scenarierna har dessa olika sätt att hantera det offentliga åtagandet renodlats till fyra olika vägar till framtidens vård och omsorg om äldre människor. Scenarierna benämns:

- Juridiska vägen
- Politiska vägen
- Förvaltningsvägen
- Expertvägen.

4.2 Hur skulle det kunna se ut i morgon?

Med utgångspunkt i huvuddimensionerna och avvägningen mellan tydlighet och flexibilitet kan en matris för fyra scenarier konstrueras. Beskrivningen av dessa utgår ifrån de frågeområden som lyftes fram i faktaunderlaget inför hearingarna. Det är särskilt de tre första frågeområdena som tas upp i scenarierna, dvs. vårdens och omsorgens ansvar för äldres livssituation i förhållande till andra aktörer i samhället, ansvarsfördelning mellan individ, anhöriga och samhälle när det gäller äldre i behov av vård och omsorg samt skyldigheter och rättigheter inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Frågorna om hemtjänstens innehåll och kvarboende behandlas främst i analysen av respektive scenarios effekter inom olika områden.

Figur 1. Skiss över de fyra scenarierna

		Trygghet över hela livsloppet	
		Tydlighet	Flexibilitet
Social och ekonomisk hållbarhet över generationsgränser	Tydlighet	Juridiska vägen	Politiska vägen
	Flexibilitet	Förvaltningsvägen	Expertvägen

I det följande beskrivs de fyra alternativen kortfattat och något förenklat. För att få skillnaderna mellan de olika scenarierna att framgå tydligare görs beskrivningarna i vissa avseenden väl kategoriska och en del förhållanden ställs på sin spets.

Beskrivningarna av de olika scenarierna utgår ifrån följande:

- den enskildes rättigheter
- det offentligas ansvar
- likheter med nuvarande lagstiftning inom vård och omsorg
- politikernas huvuduppgifter.

Juridiska vägen

Den juridiska vägen innebär att den enskilde har preciserade rättigheter i juridiskt giltiga dokument (lagar med utkrävbara rättigheter, avtal m.m.). En viss likhet finns med rättigheterna i Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Det offentligas ansvar är klart preciserat både i vilka situationer, vilka insatser och vilken kvalitetsnivå, som det offentliga (stat, landsting och kommun) är skyldig att tillhandahålla för den enskilde. För att klara en sådan reglering som över tid omfattar 20–25 procent av befolkningen behöver lagstiftningen antingen innehålla mycket snävt preciserade rättigheter eller riskerar att innebära oöverblickbara konsekvenser när det gäller ekonomiska och personella resurser. Denna väg innebär att politikernas viktigaste uppgift är att forma förutsättningarna för systemet. Det gäller bl.a. lagstiftning och tillsyn, men också möjligheterna att verkställa de utfästa rättigheterna när det gäller både finansiering och tillgång till kompetent personal.

Rättigheterna är preciserade i lagstiftning (lagar och förordningar) vilket kräver att riksdagen fattar beslut om förändrade villkor. Vid införandet av denna form av lagstiftning presenterades det som långsiktiga utfästelser, som inte skulle förändras mer än undantagsvis. Rättigheterna för den enskilde motsvaras av skyldigheter för det offentliga att kunna garantera verkställandet av dessa. Det innebär att det offentliga omgående ska verkställa beviljade insatser och att det inte finns några icke verkställda beslut eller väntelistor.

Politiska vägen

Den politiska vägen innebär att den enskilde har rätt till behovsprövning och rätt till insatser, som är politiskt preciserade när det gäller såväl nivå och innehåll som kvalitet. En viss likhet finns med

utformningen av den nuvarande socialtjänstlagen. Det offentliga ansvar är delvis reglerat och preciserat. En huvuduppgift för politikerna blir att forma förutsättningarna för systemet, dvs. precisera insatsernas nivå, innehåll och kvalitet samt att lösa frågan om finansiering och tillgång till personal. Politikerna har även ansvar för att noga följa upp och eventuellt ompröva preciseringen av innehåll och kvalitet i insatserna.

Rättigheterna är i viss utsträckning preciserade i lagstiftning, men framför allt i form av politiskt antagna riktlinjer. Förändringar av lagstiftningen beslutas av riksdagen, medan riktlinjerna kan förändras genom andra former av politiska beslut. Denna form av precisering av rättigheter har en viss form av långsiktighet, men kan förändras efter uppföljning och utvärderingar. Preciseringarna motsvaras av skyldigheter för det offentliga att kunna garantera verkställighet av det som riktlinjerna omfattar.

Förvaltningsvägen

Förvaltningsvägen innebär att den enskilde har rätt till behovsbedömning men att insatsernas nivå, innehåll och kvalitet inte är vare sig juridiskt eller politiskt preciserade. En viss likhet finns med tillämpningen av den nuvarande socialtjänstlagen. Det offentliga ansvar är till viss del reglerat och preciserat. Politikernas huvuduppgift blir att forma systemet och förvaltningens (tjänstemännens) förutsättningar för att väga behov, insatser och ekonomiska förutsättningar mot varandra. Däremot har politikerna inte något direkt ansvar för innehållet i vården och omsorgen.

Den enskildes rätt till behovsbedömning är reglerad i lagstiftningen. I övrigt finns politiska beslut om ekonomiska resurser och generella uttalanden till vägledning för tjänstemännens handläggning av enskilda ärenden. De politiska besluten om ekonomi och verksamheten förändras när så behövs, i vissa fall årligen. Det offentliga har ansvar för att se till att ingen far direkt illa och att man lever upp till de allmänna mål som finns i lagstiftningen.

Expertvägen

Expertvägen innebär att den enskilde får insatser efter professionella bedömningar, men att han eller hon inte har rätt till några särskilda insatser med viss kvalitet. En viss likhet finns med regleringar i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen. Det offentliga ansvar är till någon del reglerat, men inte preciserat. Politikernas huvuduppgift blir att forma de yttre ramarna för systemet. Det kan t.ex. gälla att i lagstiftning reglera att de professionella bedömningarna ska ske utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att anvisa de ekonomiska ramarna. Politikerna har inte något direkt ansvar för innehållet i vård och omsorg.

Den enskilde får insatser efter en bedömning av de professionella yrkesutövarna, vilkas ansvar regleras i en särskild lagstiftning. Insatserna styrs av tillgängliga resurser, kunskapsläget inom området och den enskilde experten.

5 Fyra scenarier inom vård och omsorg om äldre

5.1 Vad innebär scenarierna?

Tidpunkt

Scenarierna utspelar sig år 2025, dvs. vid den tidpunkt i Sverige då de äldsta 40-talisterna är i 80-årsåldern och de som är födda under första delen av 1960-talet uppnår 65-årsåldern och vissa lämnar arbetslivet.

Samhället har använt tiden fram till år 2010 att förbereda sig för den situation som uppstår från 2020-talet och framåt. Beslut har fattats omkring år 2010 och förändringar av lagstiftningen har genomförts från år 2012.

Självklart har mycket i samhället förändrats under de år som gått. Vår utgångspunkt är dock att åldrandet inte har ändrats i grunden.

Juridiska vägen

Sedan år 2012 regleras rätten till hälso- och sjukvård samt till äldreomsorg i två rättighetslagar: Lagen om äldreomsorg och Hälso- och sjukvårdslagen. I lagstiftningen är det noggrant preciserat i

vilka situationer den enskilde har rätt till hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det framgår också vilka insatser som den enskilde kan få hjälp med och vilken kvalitet det ska vara på insatserna. Det är noga preciserat i vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. Om den enskilde vill ha/behöver hjälpmedel därutöver får han eller hon ordna det själv.

Insatserna och besluten är preciserade och standardiserade. Den person som uppfyller de i lagen angivna kriterierna för olika insatser beviljas och får dessa. Det finns däremot inga möjligheter att få andra insatser än dem som är angivna i lagstiftningen.

Politikerna har huvudansvaret för att ordna finansiering och se till att det finns tillgång till personal med rätt kompetens. Uppgiften för den handläggande personalen är att utreda om den enskilde uppfyller de krav som lagstiftningen uppställer, bevilja insatserna och följa upp att de tillgodoses. En av tillsynsmyndighetens uppgifter är att se till att lagstiftningen följs och att den tillämpas likartat över hela landet.

Politiska vägen

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen och den nya Socialtjänstlagen, som båda trädde i kraft år 2012, innebär att den enskilde har rätt till en behovsbedömning. Politikerna har gjort vissa preciseringar av vilka behov som den enskilde kan få hjälp med och vilka insatser som kan utgå i olika situationer. Det finns beskrivningar av vilken kvalitetsnivå som ska gälla för olika insatser. Det finns politiskt beslutade riktlinjer för vilka situationer och vilka hjälpmedel som den enskilde kan få inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen.

De situationer och de insatser som det offentliga åtagande omfattar är till stor del preciserat, och därmed även vad som inte ingår i det offentliga åtagandet. Inom dessa ramar finns vissa möjligheter att göra individuella bedömningar.

Politikerna har ansvar för att precisera insatsernas innehåll och kvalitet samt ordna finansiering och tillgång till personal med rätt kompetens för att utföra de insatser som den enskilde har rätt till. Sedan år 2012 har det gjorts två mer omfattande utvärderingar av innehåll och kvalitet i insatserna, vilket lett till mindre justeringar i både lagstiftning och de politiska riktlinjerna. Den handläggande personalens uppgift är att göra en prövning av den enskildes behov

och därefter fatta beslut om insatser i enlighet med de politiska prioriteringarna.

Förvaltningsvägen

Socialtjänstlagen moderniserades något år 2012, men grunderna finns kvar från år 1982. Hälso- och sjukvårdslagen har sedan år 2012 kompletterats med att den enskilde har rätt till bedömning av behovet av hälso- och sjukvård. Däremot finns inte i någon av lagstiftningarna några preciseringar, vare sig juridiskt eller politiskt, av i vilka situationer den enskilde kan få hjälp, vilka insatser som kan beviljas och vilken kvalitetsnivå det ska vara på insatserna. Bedömningen görs med utgångspunkt i lagstiftningens mål och tillgängliga resurser. Det är den handläggande personalen som gör behovsbedömningen och den enskilde beviljas de insatser han eller hon bedöms behöva och som det finns resurser till.

Lagstiftningen och politiska beslut anger ramarna för när den enskilde kan få tekniska hjälpmedel inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning fattar beslut om vilka hjälpmedel som den enskilde får med hänsyn till de ekonomiska resurserna.

Den enskildes rätt till vård och omsorg och det politiska ansvaret är till viss del preciserat och reglerat. För politikerna är den viktigaste uppgiften att ordna de ekonomiska förutsättningarna för vården och omsorgen om de äldre.

Expertvägen

Hälso- och sjukvårdslagen har moderniserats något år 2012, men grunderna från år 1983 finns kvar. Socialtjänstlagen förändrades år 2012, så att den blev en skyldighetslag i likhet med Hälso- och sjukvårdslagen. Den enskilde har inte längre några preciserade rättigheter, utan insatser ska ges inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser.

Insatserna och dess kvalitet är inte preciserade utan en bedömning görs i varje fall av de professionella yrkesutövarna. Målen i lagstiftningen, vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser styr bedömningen.

Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att tekniska hjälpmedel kan vara en åtgärd som ingår i den enskildes rehabilitering eller för att kompensera funktionsnedsättningar. Det är arbetsterapeuter och sjukgymnaster som efter en individuell bedömning prövar ut hjälpmedel med hänsyn till ekonomiska resurser och vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

Politikerna har ansvar för lagstiftningen och att ställa ekonomiska resurser till förfogande. Under perioden 2005–2025 satsades stora offentliga resurser på forskning inom socialtjänstens områden. Syftet med denna satsning har varit att ta fram vetenskapliga underlag, vilket till stora delar saknats tidigare.

5.2 Vilka konsekvenser får scenarierna inom några viktiga områden?

I det följande beskrivs kort vad de fyra scenarierna innebär i förhållande till några områden som är av stor betydelse för utformningen av den framtida vården och omsorgen om äldre. De områden som lyfts fram här är:

- möjligheter att tillgodose olika behov (fysiska, psykiska, sociala och existentiella)
- kostnader för vård och omsorg
- finansiering av vård och omsorg
- individens inflytande över vård och omsorg
- anhörigas/närståendes roll
- andra aktörer inom vård och omsorg (anhöriga/närstående, frivilligorganisationer och privat sektor)
- andra samhällssektorer (inkl. annan lagstiftning)
- prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper
- prioriteringar inom vård och omsorg om äldre
- rättssäkerhet
- regionala och lokala variationer
- tillgång till personal och kompetens
- maktfördelning och maktförskjutning.

Juridiska vägen

Den äldres möjligheter att få de behov som rättigheterna omfattar tillgodosedda kommer att vara mycket goda. Det finns däremot inga möjligheter att få behov tillgodosedda utanför de som rättigheterna omfattar. Den juridiska vägen kräver en noggrann detaljreglering av rättigheterna i lagstiftningen. Då det är enklare att precisera fysiska och praktiska behov blir det troligen svårare (eller t.o.m. omöjligt) att få psykiska, sociala och existentiella behov tillgodosedda inom det offentliga ansvar.

Den äldre som uppfyller lagstiftningens krav för att få vissa insatser och med en viss kvalitet har rätt att få det oavsett t.ex. aktuell budgetsituation och personalläge. Det ställer stora krav på att det offentliga har tillgång till nödvändiga ekonomiska resurser för att kunna verkställa beviljade insatser. I detta scenario finns inga icke verkställda beslut eller väntelistor utan det offentliga har att omgående verkställa fattade beslut, vilket kräver framförhållning när det gäller t.ex. särskilda boendeformer och tillgång till personal med rätt kompetens. Det kan medföra svårigheter för det offentliga att kunna kontrollera kostnaderna för vård och omsorg. Med stor sannolikhet är det nödvändigt att en rättighetslagstiftning hålls ihop på minst länsnivå eller till och med på nationell nivå.

För att klara finansiering av vård och omsorg enligt rättighetslagarna krävs att man byggt upp ”säkra” system, som innebär att det offentliga har tillgång till ekonomiska resurser oavsett läget i samhällsekonomin. Med stor sannolikhet är det inte möjligt att i sin helhet finansiera vård och omsorg med löpande intäkter. Det behövs någon form av fonderade medel för att klara t.ex. en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser. Garantin för finansiering behöver finnas på minst länsnivå eller på nationell nivå.

Den äldre har vissa möjligheter att påverka hur insatserna utförs. Den enskildes möjligheter att välja var och av vem vården och omsorgen ska utföras är beroende av hur man utformat systemet. Ett alternativ kan vara att den enskilde hänvisas till en ”godkänd” utförare (i offentlig eller privat regi). Ett annat alternativ kan vara att den enskilde väljer mellan ett antal ”godkända” utförare och den som utför insatserna erhåller ersättning från det offentliga.

Anhöriga/närstående kan hjälpa den äldre att söka de insatser han eller hon har rätt till och hjälpa till att bedöma om de ges på det sätt som utlovats. För insatser som inte ingår i det offentliga åtagandet kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga/när-

stående på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en långsiktig stabilitet i det som den äldre och de anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Detta bidrar till att anhöriga/närstående kan planera familje- och arbetsliv med vetskap om att den äldre får hjälp med att tillgodose de behov som rättigheterna omfattar. Det finns inget stöd som riktar sig direkt till anhöriga/närstående om man inte reglerar detta särskilt i t.ex. en lag om rätt till anhörigstöd/närståendestöd.

Då lagstiftningen på ett tydligt sätt reglerar vad som ingår i vården och omsorgen om äldre är det klart vad den enskilde kan förvänta sig i olika situationer. Ökad uppmärksamhet kommer att riktas mot andra aktörer som på olika sätt kan bidra till att lösa problem som inte omfattas av lagarna. Anhöriga kommer som tidigare att bidra med stora insatser och frivilligorganisationer kommer genom olika aktiviteter arbeta främst med att tillgodose sociala behov. För de äldre (och deras anhöriga/närstående) som har ekonomiska möjligheter kommer det att växa upp en privat sektor där man kan köpa insatser som tillgodoser behov som inte ingår i det offentliga åtagandet. Det kan gälla t.ex. serviceinsatser.

För behov som inte omfattas av rättighetslagarna behöver det finnas alternativa lösningar. Ett alternativ kan vara att andra samhällssektorer enligt lag är ansvariga för att deras verksamhet kan nyttjas av alla medborgare oberoende av t.ex. ålder och funktionshinder. Som exempel kan nämnas krav på boende, kollektivtrafik och tillgänglighet i offentliga miljöer och information. Ett annat alternativ är att den enskilde själv har ansvar för att ordna så att han eller hon kan få hjälp om och när behov uppkommer. Det kan ske genom att den enskilde t.ex. sparar inför ålderdomen och/eller tecknar en försäkring som täcker insatser som inte ingår i rättighetslagarna. För att det ska finnas någon motsvarighet till socialnämndens yttersta ansvar enligt den nu gällande socialtjänstlagen krävs ytterligare lagstiftning utöver rättighetslagarna.

Det ställs mycket stora krav på att det offentliga kan garantera ekonomiska och personella resurser för att den enskilde ska få sina rättigheter. De åldersgrupper/målgrupper som omfattas av en rättighetslag har en stark ställning vid prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper. Det skulle kunna innebära att om skola och barnomsorg regleras av en skyldighetslagstiftning, medan äldres rätt till vård och omsorg regleras i en rättighetslagstiftning krävs det hårda prioriteringar mellan samhällssektorer och ålders-

grupper för att ”alltid” klara av att verkställa utlovade rättigheter. En sådan ordning påverkar också andra samhällssektorer som inte omfattas av rättighetslagstiftningar. Exempel på sådana är fritid, kultur och infrastruktur.

Prioriteringar inom vård och omsorg om äldre är gjorda i samband med lagstiftandet. Möjligheterna till omprioriteringar är små då de fordrar ändringar i gällande lagstiftning. Med stor sannolikhet innebär det en mycket tydlig prioritering av personer med omfattande behov av vård och omsorg. En förklaring till det är att det är svårare att reglera mindre omfattande behov och förebyggande insatser i lagstiftningen.

Den enskildes rättssäkerhet är god då rättigheterna är noggrant preciserade i lagstiftningen. Under förutsättning att man utvecklat bra instrument för att se om den enskilde uppfyller de i lagen angivna kriterierna för att få en viss insats minskar risken för subjektiva bedömningar. Ett sådant instrument har troligen mycket små möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i den enskildes ärende. Den enskilde kan överklaga beslutet med s.k. förvaltningsbesvär.

Nationella rättighetslagar ger i princip inte utrymme för några regionala eller lokala variationer. Bedömningen av behov ska ske på samma sätt i hela landet och insatserna och kvaliteten är preciserade i lagstiftningen.

För att det offentliga ska kunna garantera att den enskilde får beviljade insatser ställs mycket stora krav på både tillgång till personal i rätt omfattning och personal med rätt kompetens. Lagstiftningen ska tillämpas på samma sätt i hela landet vilket innebär att det offentliga måste ha tillgång till personal för att verkställa beviljade insatser i hela Sverige. Det ställer i sin tur stora krav på ansvariga för både planering och genomförande av vård- och omsorgsutbildningar på både gymnasienivå och högskolenivå. Utbildningarna måste vara rätt dimensionerade och ha rätt innehåll så att personalen har rätt kompetens för att utföra de utlovade insatserna. Kravet på att det offentliga kan garantera tillgång till personal kan påverka lönebildning, behov av arbetskraftsinvandring m.m. Det offentliga har inga skyldigheter att se till att det finns tillgång till personal till insatser som inte ingår i rättighetslagarna.

Rättighetslagarna innebär att rättigheter och skyldigheter följs åt. Det offentliga har i lagstiftningen utlovat vissa noga preciserade rättigheter till den enskilde. Med detta följer en skyldighet för det offentliga att kunna verkställa det utlovade genom att garantera

ekonomiska och personella resurser. Den enskilde har å sin sida rätt att i vissa situationer få vård och omsorg av en viss kvalitet. För att få del av dessa insatser måste den enskilde uppfylla noga preciserade krav.

Den politiska vägen

Den äldres möjligheter att få behov tillgodosedda som omfattas av de riktlinjer som politikerna antagit är goda. Det finns vissa förutsättningar att få behov utanför dessa tillgodosedda, då det finns en begränsad möjlighet att göra en individuell prövning. De politiska riktlinjerna omfattar främst fysiska och praktiska behov. Vissa möjligheter finns dock att ta hänsyn till psykiska, sociala och existentiella behov.

Lagar och de politiska dokumenten innebär att den äldre har rätt till de insatser och den kvalitetsnivå som utlovats oavsett t.ex. budgetsituation och personalläge. Det ställer stora krav på att det offentliga har tillgång till nödvändiga ekonomiska resurser för att tillgodose det som beviljats den äldre. I detta scenario finns inga icke verkställda beslut eller väntelistor när det gäller det som utlovats, vilket ställer krav på framförhållning när det gäller t.ex. särskilda boendeformer och tillgång till personal med rätt kompetens. Det kan medföra vissa svårigheter för det offentliga att kunna kontrollera kostnaderna för vård och omsorg. För att vara säker på att det offentliga klarar denna typ av åtagande kan de ansvariga "enheterna" inte vara för små. Systemet bör därför hållas ihop i tillräckligt stora enheter. Som exempel kan nämnas det problem som skulle kunna uppstå i en liten kommun om det blir flera äldre som har rätt till mycket omfattande vård och omsorg inom en kort period vilket kan "spräcka" budgeten för hela kommunen.

Det offentliga måste bygga upp "säkra" system för att kunna klara finansieringen av den vård och omsorg som utlovas i lagar och politiska dokument oavsett läget i samhällsekonomin. Det får anses tveksamt om det är möjligt att finansiera vård och omsorg enbart med löpande intäkter. Med stor sannolikhet behövs någon form av fonderade medel för att på kort sikt klara åtagandet vid t.ex. en lågkonjunktur eller vid ökade behov av insatser.

Den äldre har vissa möjligheter att, inom ramarna för de politiska riktlinjerna, påverka hur insatserna utförs. Den enskildes möjligheter att välja var och av vem vården och omsorgen ska utföras är

beroende av hur man utformat systemet. Ett alternativ kan vara att den enskilde hänvisas till en ”godkänd” utförare (i offentlig eller privat regi). Ett annat alternativ kan vara att den enskilde väljer mellan ett antal ”godkända” utförare och den som utför insatserna erhåller ersättning från det offentliga.

Anhöriga/närstående kan hjälpa den äldre att få del av de insatser som preciseras i de politiska dokumenten och hjälpa till att bedöma om de ges på det sätt som anges i riktlinjerna. För insatser som inte ingår i det som utlovats, kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga/närstående på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att dessa tillgodoses. Det finns en viss stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det ger möjligheter för anhöriga/närstående att kunna planera familje- och arbetsliv med vetskap om att den äldre får hjälp med det som riktlinjerna omfattar. Om det finns något stöd som riktar sig direkt till anhöriga/närstående beror på om det ingår i lagstiftning och riktlinjer.

Lagar och politiska riktlinjer reglerar på ett tydligt sätt vad som ingår i vården och omsorgen om äldre. Det är därmed klart vad den enskilde kan förvänta sig i dessa situationer. Ökad uppmärksamhet kommer att riktas mot andra aktörer som på olika sätt kan bidra till att lösa andra situationer än dessa. Anhöriga kommer som tidigare att bidra med stora insatser och frivilligorganisationer kommer genom olika aktiviteter arbeta främst med att tillgodose sociala behov. För de äldre (och deras anhöriga/närstående) som har ekonomiska möjligheter kommer det att växa upp en privat sektor där man kan köpa insatser för att tillgodose behov som inte kan tillgodoses inom ramen för det offentliga åtagandet. Det kan gälla t.ex. serviceinsatser i hemmet.

För behov som inte omfattas av lagar och politiska riktlinjer behöver det finnas alternativa lösningar. Ett alternativ kan vara att andra samhällssektorer enligt lag är ansvariga för att deras verksamhet kan nyttjas av alla medborgare oberoende av t.ex. ålder och funktionshinder. Som exempel kan nämnas krav på kollektivtrafik, boende och tillgänglighet när det gäller miljöer och information. Detta är möjligt att ordna när det gäller myndigheter och vissa andra verksamheter som är lagreglerade. Däremot är det tveksamt om och hur detta skulle gå att tillämpa inom näringslivet. Ett annat alternativ är att den enskilde själv har ansvar för att ordna så att han eller hon kan få hjälp om och när behov uppkommer. Det kan ske genom att den enskilde t.ex. sparar för ålderdomen och/eller teck-

nar en försäkring som täcker insatser som inte ingår i lagar och politiska riktlinjer. För att det ska finnas någon motsvarighet till socialnämndens yttersta ansvar enligt den nu gällande socialtjänstlagen krävs ytterligare lagstiftning utöver beskrivna lagar och politiska riktlinjer.

De åldersgrupper/målgrupper som omfattas av denna typ av utfästelser har en relativt stark ställning vid prioriteringar mellan samhällssektorer och åldersgrupper. Om preciseringarna enbart omfattar vård och omsorg om äldre får denna grupp en mycket stark ställning. Omfattar däremot preciseringarna flera samhällssektorer, som t.ex. barnomsorg, skola och vård och omsorg om äldre, ställs det stora krav på politikerna i flera avseenden. Det första är att utfästelserna inte omfattar mer än man faktiskt kan garantera att man klarar av att verkställa oavsett t.ex. läget i samhällsekonomin. Det krävs också att politikerna gör nödvändiga prioriteringar mellan de samhällssektorer och åldersgrupper som preciseringarna omfattar. Detta förhållande ställer också stora krav på politiskt mod, att stå för sina beslut över lång tid. En sådan ordning påverkar också förutsättningarna för det offentligas insatser inom andra områden än de som omfattas av denna typ av utfästelser. Fritid, kultur och infrastruktur är exempel på sådana områden.

Prioriteringarna inom vård och omsorg om äldre är huvudsakligen gjorda i samband med lagstiftning och beslut om de politiska riktlinjerna. Möjligheterna till omprioriteringar är begränsade då de kräver ändringar i främst de politiskt beslutade riktlinjerna som är tänkta att vara långsiktiga. Med stor sannolikhet innebär det en tydlig prioritering av personer med omfattande behov av vård och omsorg. En förklaring till det är att det är svårare att reglera mindre omfattande behov och förebyggande insatser i politiska riktlinjer.

Den enskildes rättssäkerhet är god då rättigheterna är preciserade i lag och politiska riktlinjer. Under förutsättning att man utvecklat bra metoder för att bedöma om den enskilde uppfyller de i riktlinjerna angivna kriterierna för att få en viss insats minskar risken för subjektiva bedömningar. De metoder som används för att bedöma behoven har troligen begränsade möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan överklaga beslutet med s.k. förvaltningsbesvär.

Lagarna lägger grunden för en viss enhetlighet över landet. Men beroende av om besluten om politiska riktlinjer fattas på nationell

nivå eller på regional och lokal nivå kan det finnas visst utrymme för regionala och lokala variationer.

Lagstiftningen och de politiska dokumenten ställer stora krav på att det offentliga kan garantera att det finns tillgång till personal med rätt kompetens för att tillhandahålla de insatser och den kvalitetsnivå som utlovats. Beroende på om de politiska riktlinjerna är nationella eller regionala/lokala kan kraven skilja sig något åt mellan olika delar av landet. Det ställer stora krav på ansvariga för såväl planering som genomförande av vård- och omsorgsutbildningar på både gymnasienivå och högskolenivå. Utbildningarna måste vara rätt dimensionerade och ha rätt innehåll så att personalen har rätt kompetens för att utföra de utlovade insatserna. För insatser som inte ingår i lagar och politiska dokument har det offentliga inga skyldigheter att se till att det finns tillgång till personal.

Lagar och politiska riktlinjer utgör grunden för det offentliga åtagandet som enligt planerna ska vara stabilt och inte förändras så ofta. Den enskilde har vissa rättigheter och det offentliga vissa skyldigheter när det gäller att kunna verkställa det utlovade. Tjänstemännen har en viktig roll när det gäller att inom ramen för de politiska besluten verkställa besluten. För att få del av rättigheterna ska den enskilde uppfylla vissa krav.

Förvaltningsvägen

Den äldres möjligheter att få olika behov tillgodosedda varierar. Det beror främst på vilka resurser, både ekonomiska och personella, som finns tillgängliga. Individens behov bedöms av handläggaren. Fysiska och praktiska behov har i praktiken företräde före psykiska, sociala och existentiella behov.

Den äldre beviljas de insatser som han eller hon bedöms behöva och som det finns resurser till. Det offentliga behöver tillgång till ekonomiska resurser för att tillgodose nödvändiga behov samt därutöver vad ekonomin tillåter. I detta scenario kan den äldre få vänta på insatser på grund av den ekonomiska situationen och/eller brist på personal. Det offentliga kan till viss del styra vilka insatser som beviljas och vilken kvalitet insatserna ska ha mot bakgrund av den ekonomiska situationen. Det innebär att det offentliga i ganska stor utsträckning kan kontrollera kostnaderna för vård och omsorg.

Det offentliga finansierar vård och omsorg i allt väsentligt med löpande intäkter. Vid en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser görs "hårdare" prioriteringar än i "bättre tider". Möjligheterna till finansiering varierar mellan olika delar av landet och riskerar att leda till ökade skillnader.

Vid behovsbedömningen har den enskilde vissa möjligheter att påverka vilka insatser som han eller hon beviljas inom ramen för de riktlinjer som finns och tillgängliga resurser. Den enskilde kan i viss utsträckning påverka hur insatserna utförs. Beroende på hur man konstruerat systemet så avgörs vilka möjligheter den enskilde har att välja var och av vem vården och omsorgen ska utföras. Ett alternativ är att den enskilde hänvisas till en "godkänd" utförare (i offentlig eller privat regi). Ett annat alternativ är att den enskilde väljer mellan ett antal "godkända" utförare och där den som utför insatserna erhåller betalning från det offentliga.

Det finns en osäkerhet om vad den äldre och dennes anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Anhöriga/närstående kan få hjälpa den äldre att få del av de insatser som finns och se till att de insatser som den äldre beviljats verkställs och att de är av en viss kvalitet. Om den äldre inte får insatser som den behöver kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga/närstående på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att behovet tillgodoses. Det finns en begränsad stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det skapar en osäkerhet för anhöriga/närstående när deras äldre närmar sig de åldrar när behov av vård och omsorg kan uppstå. Familj- och arbetsliv kan påverkas om de äldre inte kan få hjälp med insatser som de behöver på grund av det samhällsekonomiska läget eller personalbrist. Det kan utgå stöd direkt till anhöriga/närstående om det finns resurser och bedöms lämpligt ur ett helhetsperspektiv.

Det är oklart vad som ingår i det offentliga åtagandet inom vården och omsorgen om äldre och det kan snabbt förändras beroende på t.ex. det ekonomiska läget. Ökad uppmärksamhet kommer att riktas mot andra aktörer som på olika sätt kan bidra till att lösa de situationer som den äldre inte får hjälp med av det offentliga. Anhöriga kommer som tidigare att bidra med stora insatser när det gäller såväl praktisk hjälp som sociala insatser. Frivilligorganisationer kommer genom olika aktiviteter arbeta med att tillgodose främst sociala behov, men även hjälpa till med praktiska insatser. För de äldre (och deras anhöriga/närstående) som har

ekonomiska möjligheter kommer det att växa upp en privat sektor där man kan köpa insatser som för att tillgodose behov som inte kan tillgodoses inom ramen för det offentliga åtagandet. Det kan gälla t.ex. serviceinsatser i hemmet och hälso- och sjukvård.

I lagstiftningen anges grunderna för vad som ingår i hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens ansvarsområden. Vilka situationer, vilka insatser och vilken kvalitetsnivå som gäller är inte preciserat. Vad som ingår och inte ingår kan därmed förändras från i princip ett år till ett annat. Det finns möjligheter att anpassa insatserna vid tillämpningen i det enskilda fallet under förutsättning att man har resurser för detta. Det är svårt att se hur behov som inte omfattas av lagstiftningen och aktuella beslut om resurser ska hanteras, då detta kan förändras med kort varsel. Även i detta scenario kan ett grundläggande krav vara att andra samhällssektorer enligt lag har ett ansvar för att deras verksamhet kan nyttjas av alla medborgare oberoende av t.ex. ålder och funktionshinder. Som exempel kan nämnas krav på kollektivtrafik, boende och tillgänglighet när det gäller miljöer och information. Detta är möjligt att ordna när det gäller myndigheter och vissa andra verksamheter som är lagreglerade. En fråga är dock om denna lagstiftning kan vara mer långtgående i sina utfästelser än lagstiftningen inom vård och omsorg, dvs. ställa hårdare krav på dessa myndigheter och verksamheter att klara åtaganden oavsett t.ex. ekonomisk situation. Det är också tveksamt om och hur detta går att tillämpa inom näringslivet. Osäkerheten om vad som ingår i det offentliga åtagandet kan medföra att den enskilde själv tar ansvar för att ordna så att han eller hon kan få hjälp om och när behov uppkommer. Det kan ske genom att den enskilde t.ex. tecknar en försäkring och/eller sparar för att kunna klara av att finansiera behov av hjälp under ålderdomen. Sparandet påbörjas och försäkringstecknade sker tidigt i vuxenlivet för att klara av att bygga upp en ekonomisk reserv med begränsade insatser. I Socialtjänstlagen finns en mot- svarighet till socialnämndens yttersta ansvar enligt den nu gällande socialtjänstlagen.

Politikernas ansvar är att ställa ekonomiska resurser till förfogande för olika samhällssektorer, som sedan handhas av handläggarna. Detta kommer att ställa stora krav på prioriteringar mellan olika samhällssektorer och åldersgrupper. Politikerna kommer att utsättas för stora påtryckningar under budgetarbetet från olika intresseorganisationer, som argumenterar för att just deras område är viktigast för enskilda och samhället.

Prioriteringarna inom vård och omsorg om äldre görs slutligen av politikerna varje år i samband med beslut om budgeten. Grunden för de politiska prioriteringarna finns i lagstiftning och förs vidare till tjänstemännen i generella uttalanden som ska vara till vägledning i handläggningen av enskilda ärenden. Möjligheter till omprioriteringar finns, men begränsas av den grundläggande nivån i lagstiftningen som inte kan prioriteras bort. Med stor sannolikhet innebär det en tydlig prioritering av personer med störst behov av vård och omsorg. Under förutsättning att det offentliga har resurser finns det möjligheter att även tillhandahålla insatser för personer med mindre omfattande behov och förebyggande insatser.

Den enskildes rättssäkerhet är begränsad då han eller hon inte har rätt till några särskilda insatser eller kvalitet på insatserna. Rättssäkerheten är beroende av om man utvecklat bra metoder för att bedöma den enskildes behov. Risker för subjektiva bedömningar är större än i scenarierna *Juridiska vägen* och *Politiska vägen* beroende på att insatser och kvalitet inte är preciserade. Det bör finnas goda möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan överklaga beslutet genom laglighetsprövning (f.d. kommunalbesvär).

Med lagarna som grund är utrymmet för lokala och regionala variationer stort när det gäller såväl politiska beslut som tillämpningen av tjänstemän i de enskilda ärendena. Möjligheterna är stora när det gäller att ta hänsyn till regionala och lokala förutsättningar, vad gäller både behov och resurser.

Det offentliga möjligheter att erbjuda och verkställa beviljade insatser påverkas i vissa situationer av tillgången till personal. Det är ganska stora skillnader över landet när det gäller tillgång till personal med rätt kompetens. Ansvariga för både planering och genomförande av vård- och omsorgsutbildningar på både gymnasienivå och högskolenivå försöker anpassa utbildningarna efter efterfrågan. Den varierar med den ekonomiska situationen och mellan olika delar av landet.

Det offentliga har ansvar för att tillgodose någon form av miniminivå av vård och omsorg om äldre, vilket ger den enskilde vård och omsorg på denna nivå. Den enskilde har inga rättigheter och det offentliga inga skyldigheter utöver denna nivå. Det är tjänstemännen som ansvarar för tillämpningen i det enskilda fallet med utgångspunkt i politiska beslut och tillgängliga resurser.

Expertvägen

Den äldres möjligheter att få olika behov tillgodosedda varierar i stor utsträckning. Det beror på tillgång till olika former av resurser, till kunskapsläget inom aktuella områden och den expert som ansvarar för det enskilda ärendet. Vid behovsbedömningen kan hänsyn tas till olika typer av behov, vilket dock inte innebär att alla behov tillgodoses.

Den äldre har inte rätt till några preciserade insatser utan vård och omsorg ges inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser. Det offentliga behöver tillgång till ekonomiska resurser för att tillgodose nödvändiga behov samt därutöver vad ekonomin tillåter. Det offentliga bestämmer hur mycket som ska satsas på hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen pågår en ständig utveckling av nya metoder och produkter, t.ex. nya läkemedel och behandlingsmetoder. Detta leder till ständig omprövning av vad den enskilde ska kunna få för insatser samtidigt som det offentliga ska klara de ekonomiska ramarna. Det finns en viss risk för konkurrens mellan olika professioner och specialiteter för att omprövningen ska drabba "deras" område så lite som möjligt.

Det offentliga finansierar vård och omsorg i allt väsentligt med löpande intäkter. Vid en lågkonjunktur eller ökade behov av insatser görs "hårdare" prioriteringar än i "bättre tider". Möjligheterna till finansiering varierar mellan olika delar av landet och riskerar att leda till ökade skillnader.

Det är de professionella yrkesutövarna som bedömer vilka insatser som den enskilde ska få. Den enskilde kan inte kräva att få några särskilda insatser utan de professionella bedömningarna grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. I någon mån kan den enskilde påverka hur insatserna utförs. Beroende på hur man konstruerat systemet så avgörs vilka möjligheter den enskilde har att välja var och av vem vården och omsorgen ska utföras. Ett alternativ är att den enskilde hänvisas till en "godkänd" utförare (i offentlig eller privat regi). Ett annat alternativ är att den enskilde väljer mellan ett antal "godkända" utförare och där den som utför insatserna erhåller betalning från det offentliga.

Det finns en osäkerhet om vad den äldre och dennes anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Anhöriga/närstående kan få hjälpa den äldre att få del av insatser inom vård och omsorg och försöka bedöma att det är en viss

kvalitet på insatserna. Om den äldre inte får insatser som han eller hon behöver kan krav och förväntningar riktas mot att anhöriga/närstående på olika sätt ska hjälpa till med att ordna så att behovet tillgodoses. Det finns en begränsad stabilitet över tid när det gäller vad den äldre och dennes anhöriga/närstående kan förvänta sig från offentlig vård och omsorg. Det skapar en osäkerhet för anhöriga/närstående när deras äldre närmar sig de åldrar när behov av vård och omsorg kan uppstå. Familj- och arbetsliv kan påverkas om de äldre inte kan få hjälp med insatser som de behöver på grund av t.ex. tillgång till ekonomiska och personella resurser, kunskapsläget inom ett visst område och den enskilda experten. Det finns inget stöd som riktar sig direkt till anhöriga/närstående, utan det är enbart den äldres behov av vård och omsorg som avgör vilka insatser som ges.

Det är oklart vad som ingår i det offentliga åtagandet inom vården och omsorgen om äldre och det kan snabbt förändras beroende på t.ex. det ekonomiska läget och vetenskap och beprövad erfarenhet. Ökad uppmärksamhet kommer att riktas mot andra aktörer som på olika sätt kan bidra till att lösa de situationer som den äldre inte får hjälp med av det offentliga. Anhöriga kommer som tidigare att bidra med stora insatser när det gäller såväl praktisk hjälp som sociala insatser. Frivilligorganisationer kommer genom olika aktiviteter arbeta med att tillgodose främst sociala behov, men även hjälpa till med praktiska insatser. För de äldre (och deras anhöriga/närstående) som har ekonomiska möjligheter kommer det att växa upp en privat sektor där man kan köpa insatser för att tillgodose behov som inte kan tillgodoses inom ramen för det offentliga åtagandet. Det kan gälla t.ex. serviceinsatser i hemmet och hälso- och sjukvård.

Det är svårt att se hur behov som inte omfattas av lagstiftningen och aktuella beslut om resurser ska hanteras, då detta kan förändras med kort varsel. Även i detta scenario kan ett grundläggande krav vara att andra samhällssektorer enligt lag har ett ansvar för att deras verksamhet kan nyttjas av alla medborgare oberoende av t.ex. ålder och funktionshinder. Som exempel kan nämnas krav på kollektivtrafik, boende och tillgänglighet när det gäller miljöer och information. Detta är möjligt att ordna när det gäller myndigheter och vissa andra verksamheter som är lagreglerade. En fråga är dock om denna lagstiftning kan vara mer långtgående i sina utfästelser än lagstiftningen inom vård och omsorg, dvs. ställa hårdare krav på dessa myndigheter och verksamheter att klara åtaganden oavsett

t.ex. ekonomisk situation. Det är också tveksamt om detta går att tillämpa inom näringslivet. Osäkerheten om vad som ingår i det offentliga åtagandet medför att den enskilde själv tar ansvar för att ordna så att han eller hon kan få hjälp om och när behov uppkommer. Det kan ske genom att den enskilde t.ex. tecknar en försäkring och/eller sparar för att kunna klara av att finansiera behov av hjälp under ålderdomen. Sparandet påbörjas och försäkrings-tecknade sker tidigt i vuxenlivet för att klara av att bygga upp en ekonomisk reserv med begränsade insatser. I Socialtjänstlagen finns en motsvarighet till socialnämndens yttersta ansvar enligt den nu gällande socialtjänstlagen.

Huvuduppgiften för politikerna är att ställa ekonomiska resurser till förfogande för olika samhällssektorer som sedan handhas av experterna. Det kommer att ställa stora krav på prioriteringar mellan olika samhällssektorer och åldersgrupper. Politikerna kommer att utsättas för stora påtryckningar under budgetarbetet av företrädare för såväl olika professioner som för olika intresseorganisationer för att just deras område eller målgrupp är viktigast.

Prioriteringarna inom vård och omsorg om äldre görs slutligen av politikerna varje år i samband med beslut om budgeten. Grunden för prioriteringarna finns i lagstiftningen. Det är sedan de professionella yrkesutövarna som gör prioriteringarna med utgångspunkt i lagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet samt tillgängliga resurser. De professionella yrkesutövarnas prioriteringar kan avse såväl grupper som individer.

Den enskildes rättssäkerhet är begränsad då han eller hon inte har rätt till några särskilda insatser eller kvalitet på insatserna. "Rättssäkerheten" är beroende av de professionella yrkesutövarnas sätt att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet inom ramen för tillgängliga resurser. Risken för subjektiva bedömningar är större än i scenarierna *Juridiska vägen* och *Politiska vägen* beroende på att insatser och kvalitet inte är preciserade. Det finns vissa möjligheter att ta hänsyn till speciella omständigheter i det enskilda ärendet. Den enskilde kan inte överklaga den professionella yrkesutövarens bedömning och "beslut". Det finns däremot möjligheter att klaga när man anser sig felbehandlad. Den enskilde bör få vård och omsorg så snart möjligt med hänsyn tagen till prioriteringar samt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utrymmet för lokala och regionala variationer är stort när det gäller de politiska besluten. Det finns goda möjligheter att ta hänsyn till regionala och lokala förutsättningar när det gäller både

behov och resurser. De professionella yrkesutövarna har däremot att, med utgångspunkt i reglerna för prioriteringar, tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet inom ramen för de ekonomiska resurserna.

Det offentliga möjligheter att erbjuda och verkställa beviljade insatser påverkas i vissa situationer av tillgången till personal. Det är ganska stora skillnader över landet när det gäller tillgång till personal med rätt kompetens. Ansvariga för både planering och genomförande av vård- och omsorgsutbildningar på både gymnasienivå och högskolenivå försöker anpassa utbildningarna efter efterfrågan. Den varierar med den ekonomiska situationen och mellan olika delar av landet.

Det offentliga har ansvar för att tillgodose någon form av miniminivå av vård och omsorg om äldre, vilket ger den enskilde vård och omsorg på denna nivå. Den enskilde har inga rättigheter och det offentliga inga skyldigheter utöver denna nivå. Det är de professionella yrkesutövarna som har att bedöma behov av vård och omsorg i det enskilda fallet utifrån tillgängliga resurser och vetenskap och beprövad erfarenhet.

6 Vad skulle de fyra scenarierna betyda för olika människor?

Ytterst handlar frågan om det offentliga åtagandet givetvis om vilken vård och omsorg som enskilda människor kan få – eller inte få – för att få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. I det följande beskrivs situationen för fyra äldre personer i behov av vård och omsorg. Efter varje beskrivning följer en kort redovisning av vilken vård och omsorg som personerna skulle kunna få inom ramen för de olika scenarierna.

6.1 Birgitta 84 år

Birgitta Andersson är 84 år (född 1941) och ensamstående. Hennes sambo sedan 50 år avled för ett år sen. Fram till pensioneringen arbetade både Birgitta och hennes sambo som lärare inom gymnasieskolan. Birgitta har alltid läst mycket och trivs ute i skog och mark.

Birgitta har tre barn, varav två från ett tidigare äktenskap, och sju barnbarn. Äldsta sonen Peter är 65 år (född 1960) och bor i ett samhälle ett par mil bort. Dottern Catharina, 62 år (född 1963), och yngsta sonen Andreas, 49 år (född 1976), är bosatta i universitetsstaden 15 mil från Birgitta. Dotterdottern Elin, 37 år (född 1988), är med man och tre barn, 10 år (född 2015), 7 år (född 2018) och 4 år (född 2021), bosatta i samma kvarter som Birgitta.

Efter sambons död har Birgitta flyttat från den villa där hon och sambon bott under 45 år till en trerumslägenhet i X-köping. När Birgitta bodde i villan bodde den äldsta sonen i samma samhälle, men i ett annat område. Lägenheten är belägen i ett hus med hiss och hygienutrymme är stort och inrett med dusch. Det finns allmänna kommunikationer till samhället där sonen, gamla vänner och grannar bor kvar. Hon har inte hunnit bygga upp så många nya relationer i sin nya närmiljö.

I 50-årsåldern drabbades Birgitta av bröstcancer, vilken behandlades med bra resultat. Under många år gick hon därefter på kontroller. I övrigt har hon i allt väsentligt varit frisk, men bytte en höftled i 70-årsåldern.

Under de senaste månaderna har Birgitta känt sig deprimerad. Förra veckan tog hon kontakt med Vårdcentralen för att få hjälp. Innan hon hinner göra läkarbesöket som bokats vid telefonkontakten drabbas hon av stroke. Det är dotterdottern Elin som hittar henne.

Hon åker med ambulans till sjukhuset i storstaden fyra mil bort. Diagnos ställs och behandling sätts in omedelbart. Efter fyra dygn flyttas hon över till sjukhuset i X-köping för fortsatt behandling och rehabilitering.

Birgitta är halvsidigt förlamad och har afasi. Hon verkar förstå det som sägs men kan inte tala själv.

Efter ytterligare ett par veckor på sjukhuset med rehabilitering kan små framsteg ses när det gäller rörelseförmågan. Barn och barnbarn med familjer har varit på besök. Anhöriga och personal är överens om bedömningen att de intellektuella funktionerna inte har skadats. I "samtal" med barnen och dotterdottern har Birgitta gett uttryck för att hon vill hem till sin lägenhet. Hon vill inte flytta till ett särskilt boende.

Vårdplaneringen, som påbörjats redan på stora sjukhuset, fortsätter. Det konstateras att Birgitta har omfattande behov av vård och omsorg. Hon behöver hjälp helt eller delvis med personlig omvårdnad som hygien, på- och avklädning, toalettbesök och intag av

mat och dryck. Hon behöver också hjälp med serviceinsatser som t.ex. inköp, tvätt, matlagning och städning. Rehabiliteringen behöver fortsätta i syfte att förbättra både rörelse- och talförmåga. Även om Birgitta inte blir helt återställd kommer även mindre framsteg att betyda mycket för hennes möjligheter att klara sig själv. Ett första mål är att hon ska kunna äta själv. Birgitta har också behov av sociala kontakter, vilket hon just nu har svårt att själv tillgodose.

Det senaste året har Birgitta varit med om tre händelser som har förändrat hennes liv i grunden. Hon blev ”änka”, hon har flyttat från hus och närmiljö och hon har drabbats av allvarlig sjukdom som åtminstone på kort sikt innebär stora funktionshinder och behov av vård och omsorg.

Hur kan Birgitta få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?

Juridiska vägen: Enligt Lagen om äldreomsorg kan Birgitta få hjälp med personlig omvårdnad sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 6 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. När man har så omfattande behov av personlig omvårdnad kan Birgitta också beviljas hjälp med serviceinsatserna städning 2 timmar varannan vecka, tvätt 2 timmar varannan vecka, inköp 1 gång per vecka samt hjälp med att värma mat varje dag med 15 minuter. Det är däremot inte möjligt för Birgitta att få stöd med sociala kontakter, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart omfattar praktisk hjälp till den enskilda personen och i vissa fall hushållet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan Birgitta få rehabilitering inom dagvården 5 dagar per vecka under 1 månad. Insatserna utförs av vårdpersonal under ledning av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Efter en månad görs en prövning av om insatserna ska fortsätta.

Politiska vägen: Enligt Socialtjänstlagen kan Birgitta beviljas hjälp med såväl personlig omvårdnad som serviceinsatser. Birgittas behov av hjälp med personlig omvårdnad bedöms omfatta 7 timmar per dygn fördelade på sex tillfällen. I detta skall ingå möjligheten att komma ut varje dag.

När det gäller serviceinsatser beviljas Birgitta 3 timmar per vecka som ska räcka till städning, tvätt och inköp. Hon disponerar själv dessa timmar och vill hon ha mer insatser får hon själv ordna dessa.

Enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Birgitta ha behov av rehabilitering under de närmaste tre månaderna. Syftet är att försöka träna upp de förlorade funktionerna så långt möjligt för att hon ska få klara sig själv så gott det går. Birgitta kommer att gå på dagvård 4 dagar i veckan och där få både rörelseträning och talträning. Deltagandet i dagvården bedöms också ge Birgitta möjligheter till sociala kontakter.

Förvaltningsvägen: Enligt Socialtjänstlagen beviljas Birgitta hjälp med i första hand personlig omvårdnad och om de ekonomiska och personella resurserna räcker även med serviceinsatser. Till att börja med får Birgitta hjälp med personlig omvårdnad 5 timmar per dygn fördelade på sex tillfällen. Om resurserna räcker kan hon få hjälp med att komma ut 1-2 gånger per vecka. I ett inledningsskede beviljas Birgitta 2 timmar per vecka till serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Det finns inte tid till matlagning men vårdpersonalen kan hjälpa till att värma färdiglagad mat.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Birgitta har behov av fortsatt rehabilitering. Birgitta skulle behöva träning 5 dagar per vecka men hon beviljas 3 dagar per vecka, då dagvården inte har möjlighet att ta emot fler patienter.

Expertvägen: Birgitta har inte rätt till några särskilda insatser enligt Socialtjänstlagen men får hjälp med personlig omvårdnad fem gånger per dygn och med serviceinsatser 3 timmar i veckan.

Hon skulle behöva komma till en dagverksamhet 2–3 gånger i veckan för att komma hemifrån, träna talförmågan och träffa andra. För närvarande kan dock inte dagverksamheten ta emot fler utan Birgitta sätts upp på en väntelista.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen får hon rehabilitering i hemmet 4 gånger per vecka, då det visat sig vara mycket mer effektivt än inom en dagvårdsverksamhet.

6.2 Mats 86 år och Solveig 81 år

Makarna Johansson, Mats 86 år (född 1939) och Solveig 81 år (född 1944), bor sedan drygt 50 år i en villa från 1970-talet i ett villaområde, en mil utanför Y-köping. Det finns allmänna kommunikationer som passerar på "landsvägen" förbi villaområdet. Det finns inte någon livsmedelsaffär eller annan offentlig och kommersiell service i området. Solveig har körkort och kör bil när de

t.ex. åker och handlar eller gör besök inom sjukvården. Mats har arbetat som industriarbetare och Solveig har arbetat som undersköterska inom akutsjukvården.

Makarna har inga barn. Deras närmaste anhöriga är syskon och syskonbarn som är bosatta på andra orter. De har jämnåriga vänner som bor både i villaområdet och i Y-köping. Många av grannarna är yngre, men då Mats och Solveig bott så länge i området känner makarna de närmaste grannarna väl.

Det är fyra år sedan Mats fick diagnosen Alzheimers sjukdom. Diagnosen ställdes i ett tidigt skede av sjukdomen och under de här åren har Mats behandlats med ”bromsmediciner”. Han har varit fysiskt pigg och under Solveigs ”ledning” har han kunnat klippa gräset i trädgården och skotta snö samt hjälpa till vid inköp. Det senaste halvåret har Solveig observerat en tydlig försämring av minnesfunktionen.

Solveig har i allt väsentligt varit frisk i hela sitt liv. Sedan tjugo år har hon ett högt blodtryck som behandlats framgångsrikt. Efter ett långt arbetsliv i vården finns vissa förslitningsskador i ryggen.

För två månader sedan drabbades Mats av en stor hjärtinfarkt som medfört en bestående hjärtsvikt. Vid vårdplaneringen har framkommit att man hoppas på en fortsatt förbättring, men att man inte tror att Mats kommer att bli återställd så att han orkar med de tyngre sysslor som han tidigare skött. Demenssjukdomen har ytterligare försämrats under sjukhusvistelsen och tiden som korttidsboende i ett särskilt boende. Mats behöver nu hjälp helt eller delvis med det mesta. Han kan t.ex. ta på sig skjortan om man står bredvid och uppmuntrar och hjälper till med ärmarna.

Solveig börjar nu fundera på hennes och Mats fortsatta liv tillsammans. Hon kan inte längre diskutera denna typ av frågor med Mats. Han tappar tråden och börjar ställa frågor om när de ska äta middag. Om Mats ska komma hem behöver badrummet göras om. För det första behöver badkaret bytas ut mot en dusch, men även trappan, med fem trappsteg, upp till huset behöver få en annan lösning. Solveig undrar över hur hon ska klara allt, att sköta såväl sig själv som Mats och samtidigt hus och trädgård. Det skulle kanske vara en lösning att flytta till en lägenhet inne i Y-köping, där de slipper trädgård och det finns affärer i närheten.

Solveig känner att hon skulle orka sköta Mats om hon fick hjälp med praktiska sysslor som städning, tvätt och inköp. Inköpen skulle hon helst vilja göra själv, men det kommer inte att gå om Mats är med när de ska göra veckoinköpen. En väninna som också

sköter sin man, som drabbats av en stroke, får hjälp från äldreomsorgen i form av dels avlösning i hemmet två eftermiddagar i veckan, dels är hennes man på korttidsboendet var tredje vecka. Då får han rehabilitering och syftet med den är att han ska träna vissa funktioner som att borsta tänderna och äta.

Hur kan Mats och Solveig få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?

Juridiska vägen: Enligt Lagen om äldreomsorg kan Mats få hjälp med personlig omvårdnad fyra gånger per dygn omfattande sammanlagt 4 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. Det är enbart Mats personliga behov av hjälp som avgör vilken hjälp som kan beviljas. Det är t.ex. inte möjligt för Solveig och Mats att få hjälp med serviceinsatser i hushållet, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart omfattar praktisk hjälp till den enskilda personen. Hjälp med serviceinsatser i hushållet kan enligt lagstiftningen enbart utgå om den enskilde är ensamboende och behoven av sådana insatser är mycket stora. Då Solveig klarar att sköta städning, tvätt och inköp kan hjälp med dessa sysslor därmed inte beviljas.

Bedömningen är att Mats inte behöver rehabilitering. Insatserna från hälso- och sjukvården kommer att vara kontroller med täta mellanrum som utförs av sjuksköterskor och läkare. Vid vårdplaneringen framhåller man att det är viktigt att Mats ”håller i gång” så mycket han orkar, så att han upprätthåller funktioner som att t.ex. klä sig och äta.

Solveig och Mats träffar en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och eventuella behov av tekniska hjälpmedel.

Politiska vägen: Enligt Socialtjänstlagen kan Mats beviljas hjälp med personlig omvårdnad 3 timmar per dygn fördelade på fyra tillfällen.

När det gäller serviceinsatser kan Mats och Solveig (hushållet) enligt de politiskt beslutade riktlinjerna få använda 4 timmar per vecka av dem som Mats är beviljade för personlig omvårdnad för att utföra serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Det innebär att Solveig får ta ansvar för Mats personliga omvårdnad motsvarande antal timmar. Vill Mats och Solveig ha fler timmar till serviceinsatser får de ordna det själva.

Enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Mats inte vara i behov av rehabilitering. Mats behöver där-

emot gå på täta kontroller inom primärvården, som utförs av läkare och sjuksköterskor. Vid kontrollerna får Solveig information och handledning så att hon ska kunna hjälpa Mats att ”hålla i gång” så mycket han orkar. Det är viktigt att Solveig inte hjälper honom för mycket utan att han får t.ex. klä på sig även om det tar tid och han behöver stöd för att klara det.

Mats och Solveig träffar också en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för dem båda.

Förvaltningsvägen: Enligt Socialtjänstlagen beviljas Mats hjälp med personlig omvårdnad. Mats kan få hjälp med personlig omvårdnad 4 timmar per dygn fördelade på fyra tillfällen. Det finns möjligheter att inom ramen för behovsbedömningen se till hushållets totala situation. Om Solveig och Mats gör bedömningen att det är bättre att hon sköter den personliga omvårdnaden och i stället får hjälp med serviceinsatser som städning, tvätt och inköp är det möjligt om den totala insatsen blir mindre. Det är också möjligt för Mats att få delta i dagverksamhet två dagar per vecka för att Solveig ska få tid som hon själv disponerar.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Mats inte har behov av rehabilitering. Under den närmaste tiden får Mats gå på täta kontroller inom primärvården som utförs av läkare och sjuksköterskor.

Mats och Solveig träffar också en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel som kan underlätta tillvaron för dem båda.

Expertvägen: Mats har inte rätt till några särskilda insatser enligt Socialtjänstlagen men får hjälp med personlig omvårdnad fyra gånger per dygn. Hushållet har inte rätt till serviceinsatser, men kan beviljas det om det finns resurser och bedöms vara förenligt med vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen bedöms Mats vara i behov av viss funktionsupphållande verksamhet. Det innebär att patienten och en anhörig deltar i en gruppverksamhet där de träffar andra i en liknande situation. Aktuell forskning har visat att detta är ett mycket effektivt sätt att arbeta med denna målgrupp.

Mats och Solveig träffar en arbetsterapeut för att diskutera både boendet och behov av tekniska hjälpmedel för att underlätta situationen för dem båda.

6.3 Anneli 73 år

Anneli Korhonen, 73 år, bor i en modern hyreslägenhet i ett hus med hiss i en stadsdel i södra Ö-stad. I området finns allmänna kommunikationer till centrum, en dagligvarubutik och ett par mindre butiker. Offentlig och kommersiell service finns i övrigt i centrala Ö-stad och i affärscentrum utanför tätorten.

Anneli är född år 1952 i Finland och invandrade som 19-åring till Sverige tillsammans med sin blivande man. Hon gifte sig året därpå och fick tre barn, två söner (födda år 1973 och 1974) och en dotter (född år 1976). År 1977 skildes makarna och de små barnen bodde hos henne. Efter skilsmässan började Anneli arbeta som kassörska i en livsmedelsaffär. I mitten av 1990-talet drabbades Anneli av ledbesvär, som så småningom diagnostiserades som reumatoid artrit. Hon var sjukskriven till och från under olika perioder tills hon fick förtidspension vid 57 års ålder. Anneli har finska som modersmål och det är det språk som används i familjen. Hon kan så mycket svenska att hon klarar sig i vardagliga situationer.

Den äldsta sonen Juha, 52 år, bor kvar i Ö-stad medan den yngre sonen Mika, 51 år, bor i en tätort utanför. Juha är sambo och har inga barn. Mika är gift, och har barn från tre tidigare förhållanden. Dottern Anne, 49 år, bor i storstaden 30 mil från Ö-stad. Hon är gift och har tre barn och har precis fått sitt första barnbarn. Anneli har ett par goda vänner och känner några av grannarna i huset som också bott där under lång tid.

Den reumatoida artriten har främst drabbat lederna i benen samt händerna. Behandlingen har i första hand varit läkemedel och sjukgymnastik och arbetsterapi. Sedan femton år tillbaka behöver Anneli gånghjälpmedel och nu använder hon rullator. För att underlätta sysslor i hemmet har Anneli tillgång till olika tekniska hjälpmedel. För tjugo år sedan flyttade hon från en hyreslägenhet utan tillgång till hiss till den nuvarande. Det har gjorts vissa bostadsanpassningsåtgärder även i denna lägenhet för att göra det möjligt för Anneli att bo i den och klara sig själv.

Med undantag av perioder med kraftiga försämringar, har Anneli tills nu klarat sin egen personliga omvårdnad. Hjälpt med städning, tvätt och inköp har hon behövt sedan hon var 64 år.

Anneli har kontinuerlig kontakt med sjukvården för kontroller och behandling. Hon behöver träning för att kunna upprätthålla olika funktioner.

För tre år sedan fick Anneli diabetes, som varit svår att behandla samtidigt med reumatoid artrit. Under det senaste året har hon fallit vid flera tillfällen och drabbats av frakturer. Vid det första tillfället fick hon en handledsfaktur, vid det andra en kotfraktur och vid det tredje tillfället en höftfraktur.

Anneli har tidigare varit aktiv både i Finska föreningen och i dess pensionärsverksamhet. Under det senaste året har hon inte orkat detta utan blivit alltmer isolerad. Hon har daglig kontakt med dottern, medan kontakten med sönerna är mer sporadisk. För ett par månader sen drabbades bästa väninnan sedan många år av en stroke och det har påverkat deras kontakter negativt.

I samband med höftfrakturen har Anneli vårdats på sjukhuset i Ö-stad. Vid vårdplaneringen har det konstaterats att hon kommer att behöva omfattande hjälp med den personliga omvårdnaden under åtminstone en tid framöver. Anneli vill inte tillbaka till lägenheten utan vill flytta till ett särskilt boende, där det finns tillgång till personal dygnet runt som kan finska. Hon känner sig inte trygg i bostaden utan är orolig för att ramla och blir liggande. Att bo tillsammans med andra skulle också underlätta kontakter med andra. Under de år som Anneli har haft hjälp från hemtjänsten har man försökt ordna så att hon fått finskspråkig personal.

Hur kan Anneli få vård och omsorg enligt de fyra scenarierna?

Juridiska vägen: Enligt Lagen om äldreomsorg prövas Annelis ansökan om boende i en särskild boendeform mot de i lagen noga preciserade kraven för att någon ska beviljas detta. Hon bedöms inte ha så omfattande behov av hjälp att hon har rätt till denna insats, utan ansökan avslås.

I stället erbjuds Anneli hjälp med personlig omvårdnad i det ordinära boendet sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 6 timmar. Detta arbete utförs av undersköterskor under ledning av en sjuksköterska. Sedan tidigare har Anneli hjälp med städning, tvätt och inköp då hon är ensamboende och har funktionsnedsättningar som medför att hon inte klarar av dessa sysslor. Hon beviljas fortsatt hjälp med serviceinsatserna städning 2 timmar varannan vecka, tvätt 2 timmar varannan vecka och inköp 1 gång per vecka.

Det är däremot inte möjligt för Anneli att få stöd med sociala kontakter, då den enskildes rätt till insatser i princip enbart om-

fattar praktisk hjälp till den enskilda personen och i vissa fall hus-hållet.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan Anneli få sjukgymnastik 2 gånger i veckan och arbetsterapi 1 gång per vecka. Insatserna utförs av vårdpersonal under ledning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Efter en månad görs en prövning av om insatserna ska fortsätta.

Politiska vägen: Enligt Socialtjänstlagen prövas Annelis ansökan om särskilt boende enligt de politiska riktlinjerna. Hon får avslag på ansökan om permanent boende i en särskild boendeform men beviljas korttidsboende med inriktning på fortsatt rehabilitering under 6 veckor. Under den tiden får Anneli hjälp med i första hand personlig omvårdnad men också med nödvändiga serviceinsatser. Det fattas ett preciserat beslut av vilka insatser hon behöver hjälp med under korttidsboendet. Målsättningen med korttidsboendet är att Anneli ska kunna återvända till lägenheten och där få hjälp med såväl personlig omvårdnad som serviceinsatser. Korttidsboendet bedöms också ge henne möjligheter till sociala kontakter.

Annelis behov av vissa rehabiliterande insatser tillgodoses enligt de riktlinjer som finns i Hälso- och sjukvårdslagen. Syftet är att försöka träna upp de förlorade funktionerna så långt möjligt för att hon ska få klara sig själv så gott det går. Hon deltar både i individuell behandling och deltar i gruppaktiviteter.

Förvaltningsvägen: Annelis ansökan om permanent boende i en särskild boendeform avslås. Även ansökan om korttidsboende avslås då det inte finns någon plats tillgänglig. Enligt Socialtjänstlagen beviljas hon hjälp med personlig omvårdnad sex gånger per dygn omfattande sammanlagt 5 timmar. Hon beviljas fortsatt hjälp 2 timmar per vecka med serviceinsatser som städning, tvätt och inköp. Anneli disponerar dessa timmar själv och vill hon ha mer hjälp får hon ordna detta själv. Det finns inte tid till matlagning men vårdpersonalen kan hjälpa till att värma färdiglagad mat. Om resurserna räcker till kan hon få hjälp med att komma ut 1–2 gånger per vecka.

En bedömning enligt Hälso- och sjukvårdslagen visar att Anneli har behov av sjukgymnastik och arbetsterapi för att träna upp och upprätthålla olika funktioner. Hon skulle behöva individuell behandling av sjukgymnast 2 gånger per vecka och av arbetsterapeut 1 gång i veckan. Då det saknas resurser beviljas Anneli dagvård med träning i grupp 1 gång i veckan.

Expertvägen: Anneli har inte rätt till några särskilda insatser enligt Socialtjänstlagen. Forskning och beprövad erfarenhet visar att det är bättre att hon återvänder till bostaden och får hjälp där än att hon flyttar till ett särskilt boende. I bostaden får Anneli hjälp med personlig omvårdnad fem gånger per dygn och med serviceinsatser 3 timmar i veckan.

Anneli skulle behöva komma till en dagverksamhet 2 gånger i veckan för att komma hemifrån och träffa andra. För närvarande kan dock inte dagverksamheten ta emot fler utan hon sätts upp på en väntelista.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen får Anneli rehabilitering i hemmet 3 gånger per vecka, då det visat sig vara mycket mer effektivt än rehabilitering under ett korttidsboende eller inom en dagvårdsverksamhet.

7 Sammanfattning av för- och nackdelar med de olika scenarierna

I detta avsnitt sammanfattas för- och nackdelarna med de fyra scenarierna med utgångspunkt i termerna tydlighet och flexibilitet. För att beskriva graden av tydlighet respektive flexibilitet används hög, stor, viss, liten och låg i fallande skala och ibland tillsammans med förstärkningsordet mycket.

Juridiska vägen

- Hög tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Hög tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det utlovade verkställs
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Låg flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

Politiska vägen

- Viss tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Viss tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för att kunna garantera att det som preciseringar omfattar kan verkställs
- Viss flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till individuella behov
- Liten flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

Förvaltningsvägen

- Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Viss flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

Expertvägen

- (Mycket) Låg tydlighet över livsloppet avseende vad som ingår i det offentliga åtagandet för vård och omsorg om de äldre
- Låg tydlighet avseende vilka krav som ställs på det offentliga för ge vård och omsorg till de äldre
- Stor flexibilitet när det gäller möjligheten att ta hänsyn till individuella behov
- (Mycket) Stor flexibilitet när det gäller att ta hänsyn till samhällsekonomiska förändringar.

Ovanstående sammanfattning av för- och nackdelar med de olika scenarierna visar att det inte finns någon enkel lösning på framtidens vård och omsorg om äldre som tillgodoser alla önskemål om hur den ska vara utformad och kunna ordnas och garanteras.