

Rapporter från utomstående
experter

Sociala insatser för äldre människor enligt lagstiftningen – från fattigvård till socialtjänst

Ett expertutlåtande för den parlamentariska äldreberedningen
SENIOR 2005 av f.d. chefsjurist Gunnar Fahlberg

Innehåll

1	Socialtjänstens mål	429
2	De äldre i samhällsutvecklingen fram till år 1982	429
3	Socialtjänstpropositionen	433
3.1	Allmänt	433
3.2	Boendeförhållanden år 1980.....	434
3.3	Målet för äldreomsorgen	435
3.4	De äldres egna initiativ ska stimuleras	436
3.5	Planeringen av äldreomsorgen	437
3.6	Förberedelse inför en meningsfull pensionstid.....	440
3.7	Kontaktverksamhet med aktiv sysselsättning	441
3.8	Serviceboende.....	441
3.9	Social hemtjänst	444
3.10	Vård.....	446
3.11	Övriga frågor.....	448
3.12	Lagförslaget i propositionen 1979/80:1 Om socialtjänsten	448
3.13	Rätten till bistånd.....	450
4	Utvecklingen efter år 1982	454
4.1	Propositionen 1987/88:176 Äldreomsorgen inför 90-talet.....	454
4.2	Äldredelegationen.....	455

4.3	Propositionen 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade – Ädelpropositionen.....	458
4.4	Försöksverksamhet med kommunal primärvård.....	461
5	Ändringarna i socialtjänstlagen den 1 januari 1998.....	462
6	Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken	465
6.1	Översyn av samverkan	467
6.2	Uppföljning av den nationella handlingsplanen	467
7	Ny socialtjänstlag – SFS 2001:453	468
	Litteratur	473

1 Socialtjänstens mål

Socialtjänstlagens (2001:453, SoL) portalparagraf i 1 kap. 1 § anger bl.a. att socialtjänstens insatser ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Detta mål sätter inga åldersgränser. Målet gäller självfallet även äldre. Deras kunskaper och livserfarenheter måste i ökande grad tas till vara som en resurs för samhället, vilket samtidigt innebär fördelar för både deras personliga utveckling och deras medverkan i samhällslivet.

2 De äldre i samhällsutvecklingen fram till år 1982

Från propositionen 1979/80:1 *Om socialtjänsten*, i vilken förslag om en socialtjänstlag las fram av regeringen till riksdagen, anges bl.a. följande om de äldres roll i samhällsutvecklingen fram till reformerna under 1940-talet och senare (s. 260 f.).

De äldre före industrialiseringen

I det gamla bonde- och hantverkarsamhället hade de äldres erfarenheter och kunskaper många gånger en stor betydelse för yngre generationer. I olika samhällsklasser rådde inte sällan en arbetsgemenskap mellan generationerna. I kollektivet tillgodosågs ofta tillsyns- och undervisningsbehov av olika slag, och det fanns utrymme för de äldres insatser och också behov av dessa. De äldre hade en plats i produktionen och deras insatser var ofta meningsfulla. När de gamla bodde, levde och arbetade tillsammans med anhöriga av yngre generationer, förmedlade de kunskaper från en gången tid. Även livets början och slut – födelse och död – ingick som en naturlig del i den livsordning som rådde i bondesamhället.

En annan bild av det gamla bonde- och hantverkarsamhället är att de sysslor som anförtroddes de äldre ofta inte hörde till de mest ansedda. Arbetet kunde vara krävande. De äldre inom den självägande bondeklassen och de agrara underklasserna stod vanligen under andras välde, inom eller utom familjen. De äldres auktoritet gällde särskilt gentemot barnen. Undantagsstugorna för åldringarna inom bondeklassen lämnade mycket övrigt att önska. Många gamla, sjuka och fattiga – även barn – hänvisades till en eländig "gemenskap" i dåtidens fattigstugor. De trängdes även ut till primitiva bostäder i byarnas utkanter och var tämligen avskärmade från social gemenskap med det starkt skiktade samhället i övrigt.

De äldre i industrisamhället

Människors villkor, inte minst de äldres, förändrades kraftigt i takt med den industriella expansionen. Arbete utanför hemmet blev allt vanligare. Krav ställdes på arbetskraftens rörlighet. Industriarbetarnas trångboddhet och knappa löner inom penninghushållningens ram gav inte utrymme för kost och logi till medellösa äldre anförvanter. Mekanisering och effektivisering gav heller inte plats för de äldre i produktionen.

Den gemenskap – det sociala kontaktnät – på gott och ont som fanns i naturhushållningens värld var inte längre funktionell i ett samhälle med nya förutsättningar för produktionen. Kvar fanns de känslomässiga banden mellan generationerna. De helhjärtade insatser som gjordes av yngre för äldre anförvanter kan symboliseras med den s.k. hemmadotterns uppoffrande insatser för sina föräldrar. Enskild välgörenhet och social patriarkalism inom näringslivet hade begränsad betydelse. Utvecklingens huvudström var att stat och kommun tog över försörjning och omsorg om de äldre.

År 1947 fattade statsmakterna ett viktigt beslut som kan ses som en kursändring av omsorgerna om äldre. Ålderdomshemmens karaktär av "fattigvårdsanstalter" och den s.k. klientelblandningen avskaffades. Ett kännetecken för dåtidens ålderdomshem var att de inte erbjöd någon aktiv vård. De var i stort sett enbart inrättningar där de gamla togs om hand och gavs mat och logi. Detta tillsammans med den låga standarden skapade en utbredd misstro mot för att inte säga fruktan för att bli tvungna att behöva flytta till ålderdomshem. Man kan i sammanhanget tänka på Dan Anderssons dikt *En gamling* där sonen och sonhustrun tvingar den gamle bonden att flytta från hemmet till fattighuset. Dan Andersson diktar om bonden när han kommit fram till fattighuset.

Vi stannade här. Jag är gammal,
jag orkar ej tala mer.
Jag är liknöjd hur dagarna vandra,
och hur solen går upp och ner.
Men gott är vid fattighusborden
få ha som en orubblig tröst:
här är närmare jorden,
och den fattiga skördens höst.

Genom 1947 års reform ville man skapa en boendeform som de gamla inte behövde känna motvilja mot. De skulle inte ses som understödstagare utan som inackorderingsgäster. Ålderdomshemmen skulle rustas upp och ges en bättre standard. Endast de äldre

som behövde omvårdnad och tillsyn skulle bo i ålderdomshem. De som hade behov av sjukvård skulle vårdas på sjukhus.

Beslutet att ålderdomshemmens karaktär av fattigvårdsanstalter skulle upphöra innebar att bestämmelsen om ålderdomshem ansågs behöva tas upp i en särskild lag. Så blev emellertid inte fallet utan bestämmelserna kom att införas i 1956 års socialhjälpslag (1956:2) som efterträdde 1918 års fattigvårdslag (1918:422). Med socialhjälpslagen försvann också bestämmelserna om arbetsplikt och om rätten att vidta disciplinära åtgärder mot dem som bodde i ålderdomshem. Boendet vid hemmen kom principiellt att helt vila på frivillighet.

Efter år 1947 gjordes betydande framsteg inom vården vid ålderdomshemmen. Främst gällde det upprustning och modernisering av hemmen. Kommunreformen, det ökade skatteunderlaget samt statsbidrag som hade införts för ny- och ombyggnad av ålderdomshem hade stor betydelse för denna utveckling. Ålderdomshemmens fattigvårdskaraktär undanröjdes – i varje fall formellt – genom införandet av den nya socialhjälpslagen år 1956. De äldres ekonomiska möjligheter förbättrades bl.a. genom höjningen av folkpensionen så att äldre i större utsträckning kunde betala för sig själva och inte behöva bli betraktade som "försörjningsfall".

År 1957 utfärdade statsmakterna riktlinjer för vården av dem som bor i ålderdomshem. Till grund för beslutet låg Åldringvårdsutredningens betänkande. Insatserna skulle helt grundas på äldres behov av bostäder, omvårdnad och service. Behovet av platser i ålderdomshemmen skulle utgå från att de äldre hade rätt och möjligheter att fritt välja boendeform. Äldre borde därför ges möjligheter att så länge de själva önskade få bo kvar i sin invanda miljö och den bostad som de kanske bott i sedan flera decennier. Vård i ålderdomshem skulle inte ersätta sjukhusens kvalificerade sjukvård. Enbart sådan sjukvård som kunde betecknas som hemsjukvård skulle ges vid ålderdomshemmen. Utgångspunkten för vilka som kunde beredas plats vid ålderdomshemmen skulle vara socialhjälpslagets bestämmelser. Hemmens uppgifter kom dock att regleras av en hård verklighet. Under avsevärd tid framöver kom det därför att finnas sjuka äldre vid ålderdomshemmen även om statsmakternas inställning var att sjukvården måste byggas ut så att äldre människor som var sjuka kunde få adekvat vård och behandling.

En annan ambition som statsmakterna hade var att äldre så länge som möjligt skulle kunna leva kvar i sin invanda miljö och att behovet av institutionsvård borde hållas tillbaka. Det förutsatte då

att särskilda åtgärder behövde vidtas för att göra detta möjligt. Hemtjänsten för gamla kom också att snabbt växa ut under 1950-talet.

År 1963 lade Socialpolitiska kommittén fram en kartläggning av åldrvården. På grundval av denna beslöt riksdagen år 1964 om vissa reformer. I propositionen som låg till grund för riksdagens beslut konstaterade departementschefen att samhällets insatser syftade till att bereda de gamla ekonomisk självständighet, en god bostad och vid behov personlig vård och omvårdnad.

1964 års program syftade till att öka satsningen på bättre bostäder, att bygga ut de insatser som behövs för att äldre ska kunna bo kvar hemma samt att bygga ut långtidssjukvården. Skillnader i serviceutbudet mellan kommunerna skulle motverkas. Bostäder för äldre skulle vara en del av den allmänna bostadsförsörjningen för vilken kommunerna hade ansvaret. Olika åtgärder föreslogs för att underlätta för kommunerna att leva upp till sitt ansvar. Äldres bostäder skulle inventeras. Förbättringslånen skulle utökas. Temporära bostäder för äldre skulle inrättas. Till detta kom också förslag som skulle göra det möjligt att ge äldre en mer effektiv tillsyn och vård i hemmet. Statsbidrag infördes med 35 procent av nettokostnaden för hemhjälp till äldre, funktionshindrade och barnfamiljer.

För att stimulera utvecklingen av långtidssjukvården infördes ett tidsbegränsat lånestöd till byggande av sjukhem. Lånen skulle vara ränte- och amorteringsfria under fem år. Som villkor för lånen gällde bl.a. att sjukhemmen skulle inrättas och utrustas så att de fick en hemliknande miljö.

Genom en ändring i socialhjälpslagen år 1968 fick kommunerna skyldighet att bedriva uppsökande verksamhet. Syftet var att skapa trygghet och garanti för en god personlig vård och omvårdnad av människor. Den uppsökande verksamheten skulle vara ett väsentligt inslag i det sociala välfärdssystemet.

År 1974 antog riksdagen också nya statsbidragsregler för social hemhjälp. Statsbidraget kom att utgöra 35 procent av kommunens bruttokostnader för hemhjälp. I bidragsunderlaget ingick även kostnader för hår- och fotvård, badservice, matdistribution, snöröjning och hemhjälpsledare. Även serviceinsatser som gavs till äldre och funktionshindrade i servicehus var statsbidragsberättigade liksom färdtjänsten.

3 Socialtjänstpropositionen

3.1 Allmänt

I betänkandet *Pensionär 75* (SOU 1977:98) visade Pensionärsundersökningen att de äldre i allmänhet är i ett förhållandevis gott fysiskt och psykiskt välbefinnande långt upp i åldrarna. Utredningen gav en mer positiv bild av pensionärernas verklighet än vad som dittills var känt. Den aktiva levnadstiden var – enligt undersökningen – längre än vad man tidigare trott. Det var först i slutet av 70-årsåldern som behovet av stöd och hjälp från omgivningen blir mera tydligt.

Pensionärsundersökningen fann att flertalet pensionärer trivdes mycket väl med tillvaron. Men ensamhet och sysslolöshet var inte helt ovanligt. Ekonomiska svårigheter, sysslolöshet, bristande självkänsla och utanförkänsla var störst bland nyblivna pensionärer (60–69 år). Ensamhet var det största problemet i den äldsta åldersgruppen (80 år och äldre).

Behovet av samhällsservice hade vuxit under åren före 1980. År 1975 fick 327 000 ålderspensionärer eller 27 procent av gruppen hjälp av samhället i någon form. Praktiskt taget alla pensionärer i åldern 90 år och däröver behövde hjälp från samhället i någon form. Behovet av hjälp steg brant efter 75 år. Efterfrågan på social hemhjälp var störst i åldersgruppen 85–90 år medan efterfrågan på social service i ålderdomshem och inom den somatiska långtidssjukvården var störst i den äldsta åldersgruppen, 90 år och äldre.

Som framgick av Pensionärsundersökningen är det alltså personer i den äldsta åldersgruppen som behöver mest hjälp. Kvinnor behöver mer hjälp än män. Ensamstående har större behov av stöd och hjälp än gifta och sammanboende; allt inom samma åldersgrupp. Dödligheten är också väsentligt mycket större hos dem som lever ensamma än hos dem som bor ihop med någon annan.

Trots allt som dittills gjorts för de äldre konstaterade departementschefen i propositionen 1979/80:1 (s. 267) att det fanns flera brister i samhället. Ensamhet och isolering, framför allt i tätorter var ett svårt problem. Nedsatt rörlighet och hinder i boendemiljön liksom det ändrade livsmönstret i det moderna samhället medverkade till att många äldre upplever tillvaron som problemfylld. Frågan är om det i dag – mer än 20 år senare – har blivit så mycket bättre.

3.2 Boendeförhållanden år 1980

Regering och riksdag hade redan år 1957 uttalat att särskilda insatser måste vidtas för att så många äldre som möjligt skulle kunna leva kvar i sin invanda miljö. Syftet med 1964 års beslut att genom vissa åtgärder skapa bättre bostadsförhållanden för de äldre var bl.a. att snabbare kunna nå detta mål. I propositionen 1979/80:1 (s. 271) konstaterade departementschefen att det måste anses normalt att människor behåller sina bostäder när de blir äldre. Denna princip var enligt departementschefen grundläggande för den framtida äldreomsorgen. De äldres behov av ändamålsenliga bostäder måste beaktas i kommunernas bostadsförsörjningsprogram. Därigenom kunde man skapa förutsättningar att motverka ålderssegregationen i boendet. Strävan skulle vara att i största möjliga utsträckning ge de äldre bostäder i det vanliga bostadsbeståndet.

Av vikt var också att äldre kunde få bostäder som uppfyller kraven på god standard. En tydlig förbättring hade därvid skett under tiden från år 1960 till slutet av 1970-talet. År 1960 bodde t.ex. 47 procent av "hushållsföreståndarna" i åldern över 65 år i omoderna bostäder. År 1975 var det endast 10 procent av "hushållsföreståndarna" över 65 år som bodde i omoderna bostäder.

Trots denna förbättring kunde Pensionärsundersökningen emellertid konstatera att pensionärgruppen hade sämre bostadsförhållanden än befolkningen i övrigt. Den intervjuundersökning som Pensionärsundersökningen genomförde visade att nära 10 procent av ålderspensionärerna saknade vatten och avlopp. Cirka 15 procent av pensionärerna saknade varmvatten. Ungefär 19 procent saknade dusch eller badkar i bostaden. Värst utsatta var de funktionshindrade äldre. Endast en tredjedel i denna grupp bodde i en handikappanpassad bostad. Av pensionärerna bodde 22 procent en eller flera trappor upp i fastigheter som saknade hiss.

Pensionärsundersökningen kartlade också pensionärernas yttre miljö. Rörelsehandikappade och äldre hade i genomsnitt längre väg än andra människor till livsmedelsaffärer, kommunikationer och postkontor. För äldre människor är även närheten till läkare, sjuksköterska och apotek betydelsefullt. Var femte pensionär och en lika stor andel av de blivande pensionärerna hade mer än en mil till sjuksköterska. Av samtliga ålderspensionärer var 19 procent av männen och 47 procent av kvinnorna ensamboende.

År 1962 fanns det 32 000 lägenheter i pensionärshem. År 1975 hade antalet lägenheter ökat till 41 300. Standarden i dessa lägen-

heter var emellertid genomsnittlig låg. I mer än hälften av lägenheterna fanns varken dusch eller bad. Antalet ”insprängda” pensionärlägenheter hade under tiden 1962–1975 ökat från 11 400 till 22 000.

Pensionärsundersökningen visade visserligen att pensionärernas boendeförhållanden hade förbättrats påtagligt under decenniet före 1975. Trots detta konstaterade föredragande statsrådet i propositionen 1979/80:1 (s. 273) att det fanns alltför många pensionärer som hade otillfredsställande boendeförhållanden. Det gällde lägenheternas standard i olika avseenden men också att lägenheterna ofta var sådana att de boende saknade möjligheter till kontakter med omgivningen.

Ett av de mål som angavs i propositionen 1979/80:1 var därför att kommunerna vid utformningen av boendeformer för äldre så långt möjligt skulle undvika kategoriseringar i boendet. Vissa av de pensionärshem som då fanns liksom de temporära bostäderna för äldre borde kunna utformas och kompletteras med behövliga serviceanordningar. De insprängda lägenheterna ansågs tillgodose det viktiga normaliseringskravet att så långt möjligt minska kategori-boendet. En ytterligare linje i framtiden skulle vara att bygga ut kontaktverksamheten och skapa aktiv sysselsättning för pensionärerna.

Departementschefen hänvisade till att de frågor som han berört skulle övervägas av den Äldreberedning som han avsåg att tillsätta. Efter bemyndigande av regeringen år 1980 tillkallade chefen för Socialdepartementet den nu nämnda beredningen (dir. 1980:93), som i juni 1987 överlämnade sitt slutbetänkande (SOU 1987:21) *Äldreomsorg i utveckling*.

3.3 Målet för äldreomsorgen

I propositionen 1979/80:1 beskrev departementschefen samhällets framtida insatser för de äldre. I förslaget till socialtjänstlag återfanns inledningsvis den s.k. portalparagrafen. Den innehåller de grundläggande principerna för samhällets socialtjänst och ska genomsyra alla olika former av insatser inom socialtjänstområdet. På demokratins och solidaritetens grund ska samhällets socialtjänst främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska vidare under hänsynstagande till människans ansvar för sin och

andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska i varje enskilt ställningstagande bygga på respekt för människornas självbestämmande och integritet.

Enligt uttalande i propositionen 1979/80:1 (s. 275) ska samhällets insatser för äldre utgå från synsättet att de äldre är en tillgång för samhället. Deras kunskaper och livserfarenheter måste i ökande grad tas till vara i samhällslivet. Som delmål för den framtida äldreomsorgen hade Socialutredningen angivit självbestämmande och normalisering. Självbestämmande inom äldreomsorgen förutsätter ett differentierat utbud av stöd- och serviceformer. Individerna ska själv kunna välja mellan dessa. Den service som de äldre väljer ska ges utan ingrepp i den personliga integriteten. De äldre själva och deras organisationer bör aktivt medverka i utformningen av äldreomsorgen.

Men normalisering menar Socialutredningen att samhället insatser ska underlätta för de äldre att bo i sin vanliga miljö. Vård och service ska tillhandahållas i de äldres bostäder eller i närbelägna servicelokaler av olika slag. Insatserna borde så långt möjligt ges i samma former som för alla andra. Särbehandling av äldre skulle alltså undvikas men de särskilda krav som äldre har måste kunna beaktas. Departementschefen anslöt sig i propositionen 1979/80:1 till de synpunkter som Socialutredningen framfört.

3.4 De äldres egna initiativ ska stimuleras

I propositionen 1979/80:1 togs särskilt upp frågan hur de äldres egna initiativ kunde stimuleras. Socialutredningen hade framhållit att den allt större pensionärgruppen utgjorde en betydelsefull maktfaktor i samhället. Pensionärsundersökningen hade visat att ca 60 procent av ålderspensionärerna var anslutna till någon pensionärsförening, något politiskt parti eller någon fackförening, frikyrka eller handikapporganisation. Föreningsarbete var och är fortfarande en betydelsefull aktivitet för äldre. Socialutredningen konstaterade också att pensionärernas föreningar behöver stöd för sin verksamhet i olika former genom bidrag eller hjälp med lokaler. Socialutredningen pekade bl.a. också på det ansvar arbetsmarknadens parter hade för att äldre får en meningsfull och berikande kontakt och gemenskap med varandra även efter uppnådd pen-

sionsålder. Utredningen menade att socialtjänsten vid behov borde ta initiativ i denna fråga.

Socialutredningen framhöll att man måste finna en avvägning mellan å ena sidan de specialiserade intressen som pensionärerna har för att säkerställa sin situation och å andra sidan en helhetssyn över åldersgränserna. Enligt principen om normalisering var det viktigt att pensionärerna aktivt kunde delta i samhällslivet och genom självbestämmande ges ökade möjligheter till inflytande över sina villkor.

Departementschefen anslöt sig till de synpunkter som Socialutredningen framfört om behovet av att stimulera de äldres egna initiativ. Samhället måste därför även fortsättningsvis stödja pensionärernas egna organisationer. Den Äldreberedning som departementschefen ämnade tillsätta skulle få i uppdrag bl.a. att kartlägga hur och i vilken omfattning kommunerna stödjer pensionärernas egna organisationer samt hur de bedömer behovet av ytterligare stödinsatser av ekonomiskt och annat slag.

Socialutredningen hade också tagit upp frågan om den rätt kommunerna hade att uppbära pensionärernas folkpension för att kunna tillgodogöra sig kommunens kostnader för vård och försörjning. Utredningen hade förslagit att den rätten skulle upphöra. Departementschefen delade utredningens uppfattning och framhöll det otidsenliga i att kommunen ägde rätt att uppbära folkpensionen. Departementschefen ansåg att bestämmelsen var oförenlig med de delmål som gäller för äldreomsorgen och föreslog att den skulle upphävas. Så blev också riksdagens beslut – SFS 1980:623. Ändringen trädde i kraft den 1 januari 1982.

3.5 Planeringen av äldreomsorgen

Enligt Pensionärsundersökningens kommunenkät förekom det år 1975 inte någon systematisk och organiserad planering av äldreomsorgen. Översiktsplaner för äldreomsorgen hade dock därefter vunnit spridning i kommunerna. Det ökande antalet pensionärer och behovet av utbyggda insatser för äldre från samhällets sida gjorde det enligt Pensionärsundersökningen nödvändigt att skjuta planeringen i förgrunden. Planerna borde utarbetas på riks-, läns- och kommunnivå. De borde gälla både hälso- och sjukvård och socialtjänst och omfatta behov och resurser för olika verksamheter.

Departementschefen framhöll emellertid i propositionen 1979/80:1 (s. 279) att flertalet kommuner upprättar särskilda planer för äldreomsorgen. Han noterade med tillfredsställelse att Landsstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Spr¹ i ett samarbetsprojekt rörande primärvården och äldreomsorgen påtalat behovet av utveckling av planeringsarbetet i kommunerna och att samordningsfrågorna mellan landsting och kommuner också tagits upp till behandling.

Departementschefen framhöll att äldreomsorgen borde ingå som en viktig del i planeringen av socialtjänsten. Han ansåg emellertid att vad som i propositionen framhållits om skyldigheten för kommunerna att delta i samhällsplaneringen och planera sin egen verksamhet tillgodosåg de önskemål om planer för äldreomsorgen som framförts från olika håll. Om kommunernas skyldighet att delta i samhällsplaneringen och planera sin egen verksamhet framhöll departementschefen bl.a. följande.

För egen del vill jag stryka under att ansvaret för all kommunal planering enligt kommunallagen vilar på kommunstyrelsen. I planeringsansvaret ligger att samordna och avväga olika facknämnders synpunkter. Det ankommer på kommunstyrelsen att åstadkomma ett sådant arbetsklimat och öppet samarbete över fackgränserna att olika verksamheter inte konkurrerar med varandra utan strävar efter att finna helhetslösningar som kan accepteras från skilda synpunkter.

Jag ansluter mig till Socialutredningens förslag till regler i socialtjänstlagen om socialtjänstens deltagande i samhällsplaneringen. Socialnämnden skall "medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda verka för goda miljöer i kommunen". Socialnämnden skall sålunda tillföra planeringsunderlag och delta i planeringsprocessen. Nämnden bör dessutom initiera och finna former för samverkan med andra kommunala organ vars erfarenheter och kunskaper krävs för att få fram ett mer fullständigt planeringsmaterial. Jag vill emellertid betona att detta inte innebär att socialtjänsten ges ett övergripande ansvar för att planeringen bedrivs med hänsyn till människors behov och förutsättningar. Däremot måste socialnämnden anses ha en skyldighet att påverka planeringen till ett sådant hänsynstagande.

Departementschefen ansåg det därför inte nödvändigt med en bestämmelse om skyldighet för kommunerna att särskilt planera insatser och omsorger för äldre eftersom det ansågs vara en generell skyldighet för kommunerna att planera sin verksamhet och i detta

¹ Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, vars verksamhet upphörde år 2000.

låg även en skyldighet att planera de kommunala insatserna för äldre (och funktionshindrade).

Äldreberedningen tog i slutbetänkandet *Äldreomsorg i utveckling* (SOU 1987:21) upp denna fråga. Beredningen konstaterade att landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen redan hade en skyldighet att i samverkan bl.a. med kommunerna planera hälso- och sjukvården. Beredningen ansåg det därför naturligt att även kommunerna borde ha skyldighet att planera sina insatser för äldre och föreslog att en sådan skyldighet lagfästes i socialtjänstlagen.

Äldreberedningen anförde vidare att en viss stomme i planeringen borde vara gemensam för hela landet vad gäller bl.a. resurser, personal och ekonomi. Socialstyrelsen borde få i uppdrag att tillsammans med de båda kommunförbunden och Statistiska centralbyrån precisera vilka uppgifter det bör gälla.

Beredningen hade även tagit upp frågan om ett eventuellt förändrat huvudmannaskap för äldreomsorgen och i anledning härav föreslagit att befintliga utvecklingsmedel skulle avsättas för att stödja försöksverksamhet med förändrat huvudmannaskap. Syftet skulle vara att åstadkomma en gemensam ledning av den lokala servicen och vården där kommunerna borde ha ett större ansvar än tidigare.

I propositionen 1987/88:176 anförde föredragande statsrådet Lindqvist att samordningen av samhällets insatser för äldre och samverkan mellan kommuner och landsting behövde utvecklas. Ett mer samlat politisk och ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen borde åstadkommas. Mycket talade enligt statsrådet för att primärkommunerna borde vara huvudmän för bl.a. hemsjukvård och lokala sjukhem. Statsrådet föreslog att frågan om förändringar i huvudmannaskapet samt andra förändringar i syfte att åstadkomma ett mer enhetligt ansvar för samhällets äldreomsorg skulle beredas i en särskild delegation. Äldredelegationen som sedan kom att tillsättas och som ledde fram till den signalerade huvudmannaskapförändringen behandlas i denna rapport på s. 31 f.

Landstingen hade redan en skyldighet att bl.a. i samverkan med kommunerna planera sina insatser inom hälso- och sjukvården. I syfte att snarast så långt möjligt samordna kommunernas och landstingens ansvar för äldre föreslog statsrådet att det i socialtjänstlagen skulle införas en skyldighet för kommunerna att planera sina insatser för äldre. En sådan bestämmelse infördes också den 1 januari 1989 i socialtjänstlagen i en ny paragraf 20 a § med följande lydelse – SFS 1988:1471.

Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstingskommunen samt andra samhällsorgan och organisationer.

I specialmotiveringen (författningskommentaren) till den nya paragrafen i socialtjänstlagen anförde statsrådet bl.a. följande.

Syftet med kommunens planering skall vara att tillgodose äldre människors behov av boende, service och vård. I paragrafen ställs inte upp några krav på formerna för planeringen, men den bör ha sin utgångspunkt i de lokala förutsättningarna. Kommunen avgör alltså själv hur planeringsarbetet skall bedrivas. Det kan dock vara lämpligt att kommunen samordnar denna planering med annan planering som kommunen är skyldig att svara för, exempelvis enligt lagen (1947:523) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande m.m. och plan- och bygglagen (1987:10).

Bestämmelsen om kommunens skyldighet att planera sina insatser för äldre återfinns – med en mindre förändring – i den nuvarande socialtjänstlagen i 5 kap. 6 § andra stycket.

3.6 Förberedelse inför en meningsfull pensionstid

I propositionen 1979/80:1 (s. 280) framhåller departementschefen det självklara i att pensionstiden måste få upplevas som meningsfull och innehållsrik för den enskilde. Det är viktigt att samhället medverkar för att detta ska kunna uppnås. Socialutredningen och Pensionärsundersökningen hade framhållit det angelägna i att myndigheter, folkrörelser, företag och fackliga organisationer samverkar i förberedelserna för människors pensionering. Särskilt tog man upp vikten av att kunna upprätthålla kontakten med de tidigare arbetskamraterna.

Departementschefen annonserade att förberedelsen inför pensioneringen hörde till de frågor som den föreslagna Äldreberedningen skulle behandla. Departementschefen pekade dock på att det var önskvärt att det i kommunernas verksamhetsplanering också ingår ett avsnitt om behovet av samordnade resurser för att förbereda människor inför pensioneringen. Det är kommunerna som bäst känner de enskilda situationer. Kommunerna har också goda kontakter med folkrörelser, fackliga organisationer och företag. Departementschefen ansåg därför att de bästa insatserna kunde göras inom ramen för kommunerna samordningsansvar.

3.7 Kontaktverksamhet med aktiv sysselsättning

En av de frågor som enligt socialtjänstpropositionen tillhörde området för omsorger om äldre var hur samhället skulle kunna befrämja gemenskap och bryta isolering och passivitet.

Pensionärsundersökningen menade att det behövdes större informationsinsatser, framför allt från kommunerna. Enligt Pensionärsundersökningen hade också pensionärernas egna organisationer en viktig uppgift när det gäller att skapa gemenskap samt bryta isolering och passivitet. Tillräckliga och lämpligt utformade informationsinsatser anpassade till lokala förhållanden var viktiga. Social jour genom kommunernas försorg kunde skapa större trygghet under tider på dygnet då möjligheterna till andra kontakter var begränsade. Uppsökande verksamhet var också ett viktigt inslag i omsorgerna om äldre för att nå de uppsatta målen.

Departementschefen instämde i stort med de synpunkter som Pensionärsutredningen framfört om möjligheterna att bryta äldres isolering och passivitet. Departementschefen framhöll att den uppsökande verksamheten måste organiseras så att de enskildas integritet kan skyddas. Det var viktigt att kommunerna kunde förmedla kunskaper om de enskildas rättigheter och förmåner. Det borde i stor utsträckning kunna ske genom personalen i den sociala hemtjänsten. Telefonservice och ledsagning var insatser som skapade trygghet och samtidigt bidrog till att bryta den äldres ensamhet och isolering. Pensionärernas egna organisationer hade enligt departementschefen en viktig funktion när det gäller att skapa kontakter mellan människor.

3.8 Serviceboende

1964 års beslut av riksdagen pekade på att det behövdes alternativa boendeformer för äldre. Först under 1970-talet kom sådana boendeformer att utvecklas i någon mer nämnvärd omfattning. Vid 1980-talets början fanns nästan alla vårdplatser i enkelrum. Standarden hade stigit under åren fram till år 1980 men bedömdes av föredragande departementschefen i propositionen 1979/80:1 (s. 283) som ännu inte tillfredsställande. Fortfarande förekom det att äldre måste dela rum med någon som han eller hon inte var gift med. Toaletter förekom på vissa håll i korridorer i äldre och omoderna

hem. Däremot var det sällsynt att det i ålderdomshem bodde personer som inte uppnått pensionsåldern.

Pensionärsundersökningen hade kommit fram till att 16 procent av alla personer som bodde i ålderdomshem var mycket vårdkrävande och hade behov av långtidssjukvård. Variationen var dock stor mellan de olika länen. Klart var att tillsyns- och vårdbehoven var större vid slutet av 1970-talet än i början av 1960-talet. Pensionärsundersökningen menade emellertid att ålderdomshemmen var bättre rustade att ta hand om mer vårdkrävande personer än vad som var fallet i början av 1960-talet.

I propositionen redovisade föredragande departementschefen hur äldres boende såg ut i slutet av 1970-talet. Framför allt servicehusen hade utvecklats under de senare åren. Vid den tidpunkt då socialtjänstpropositionen skrevs skiljde man på servicehus och ålderdomshem. I såväl utrymme som former för service skiljde sig ålderdomshemmen från servicehusen. I ålderdomshemmen hade pensionärerna i regel endast ett rum, ibland inte ens med möjlighet att värma vatten för att kunna koka eller brygga kaffe, medan de boende i servicehusen hade egna lägenheter. Flertalet lägenheter (70 procent) omfattade ett rum och kök eller kokvrå, 27 procent av lägenheterna hade två rum och kök eller kokvrå och resterande andel tre rum eller flera.

I ålderdomshemmen var pensionären helinackorderad och erlade avgift för allt i ett. I servicehusen hyrde pensionärerna sin lägenhet och hade där möjlighet att själva laga mat. Kommunalt bostadstillägg kunde utgå. Pensionärerna fick betala särskilt för den service som de behövde. Antalet platser i ålderdomshem var 1975 drygt 60 000. Antalet bostäder i servicehus var 6 500, vilket betydde 6 900 hyresgäster. Enligt kommunernas planer för perioden 1975–1985 skulle man bygga ytterligare 3 300 platser i ålderdomshem och 10 400 lägenheter i servicehus.

Enligt Socialutredningen måste det även inom överskådlig tid finnas en boendeform som motsvarade den som ålderdomshemmen representerade. Det ansågs annars finnas risk för att äldre med stort behov av vård och omsorg inte kunde få den service som motsvarade deras behov. Utredningen pekade dock på att en alltför omfattande och kanske passiverande omvårdnad inte fick ges. Sammanfattningsvis uttalade Socialutredningen att de äldre i ålderdomshemmen framför allt fick sitt trygghetsbehov tillgodosett genom den omfattande service och omvårdnad som gavs där medan servicehusen tillgodosåg en högre grad av självständighet utan att

åsidosätta tryggheten. Utredningen menade emellertid att begreppet servicehus borde vara gemensamt för alla olika former av boende med gemensam service. Begreppet skulle markera inte bara att äldre utan att alla människor med särskilda servicebehov skulle kunna komma i fråga som hyresgäster. Utredningen ställde upp följande tre grundläggande krav för att denna form av boende skulle kunna betecknas som servicehus.

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

Socialutredningen föreslog också att ålderdomshemmen skulle ingå i begreppet ”servicehus”. Dessa skulle ses som bostäder i servicehus med omfattande service och vård. Kommunerna måste även inom överskådlig tid kunna erbjuda äldre sådan omvårdnad. Utredningen uttalade sig för en gradvis utveckling av ålderdomshemmets form av helinackordering till ett boende som är förenat med ett mer differentierat utbud av tjänster. En sådan utveckling ansågs medverka till att de äldre blev bättre aktiverade.

Socialutredningen behandlade även frågan om servicehusens geografiska placering. Dessa borde vara centralt placerade i de olika kommundelarna och inte som tidigare ofta förekommit placerade långt utanför annan bebyggelse. Husen borde inte heller innehålla alltför många rum och/eller lägenheter. Lägenheterna borde minst vara två rum och kök. Utredningen tog även upp frågan om avgifter på servicehusen. Ålderdomshemmets helinackorderingsprincip kunde bibehållas där detta var lämpligt. I andra fall där kommunen tog betalt för olika tjänster samtidigt som den boende betalade hyra borde han eller hon alltid få förbehålla sig ett belopp som motsvarade garantibeloppet vid helinackordering.

Föredragande departementschefen anslöt sig i propositionen till Socialutredningens förslag om att införa den gemensamma beteckningen servicehus för alla olika former av boende med gemensam service. Förutsättningen skulle vara att servicehuset uppfyllde de ovan angivna tre grundläggande kraven. Departementschefen an-

förde att strävan måste vara att successivt övergå från helinackordering till ett boende med mer individuellt anpassad service. Departementschefen avsåg att ge den planerade Äldreberedningen i uppdrag bl.a. att behandla denna fråga.

När det gällde avgifterna i olika former av boende menade departementschefen att den princip som dittills gällt om helinackordering i ålderdomshemmen kunde bibehållas tills vidare men att det avgiftssystem som gällde vid servicehusen framöver borde kunna gälla vid alla former av serviceboende. Som ovan anförts föreslog föredragande departementschefen att den dittills varande möjligheten för kommunerna att uppbära den boendes folkpension skall upphävas.

För att pensionärerna så långt möjligt skulle kunna bo kvar i sin invanda miljö ansåg departementschefen att det var angeläget att det kommunala bostadstillägget fick en sådan utformning och en sådan nivå att pensionären fritt kunde välja bostad. De ändringar som riksdagen tidigare beslutat om i fråga om regler för de kommunala bostadstilläggen borde enligt propositionen kunna bidra till ett sådant val.

3.9 Social hemtjänst

Socialutredningen hade konstaterat att den sociala hemhjälpen byggts ut kraftigt under åren fram till år 1976. Det året fick 340 000 äldre och funktionshindrade hemhjälp. Att äldre i ökad utsträckning kunnat bo kvar i den invanda bostaden berodde i stor utsträckning på att kommunerna utvecklat hemhjälpen. Den mesta hjälpen lämnades dock av grannar eller närstående. Personer i åldersgruppen 85 år och äldre hade i genomsnitt dubbelt så mycket hemhjälp som personer i åldersgruppen 75–84 år. Andelen med social hemhjälp var större bland ensamstående än bland flerpersonshushåll.

Socialutredningen framhöll också att det var ekonomiskt försvarbart att tillhandahålla hemhjälp med 20 timmar per vecka i stället för att upplåta plats i ålderdomshem. Utredningen menade dock att de ekonomiska skälen för att bygga ut hemhjälpen inte var de avgörande utan att omfattningen av hemhjälpen måste bestämmas av sociala och humanitära hänsyn.

Det var också enligt Pensionärsundersökningen tydligt att omfattningen av hjälpen starkt varierade mellan kommunerna. I kom-

munerna i södra Sverige fick pensionärerna i genomsnitt mindre hjälp än i kommunerna i norra Sverige. Behoven och möjligheterna att tillgodose hemhjälp för pensionärer varierade alltså från kommun till kommun. Det var därför också omöjligt enligt Socialutredningen att fastställa några allmänna normer för när och hur mycket social hemhjälp som borde utgå.

Socialutredningen betonade dock att det var viktigt att de som arbetar i hemtjänsten inte direkt övertar sysslor och åligganden från den person som de hjälper. Personalens uppgift ska vara att gå in som förstärkning. Personalen måste därför utgå från vad personen kan, inte från vad han eller hon inte kan. Viktigt är inte bara att den enskilde får service och omvårdnad. Minst lika viktig är uppgiften att den enskilde får träffa en medmänniska och får stimulans i kontakten med den som ska svara för service och omvårdnad. Personalen har också en viktig uppgift i att informera pensionären om de möjligheter och rättigheter som han eller hon har. Den sociala hemhjälpen bör därför utvecklas mer mot en servicebetonad social hemtjänst.

Hemtjänsten behöver också organiseras så att tjänsterna blir lätta att nå. Förmedling av hemtjänst bör kunna samordnas med annan verksamhet, i t.ex. en dagcentral eller i anslutning till ett servicehus. Det gör det lättare att arbeta i grupp. Den isolering som dittills varit utmärkande för de s.k. hemsamariternas arbete borde kunna brytas med ett sådant system. Det måste också vara en strävan att göra arbete i hemtjänsten till ett fullvärdigt yrke och till heltidsarbete. Utbildningen måste förbättras och ges ett nytt innehåll. Man måste överväga i vilken mån utbildningen kan bli gemensam för hemtjänstpersonal och andra yrkesgrupper med vissa vårduppgifter.

Föredragande departementschefen anslöt sig i huvudsak till vad Socialutredningen anfört om hemtjänsten. Det finns anledning att här helt citera vad föredraganden anförde.

Jag vill för min del till en början konstatera att den sociala hemtjänsten har utvecklats kraftigt under senare år. Trots detta finns det pensionärer som inte får hjälp fast de behöver det. Variationer förekommer också mellan kommunerna i riket. Jag förutsätter att bristerna i framtiden kommer att uppmärksammas bättre genom att vi får en effektivare uppföljning och en planering av äldreomsorgen.

Vad Socialutredningen har uttalat om utformningen av uppgifterna inom hemtjänsten är viktigt. Personalen bör sträva efter att stödja den hjälpbehövande och fullgöra de sysslor i hemmet som han eller hon inte har förutsättning att klara själv. Däremot bör personalen inte

överta sysslor från den de skall hjälpa. Jag vill också understryka de i egentlig mening sociala inslagen i hemhjälpen – att vara en kontakt, ett sällskap för den hjälpbehövande. I likhet med Socialutredningen och Pensionärsundersökningen anser jag att nya organisationsformer bör prövas inom hemtjänsten. Av målet normalisering följer att verksamheten bör decentraliseras och integreras med andra verksamheter.

Arbete inom den sociala hemtjänsten måste nu betraktas som ett fullvärdigt yrke och i princip som ett heltidsarbete. Personalen inom hemtjänsten är en stor tillgång inom den kommunala socialtjänsten. I likhet med Kommunförbundet anser jag att verksamheten kommer att förändras och att hemtjänstpersonalen kommer att betraktas som en resurs för skilda insatser inom socialtjänsten. Hemtjänstpersonalen är spridd i kommunen och kan bli en viktig kontakt mellan människor.

Begreppet social hemtjänst ligger i linje med de mål som gäller för äldreomsorgen. Benämningen hemsamariter på personalen bör enligt min mening ändras. Det ankommer dock inte på mig att föreslå en annan benämning. Jag utgår från att berörda parter på arbetsmarknaden kommer att ta upp frågan till prövning. Jag har tidigare (avsnitt 2.4) diskuterat begreppet socialarbetare och föreslagit att också personal inom det sociala serviceområdet skall benämnas så.

3.10 Vård

Långvariga och vårdkrävande sjukdomstillstånd blir av naturliga skäl vanligare i högre åldrar. Det kan vara svårt att avgöra om det är sjukdom eller stigande ålder som är huvudanledningen till att äldre behöver mer vård. Ansvaret för vård av sjuka låg fram till de ändringar som skedde i anledning av Ädelreformen helt på landstingen. Kommunerna hade och har fortfarande ansvaret för de äldres behov av social omsorg. Vid resursbrist kunde detta medföra tvister mellan kommuner och landsting om vilken huvudman som var ansvarig i enskilda fall. För den enskilde kunde detta innebära oklarheter och medföra betydande olägenheter.

I propositionen 1979/80:1 (s. 290) konstaterade föredragande departementschefen att behovet av vård och omsorg av gamla skulle komma att öka. Samtidigt var det uppenbart att allt fler äldre önskade att bo kvar hemma i den invanda miljön så länge som möjligt i stället för att behöva flytta till institution för att få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Vård i hemmet borde i ökad utsträckning bli ett alternativ till institutionsvård. I många fall är det då närstående till den äldre som svarar för den vård och omsorg som han eller hon behöver. Närståendevårdare behöver stöd i sitt arbete för att kunna klara denna uppgift. För att utreda

hur detta skulle kunna lösas framöver signalerade departementschefen att han ämnade tillsätta en parlamentarisk utredning för att pröva hur stödet till närstående skulle kunna förbättras.

Pensionärsundersökningen konstaterade att utbyggnaden av den somatiska långtidssjukvården under 1970-talet inte hade ökat i tillräcklig omfattning. Många äldre fick inte den sjukvård som de behövde. Socialutredningen hade uttalat att ett enhetligt huvudmannaskap för långtidssjukvård och äldreomsorg inte borde komma i fråga. Det borde tydligare slås fast vilket ansvar de olika huvudmännen hade. Olika former av samverkan mellan huvudmännen borde byggas ut. Sjukvårdshuvudmännen (landstingen) skulle också svara för all institutionell vård och andra insatser när det finns ett medicinskt vårdbehov. Det skulle även gälla sjukvårdsinsatser i servicehusen. Socialnämnderna skulle se till att nödvändig samverkan mellan kommuner och landsting utvecklades. Kommunerna skulle även svara för äldres behov av sociala insatser under institutionsboende, t.ex. kurativa insatser och vissa kontakter med närstående.

Socialutredningen uttalade också att kommuner och landsting inte borde bygga upp tämligen likartade vårdresurser. Strävan skulle alltså vara att i samverkan tillhandahålla de vårdresurser som krävs. Utredningen hänvisade också till olika samverkansprojekt som byggts upp under åren.

Pensionärsundersökningen framhöll att vården av sjuka i hemmet kunde sägas innehålla tre komponenter. Den första är den rent sociala omvårdnaden som är en uppgift för kommunerna. Den andra är medicinsk vård och behandling som är ett ansvar för landstingen. Det kräver en väl utbyggd primärvård, där framför allt distriktsköterskornas insatser är av betydelse. Den tredje komponenten är finansieringen av vårdkostnaderna. Varje huvudman skulle enligt Socialutredningen svara för samtliga kostnader hänförliga till respektive vårdområde.

I socialhjälpslagen återfanns en särskild bestämmelse om störande vårdtagare, som i huvudsak avsåg äldre personer med allvarliga alkoholproblem. Socialutredningen föreslog att den bestämmelsen skulle tas bort. Så blev också ställningstagandet i propositionen. Någon bestämmelse om störande vårdtagare kom inte att inflyta i socialtjänstlagen.

Föredragande departementschefen anslöt sig till vad som redovisats i Socialutredningens betänkande om vården av äldre. Förslaget om åtskillnad mellan sociala och medicinska insatser inom

äldreomsorgen ansåg departementschefen som väl genomtänkt. Han ville emellertid särskilt peka på nödvändigheten av praktisk samverkan mellan kommuner och landsting inom social hemtjänst och sjukvård i hemmet. Det var viktigt att samarbetsformer utvecklades. En samordnad planering av insatser för äldre var av stor betydelse med hänsyn till det nära sambandet mellan långtids-sjukvård och vissa vårdformer inom äldreomsorgen.

Sjukhemmen hade emellertid inte fått den hemliknande utformning som varit ett villkor från statens sida i 1964 års program. Utbyggnaden av långtidssjukvården hade inte heller skett i takt med det ökande antalet äldre. Departementschefen föreslog därför att dessa frågor skulle utredas av den Äldreberedning som han ansåg att tillsätta.

3.11 Övriga frågor

I socialtjänstpropositionen pekades på behovet av forsknings- och utvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Föredragande departementschefen ansåg det nödvändigt med ökade insatser inom denna forskning. Den måste vara tvärvetenskaplig. Äldreberedningen skulle i samråd med Delegationen för social forskning få överväga de ytterligare initiativ som behövdes i denna fråga.

Behovet av utbildad personal inom äldreomsorgsområdet var också en viktig fråga för hur omsorgerna om äldre skulle kunna ske på bästa möjliga sätt. De stora förändringar som förväntades framöver i fråga om organisation och arbetsmetoder skulle komma att ställa krav på ökade utbildnings- och forskningsinsatser. Detta var frågor som överlämnades till Äldreberedningen att analysera.

3.12 Lagförslaget i propositionen 1979/80:1 Om socialtjänsten

De överväganden om äldreomsorg som skedde i propositionen 1979/80:1 ledde fram till förslag om två paragrafer om omsorg om äldre människor. Socialutskottet (bet. 1979/80: SoU 44) gjorde ingen ändring i regeringens förslag annat än att paragraferna fick andra nummer i det slutliga beslutet. Paragraferna fick följande lydelse.

19 § Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

20 § Socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

För äldre människor med behov av särskilt stöd skall kommunen inrätta bostäder med gemensam service (servicehus).

Övergången från ett yrkesverksamt liv skall underlättas genom information och annat stöd.

I specialmotiveringen (författningskommentaren) till 19 § (i regeringens förslag 18 §) skriver föredragande departementschefen bl.a. följande.

I paragrafen anges syftet med socialtjänstens insatser för äldre. De grundläggande kraven på självbestämmande och normalisering läggs fast. Socialnämnden skall genom sina insatser ge de äldre valfrihet. Nämnden ska skapa förutsättningar för att äldre människor som önskar det kan bo kvar i sin invanda miljö. Samtidigt skall nämnden medverka till att bryta isolering och öppna möjlighet för de äldre till kontakter med anhöriga och andra och till att även i övrigt ta del i gemenskapen i samhället. Man bör verka för att äldre människor får möjlighet till en aktiv sysselsättning. Likaså bör de äldres medverkan i samhällsliv och föreningsliv stimuleras.

Vissa sociala tjänster blir särskilt betydelsefulla för de äldres möjligheter att leva självständigt. Det gäller insatser som gör det lättare att bo hemma, att behålla handlingsfrihet och att känna trygghet. Till sådana sociala tjänster hör social hemhjälp, färdtjänst och social jour samt tillhandahållande av tekniska hjälpmedel.

I specialmotiveringen till 20 § (19 § i regeringens förslag) skriver föredragande departementschefen bl.a. följande.

Första stycket. Som framgår av de allmänna övervägandena är det alltså jämt så att äldre personer, generellt sett, bor sämre än andra. I lagrummet har därför lagts särskild vikt vid att socialnämnden verkar för att de äldre får goda bostäder. Samtidigt är äldre människor ofta i behov av stöd- och hjälpinsatser i hemmet. Såväl social jour som andra anordningar som ger de äldre möjlighet att vid behov kunna komma i kontakt med någon är av stor betydelse för tryggheten i boendet. Nämnden skall sörja för att de äldre också ges annan service som kan underlätta boendet. I lagrummet understryks att servicen skall vara lättåtkomlig. Äldreomsorgen måste vara så anordnad att de äldre verkligen kan få den hjälp som de behöver. Här har informationen om vilka sociala insatser som står till buds stor betydelse. Men frågan om lättåtkomligheten gäller även avstånd, kommunikationer och tider. All

service kan inte ges i hemmet. Det kan bli nödvändigt att samordna insatser vid servicecentraler av olika slag.

Andra stycket. När de insatser som kan ges i hemmet är otillräckliga, skall de äldre kunna erbjudas ett boende som kan tillgodose kraven på en högre grad av omsorg. Lagrummet innebär en skyldighet för kommunen att inrätta bostäder med gemensam service. Innebörden härav, bl.a. att de äldre bör erbjudas ett boende och en service som är anpassad till deras behov, har behandlats ingående i de allmänna övervägandena. Bostäderna skall i fortsättningen benämnas servicehus.

Lägenhet i servicehus hyrs på samma sätt som andra bostäder och kan berättiga till kommunalt bostadstillägg. Servicehusen kan vara del av fastighet. Serviceanordningar som t.ex. social hemhjälp tar den boende i anspråk efter eget bestämmande och betalar härför enligt gällande taxor. Boendet bör vara så utformat att den enskilde även nattetid kan erhålla de tjänster som han eller hon behöver för att klara sin tillvaro och känna trygghet.

Även de nuvarande ålderdomshemmen kommer att omfattas av begreppet servicehus. Strävan bör vara att successivt övergå från den helinackordering som erbjuds vid ålderdomshemmen till ett boende med mer individuellt anpassad service.

Tredje stycket i paragrafen handlade, som framgår ovan, om socialnämndens skyldighet att genom information och annat stöd underlätta övergången från ett yrkesverksamt liv. Bestämmelsen har sedermera som onödig och/eller obsolet tagits bort. Denna ändring trädde i kraft den 1 januari 1998 – se prop. 1996/97:124. Anledning saknas därför att nu redovisa specialmotiveringen till det stycket.

3.13 Rätten till bistånd

En av de grundläggande nyheterna i socialtjänstlagen i jämförelse med vad som tidigare gällt i socialhjälpslagen var rätten till bistånd. Den rätten var inte begränsad till några särskilda personer eller några särskilda situationer. I stället var bestämmelsen utformad som en generell rätt för var och en till stöd och hjälp. Bestämmelsen hade från början följande lydelse.

6 § Den enskilde har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och sin livsföring i övrigt, om hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt.

Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans resurser att leva ett självständigt liv.

Rätten till bistånd var från början alltså inte knuten till några särskilt angivna insatser. Var och en fick rätt till bistånd i form av ekonomisk hjälp (socialbidrag) – numera ”försörjningsstöd” – eller annan hjälp om det förelåg sådana förhållanden som angavs i paragrafen. Hjälpen skulle vara utformad efter vars och ens behov och ges efter en individuell bedömning. Förhållandena i det enskilda fallet avgjorde vilken form av bistånd som kunde bli aktuell. Förutom socialbidrag kunde det således vara fråga om social hemhjälp, särskilt boende, stöd eller vård för missbrukare etc.

Rätten till bistånd har från början varit utformad så att den inträder om den enskilde behöver hjälp för sin försörjning och livsföring i övrigt. Rätten förutsätter alltså en individuell prövning av den enskildes behov. För att få ekonomisk hjälp har förutsatts att den enskilde själv saknar förmåga att tillgodose det föreliggande behovet. Den som är arbetsför och kan beredas lämpligt arbete är enbart tillfälligt och till dess han eller hon kan klara sin försörjning själv berättigad till bistånd. Detsamma gäller även andra former av bistånd. Är den enskildes förhållanden sådana att han eller hon för sin dagliga livsföring är i behov av stöd- och hjälpinsatser t.ex. i hemmet, men saknar möjlighet att själv genom egna åtgärder tillgodose det föreliggande behovet har han eller hon rätt till bistånd. Rätt t.ex. till hemhjälp kan föreligga även om den enskilde har egna tillgångar. Skyldighet föreligger då att genom avgift bidra till kostnaden för hjälpen.

Rätten till bistånd förutsätter således en individuell prövning. Beslut om bistånd som gått den enskilde emot har han eller hon alltså också haft rätt att få prövat i form av förvaltningsbesvär. Denna form av överklagande innebär att förvaltningsdomstolen – i första instans länsrätten – kan pröva beslutet i dess helhet. Beslutet kan alltså ändras såväl av den anledningen att det strider mot lag som att länsrätten gör en annan bedömning av lämpligheten i det enskilda fallet. Domstolens beslut ersätter socialnämndens beslut. Från början gällde inte att sådant beslut av länsrätten skulle gälla omedelbart. Senare kom emellertid en sådan bestämmelse att införas i socialtjänstlagen. Det skedde den 1 juli 1984. Bestämmelsen, som inte ändrats sedan dess och som nu återfinns i 16 kap. 3 § SoL (2001:453), har följande lydelse.

Beslut i frågor som avses i första stycket gäller omedelbart. En länsrätt eller en kammarrätt får dock förordna att dess beslut skall verkställas först sedan det har vunnit lag kraft.

Något hinder har inte ansetts föreligga för en kommun – att utöver vad som gällt om bistånd till en viss person efter individuell prövning – också ge stöd och hjälp i särskilda fall till personer tillhörande olika grupper som omnämns i socialtjänstlagen. Denna möjlighet var från början alltså inte lagreglerad. Men det ansågs dock inte föreligga något hinder för en kommun att, utöver vad som gällde enligt rätten till bistånd, erbjuda stöd och hjälp till grupper och enskilda som kunde bedömas ingå i socialtjänstlagens målgrupp.

En förutsättning för stöd och hjälp i situationer som inte omfattades av bestämmelsen om rätt till bistånd var emellertid att det i det enskilda fallet fanns skäl för insatsen. Det förutsattes alltså att, efter en individuell prövning, den enskilde kunde bedömas ha behov av insatsen och att det även var fråga om stöd och hjälp som var förenliga med socialtjänstlagens grundläggande principer. Insatsen skulle även vara sådan att den inte kunde anses strida mot kommunallagens (1991:900) likställighetsprincip. Kommunens beslut måste innebära att lika fall ska bedömas lika. Om dessa förutsättningar var uppfyllda fanns alltså möjlighet att ge stöd och hjälp utöver den rätt enskilda hade till bistånd.

Beslut om stöd och hjälp utöver vad som följde av rätten till bistånd kunde enbart överklagas med laglighetsprövning enligt vad som gäller enligt 10 kap. kommunallagen (KL). Överklagande av kommunala beslut i denna ordning benämndes tidigare kommunalbesvär. Vid laglighetsprövning kan domstolen – i första instans länsrätten – enbart upphäva beslutet om det strider mot någon av de grunder som anges 10 kap. 8 § KL. Ett beslut ska av länsrätten upphävas om

1. det inte tillkommit i laga ordning,
2. det hänför sig till något som inte är en angelägenhet för kommunen eller landstinget,
3. det organ som har fattat beslutet har överskridit sina befogenheter eller
4. beslutet strider mot lag eller annan författning.

Laglighetsprövningen innebär enbart att domstolen upphäver beslutet. Domstolen kan inte sätta något annat beslut i det upphävda beslutets ställe. Prövningen innebär inte heller automatiskt att kommunen måste fatta ett nytt beslut som ersätter det upphävda beslutet. Det blir kommunens sak att ta ställning till om det behövs något nytt beslut.

Någon särskild bestämmelse om möjlighet – alltså inte skyldighet – för socialnämnden att, utöver vad som gäller enligt bestämmelsen om rätt till bistånd besluta om stöd och hjälp i enskilda fall fanns alltså inte från början. I den ändring av socialtjänstlagen (1980:620) som skedde den 1 januari 1998 infördes en ny paragraf – 6 b § – som gav socialnämnden en uttrycklig befogenhet att ge bistånd *i annan form än eller utöver vad som följer av 6 b och 6 f §§*. Det stadgades också uttryckligen i lagtexten att en förutsättning för bistånd enligt kommunens egna riktlinjer var att det fanns skäl för det.

En bestämmelse med motsvarande innebörd finns också i den nuvarande socialtjänstlagen (2001:453) i 4 kap. 2 §. Bestämmelsen där har följande lydelse.

Socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 1 § om det finns skäl för det.

Bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL innebär alltså befogenhet för kommunen att ge bistånd enligt andra regler och andra bedömningar än vad som gäller om rätt till bistånd i 4 kap. 1 § SoL, i andra former eller till högre belopp än som den enskilde har rätt till. Bestämmelsen motsvarades i den tidigare socialtjänstlagen (1980:620) av 6 g §.

Förutsättningarna för att över huvud taget kunna använda sig av denna befogenheten är emellertid som ovan sägs att det sker efter en individuell prövning. Den som får stöd eller hjälp ska verkligen behöva det. Det ska alltså finnas skäl för hjälpen eller stödet. Generella insatser till alla personer av en viss ålder, av ett visst kön, med en viss bakgrund, med en viss utbildning eller liknande torde alltså inte kunna ske, i varje fall inte med stöd av bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL.

Personen i fråga måste tillhöra någon av socialtjänstens målgrupper. Hjälpen eller stödet kan bara utgå på samma sätt och i samma omfattning som till andra i samma situation. Särbehandling av en viss person får alltså inte ske så att andra missgynnas på bekostnad av den hjälp som utgår till honom eller henne.

4 Utvecklingen efter år 1982

4.1 Propositionen 1987/88:176 Äldreomsorgen inför 90-talet

Den i socialtjänstpropositionen 1979/80:1 aviserade Äldreberedningen (dir. 1980:93) överlämnade ett antal rapporter samt tre betänkanden: *Leva som äldre* (SOU 1985:3), *Dagens äldre* (SOU 1985:31) samt slutbetänkandet *Äldreomsorg i utveckling* (SOU 1987:21). Slutbetänkandet handlar om äldre människors levnadsförhållanden och om hur service och vård till äldre bör utvecklas.

Äldreberedningens slutbetänkande och övriga betänkanden utgjorde det huvudsakliga underlaget till de överväganden och förslag som togs upp i propositionen 1987/88:176 *Äldreomsorgen inför 90-talet*. I propositionen togs även upp vad som framförts i betänkandet *Sjukvård i livets slutskede* (SOU 1979:59) avgivet av Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. I propositionen behandlades också de förslag till anhörigstöd som behandlats i Anhörigvårdskommitténs slutbetänkande *Ledighet för anhörigvård* (SOU 1983:64).

I propositionen 1987/88:176 betonas de äldres rätt att påverka innehållet och utformningen av samhällets service och vård. Inriktningen var att de äldre i ökad utsträckning skulle kunna välja att bo kvar hemma, även när hjälpbehoven är stora. Ett varierat utbud av särskilda boende- och vårdformer för äldre måste finnas. I propositionen angavs särskilt ålderdomshem, servicehus och gruppboende för åldersdementa som olika sådana boende- och vårdformer. Av betydelse var dock att service och vård i alla boende- och vårdformer måste utformas så att den enskildes självbestämmande och trygghet främjas. Det gäller att hitta en sådan balans mellan självbestämmande och trygghet så att inte det ena målet åsidosätts på bekostnad av det andra.

Propositionen behandlade bl.a. frågan om en samordning av samhällets insatser mellan kommuner och landsting. Denna samverkan behövde enligt föredragande statsrådet utvecklas. Ett mer samlat politiskt och ekonomiskt ansvar borde åstadkommas. Enligt föredragande statsrådet talade mycket för att kommunerna borde vara huvudmän för bl.a. hemsjukvård och lokala sjukhem. Frågan om en sådan förändring och andra förändringar i syfte att få till stånd ett mer enhetligt ansvar för samhällets äldreomsorg föreslogs i propositionen böra beredas av en särskild delegation.

En sådan delegation, Äldredelegationen, inrättades också av regeringen med uppdraget att utarbeta förslag till en närmare utformning av en förändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen inom samhällets äldreomsorg. Närmare om denna delegation och de lagändringar som så småningom ledde fram till den s.k. Ädelreformen redovisas i avsnitt 4.2 och 4.3.

I propositionen 1987/88:176 (s. 8) föreslog regeringen att socialtjänstlagen (1980:620) skulle kompletteras med en bestämmelse om att kommunen skulle vara skyldig att i samråd med landstinget planera kommunens insatser för äldre. Det förslaget ledde också fram till att riksdagen beslutade om ett sådant tillägg i lagen. Bestämmelsen infördes i en ny paragraf – 20 a § – i socialtjänstlagen (1980:620) den 1 januari 1989 (SFS 1988:1471). Bestämmelsen återfinns numera i 5 kap. 6 § andra stycket SoL (2001:453).

I propositionen behandlades även frågan om personalförsörjningen inom äldreomsorgen. Kommuner och landsting borde, i egenskap av arbetsgivare och huvudmän för äldreomsorgen, ge hög prioritet åt de personalpolitiska insatserna. Dessa måste syfta till att minska personalomsättning och sjukfrånvaro, att höja tjänstgöringsgraden och att förbättra rekryteringsmöjligheterna. I propositionen föreslogs vidare att en särskild lag om ersättning och ledighet vid kortvarig närståendevård skulle införas. En sådan lag infördes den 1 juli 1989 (SFS 1988:1465). Senaste ändring se SFS 2002:196. Dessutom skedde olika följdändringar i andra lagar.

4.2 Äldredelegationen

Delegationen för beredning av frågan om förändring av huvudmannaskap m.m. inom samhällets äldreomsorg (allmänt förkortad Äldredelegationen) inrättades den 11 maj 1988.

Delegationens uppgift var att analysera konsekvenserna av de ändringar i huvudmannaskapet samt de förändringar i ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting som aktualiserats i propositionen 1987/88:176 i syfte att nå ett mera enhetligt politiskt och ekonomiskt ansvar för samhällets äldreomsorg. Delegationens analys skulle bl.a. omfatta vilka åtgärder som krävs inom organisationen av äldreomsorgerna samt vilka ändringar som behövs i lagstiftningen bl.a. inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Delegationen hade också till uppgift att visa hur den ekonomiska regleringen kunde lösas.

Som ett underlag för analyserna skulle behovet av medicinska insatser för äldre och äldres behov av service, omsorg och vård studeras. Delegationen skulle även visa hur äldre och funktionshindrade skulle kunna flytta till särskilda boende- och vårdformer i annan kommun eller annat landsting än det egna. Målsättningen var att de förändringar som kunde bli aktuella skulle kunna genomföras den 1 januari 1991.

Äldredelegationen lade fram sin rapport (Ds 1989:27) den 22 maj 1989. Delegationen leddes av statsrådet Bengt Lindqvist. I delegationen ingick vidare en representant från vardera socialdemokraterna, moderaterna, folkpartiet, centerpartiet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Äldredelegationen konstaterade att kommuner och landsting sökt utveckla och samordna sina service- och vårdinsatser men att det fortfarande fanns betydande problem i samspelet mellan huvudmännen. De strukturella och funktionella problemen sammanfattade Äldredelegationen på följande sätt.

- Det finns parallella organisationer för likartade service- och vårdbehov.
- Uppbyggnaden av alternativa boende- och vårdformer samt insatser i öppenvården för det ökande antalet mycket gamla försvåras genom oklarheter om den nuvarande huvudmannaskapsgränsen.
- Ett socialt synsätt har fått stå tillbaka för ett traditionellt sjukvårdsperspektiv, även då sociala omvårdnadsbehov dominerar.
- Det politiska ansvaret är otydligt, vilket gör att den enskilde har svårt att veta vem som är ansvarig för olika insatser.
- Äldre personer tvingas i onödan flytta mellan olika boende- och vårdformer.
- Flexibiliteten i resursanvändningen begränsas genom parallella ledningsorganisationer med olika budgetar.
- Uppdelningen av arbetsuppgifter i service- och vårdarbetet riskerar att mer ske efter administrativa gränser än vad som motiveras av den enskildes behov.
- Samspelet mellan sjukvårdens institutioner och övrig äldreomsorg försvåras, varför människor vårdas onödigt länge på sjukvårdens institutioner.

De förändringar som Äldredelegationen föreslog var följande.

1. Kommunerna ska få ett lagstadgat ansvar för att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för dem som behöver det.
2. De lokala sjukhemmen ska överföras till kommunerna och bli en särskild boendeform för service och omvårdnad. En kom-

- mun och ett landsting ska gemensamt kunna komma överens om att landstinget fortfarande ska driva ett sjukhem eller att en långvårdsanläggning på länsnivå ska föras över till kommunen.
3. Kommunerna ska bli ansvariga för medicinska insatser i enskilda hem, särskilda boendeformer och dagverksamheter. Landstingen ska dock ha kvar ansvaret för läkarinsatser.
 4. Den integrerade organisationen för social hemtjänst och hem-sjukvård ska benämnas hemvård.
 5. Kommunernas ansvar ska avse såväl planerade som akuta insatser. Om det skulle uppstå oklarheter ska dock landstingen ha kvar ansvaret för den medicinska vård som den enskilde kan behöva.
 6. Kommunerna ska svara för att den personal anställs som behövs för verksamheten. Berörd personal ska erbjudas anställning i kommunen. Lokala lösningar ska dock finnas kvar med möjlighet för kommunerna att köpa tjänster för arbete i hemvården.
 7. En särskilt yrkeserfaren sjuksköterska ska ges ett särskilt medicinskt ansvar.
 8. Ledningen av hemvården och de lokala sjukhemmen ska utövas av socialnämnderna.
 9. En översyn bör ske av avgiftssystemet med målsättningen att införas samtidigt med huvudmannskapsreformen.
 10. Socialtjänstlagen (1980:620) ändras i överensstämmelse med förslagen ovan. En ny lag om kommunalt betalningsansvar införs. Lagen (1980:12) om förtroendenämnder, sekretesslagen (1980:100) och folkbokföringslagen (1967:198) ändras för anpassning till de olika förslagen.

Delegationen var inte enig i sina ställningstaganden och förslag. De borgerliga ledamöterna reserverades sig i olika delar mot förslaget. Särskilda yttranden avlämnades av Landstingsförbundets och Folkpartiets representanter.

4.3 Propositionen 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade – Ädelpropositionen

I Ädelpropositionen föreslogs en rad med åtgärder – de flesta i enlighet med vad Äldredelegationen föreslagit.

Förslagen i propositionen godtogs i huvudsak av riksdagen. Ändringar skedde därmed i socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Följdändringar skedde i ett antal andra lagar. En lag om övertagande av vissa sjukhem och en lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård infördes. Ändringarna och de nya lagarna trädde i kraft den 1 januari 1992 med möjlighet att på vissa villkor kunna tillämpas redan under år 1991 (se SFS 1990:1402–1407, 1990:1465 och 1990:1470). De ändringar som skedde i socialtjänstlagen har i princip oförändrade förts över till socialtjänstlagen (2001:453) (se avsnittet om den nya lagens bestämmelser längre fram i denna rapport).

Ändringarna innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och funktionshindrade. Syftet var framför allt att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de riktlinjer som riksdagen tidigare lagt fast om äldreomsorgen.

Enligt den särskilda lagen (1990:1402) om övertagande av sjukhem övertog kommunerna den 1 januari 1992 de sjukhem och andra somatiska långvårdsinrättningar i landstingen som hade ett lokalt upptagningsområde. En kommun och ett landsting kunde emellertid komma överens om att ett sådant sjukhem även fortsättningsvis skulle drivas av landstinget. En kommun och ett landsting kunde också komma överens om att andra långvårdsinrättningar än sådana med ett lokalt upptagningsområde kunde övertas av kommunen.

Det kommunala ansvaret för äldres och funktionshindrades boende, service och vård förtydligades i socialtjänstlagen (1980:620). Kommunerna gavs en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre. Till sådana boendeformer räknades ålderdomshem, servicehus, gruppboende samt de lokala sjukhem, som kommunerna övertog. Kommunerna fick även ansvar för sådant gruppboende för människor med åldersdemens och olika servicebostäder, vilka dittills drivits av landsting eller av kommuner och landsting gemensamt. Vidare fick kommu-

nerna skyldighet att inrätta bostäder med särskild service för handikappade (funktionshindrade). Kommunernas ansvar för dagverksamheter förtydligades.

Vid alla särskilda boendeformer, inklusive de sjukhem som kommunerna övertog, samt vid bostäderna med särskild service för funktionshindrade fick kommunerna ansvar för den hälso- och sjukvård som de boende hade behov av. Det gällde dock inte läkarinsatser, vilket även fortsättningsvis kom att vara en uppgift för landstingen, något som fortfarande gäller. Kommunen gavs vidare befogenhet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende. Om landstinget och en kommun är överens om de och regeringen lämnar sitt medgivande, kan kommunen överta landstingets skyldighet att erbjuda hemsjukvård. Landstinget kan dock inte överlåta ansvaret för läkarinsatser till kommunerna.

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården lades på socialnämnden. Med tanke på att det inte i den kommunala hälso- och sjukvården skulle finnas några läkare inrättades en särskild befattning som medicinskt ansvarig sjuksköterska eller motsvarande yrkesutövare. En sådan befattning skulle finnas vid varje verksamhetsområde som kommunen bestämde, alltså antingen hela kommunen eller en del av kommunen eller en viss funktion i kommunen. Denna tjänsteman, som populärt kom att kallas "MAS", fick vissa medicinska ledningsfunktioner i fråga om övrig hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen. Vilka dessa ledningsfunktioner är framgår av 24 § hälso- och sjukvårdslagen och 2 kap. 5 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Kommunerna fick enligt lagen (1990:1404) betalningsansvar för den somatiska långtidssjukvård som bedrivs av ett landsting eller en enskild vårdgivare. Betalningsansvaret inträder fem vardagar efter det att landstinget hos kommunen anmält att personen är inskriven eller ska skrivas in vid vårdinrättningen. Betalningsansvar enligt den regeln omfattade dock inte geriatrisk vård.

För personer inom akutsjukvård och geriatrisk vård kom det kommunala betalningsansvaret att inträda efter det att patienten bedömts som medicinskt färdigbehandlad. Betalningsansvaret skulle dock inträda först fem vardagar efter det att landstinget och kommunen inlett planeringen av patientens fortsatta vård.

Vissa lagändringar infördes också i den lagen som gjorde det möjligt för kommuner och landsting att göra den ekonomiska reglering som reformen förutsatte. Lagen om det kommunala be-

talningsansvaret har sedermera kommit att utvidgas även till personer inom den psykiatriska vården.

Numera gäller (SFS 2003:193) att en kommun har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Vårdplanen ska innehålla uppgifter om vilka insatser framöver som landstinget respektive kommunen ska svara för. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

Kommer landstinget och kommunen inte överens om annat inträder det kommunala betalningsansvaret dagen efter det att patienten är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. För en patient inom somatisk akutsjukvård eller geriatrisk vård inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. För patienter inom den psykiatriska vården är motsvarande karenstid 30 dagar. Om kommunen inte medverkar vid vårdplaneringen inträder betalningsansvaret ändå enligt vad nu sagts. Om landstinget emellertid inte kan uppfylla sina förpliktelser enligt vad som anges i vårdplanen inträder inget betalningsansvar för kommunen.

Lagen innehåller bestämmelser bl.a. även om hur en vårdplan ska upprättas, vilka ersättningsregler som gäller och om rätt för ett landsting att utan hinder av sekretess lämna uppgifter till kommunen om personer, som kommunen har betalningsansvar för.

Vid regeringssammanträde den 3 april 2003 har en särskild utredare tillkallats att genomföra en översyn av vård och omsorg för äldre drygt tio år efter Ädelreformen (dir. 2003:40). Utredaren ska analysera och överväga följande frågor.

- Hur kan vården och omsorgen på bästa sätt organiseras för att säkerställa en hög kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet samt trygghet och inflytande för de äldre själva, med beaktande av såväl sociala som medicinska behov?
- Är den nuvarande huvudmannaskapsgränsen mellan landsting och kommun ändamålsenlig eller bör ansvarsfördelningen ändras?
- Hur kan hälso- och sjukvården i kommuner och landsting bäst organiseras så att de äldres behov tillgodoses på bästa möjliga sätt, såväl i ordinärt boende som i särskilt boende?

Särskild vikt ska läggas vid:

- integrering av primärvårdens läkarresurser i kommunernas vård och omsorg
- för- och nackdelar med hemsjukvård i kommunens respektive landstingets regi
- utvecklingen av det särskilda boendet
- utvecklingen inom akutsjukvården
- samverkan mellan akutsjukvård – geriatrik – landstingens primärvård – hemsjukvård – hemtjänst
- utformning av en långsiktig strategi för läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård.

Utredaren ska vidare analysera och föreslå en tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting för tillgång till rehabilitering och effektivt fungerande hjälpmedel.

Utredaren ska redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 31 januari 2004.

4.4 Försöksverksamhet med kommunal primärvård

I Ädelpropositionen aviserade föredragande statsrådet också att en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården skulle genomföras och att förslag om detta skulle föreläggas riksdagen senare. En sådan försöksverksamhet kom till stånd från och med den 1 januari 1992 (se SFS 1991:1136). Lagen har senast fått fortsatt giltighet i SFS 2003:200, nu till utgången av år 2004.

5 Ändringarna i socialtjänstlagen den 1 januari 1998

Bestämmelsen om rätten till bistånd i socialtjänstlagen (1980:620) hade från framför allt kommunalt håll utsatts för en viss kritik. Den ansågs i praxis ha fått en alltför vid tillämpning. För att se över reglerna om bistånd och vissa andra regler i socialtjänstlagen (1980:620) bemyndigade regeringen dåvarande statsrådet Bengt Lindqvist att tillkalla en parlamentarisk kommitté att göra en allmän översyn av socialtjänstlagen. Kommittén antog namnet Socialtjänstkommittén (dir. 1991:50). Kommitténs arbete skulle inriktas på följande områden.

- Socialtjänstlagens regler om rätt till bistånd, det yttersta ansvaret och vistelsebegreppet.
- Överklagande av beslut inom socialtjänsten.
- Kommunernas socialbidragsnormer.
- Socialtjänstens framtida inriktning och organisation.
- Tillsyn, uppföljning och utvärdering.

Socialtjänstkommittén avgav fyra betänkanden.

- *Rätten till bistånd inom socialtjänsten* (SOU 1994:30).
- *Ny socialtjänstlag* (SOU 1994:139) – huvudbetänkandet.
- *Kompetens och kunskapsutveckling – om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten* (SOU 1995:58).
- *Dokumentation och Socialtjänstregister* (SOU 1995:86).

De nämnda betänkandena utgjorde bakgrunden till de förslag som regeringen lade fram i propositionen 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*. I propositionen behandlades också de förslag som lagts fram av en särskild utredare i betänkandet *Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1996:161).

Förslagen i den proposition som regeringen lade fram för riksdagen behandlades av socialutskottet i betänkandet 1996/97:SoU18. Propositionen innehöll framför allt ändringar vad avsåg rätten till bistånd. Vissa ändringar förslogs även vad gällde omsorgerna om äldre och funktionshindrade. Förslagen om ändringar i rätten till bistånd och omsorgerna om äldre och funktionshindrade godtogs av riksdagen. Riksdagen gjorde emellertid vissa förtydliganden och ändringar i de förslag som i propositionen lagts fram om barn. Ändringarna trädde i kraft den 1 januari 1998.

Från och med den 1 januari 1998 förelåg rätt till bistånd som försörjningsstöd eller som annat bistånd. Försörjningsstödet (socialbidrag) bestod av en schabloniserad del för vissa särskilt angivna behov samt för skäliga kostnader för vissa andra preciserade poster. Annat bistånd kom från och med den 1 januari 1998 att begränsas till färdtjänst, hjälp i hemmet och särskilt boende för äldre och funktionshindrade. Endast beslut om försörjningsstöd och beslut om annat bistånd enligt ovan kunde överklagas med förvaltningsbesvär. Utöver rätt till försörjningsstöd och annat bistånd hade kommunen befogenhet att ge bistånd i annan form eller utöver vad som följde av rätten till bistånd. Beslut av socialnämnden om sådana insatser kunde dock inte överklagas med förvaltningsbesvär utan endast med laglighetsprövning enligt 10 kap. kommunallagen.

Bestämmelsen i 3 § SoL (1980:620) om vistelsekommunens yttersta ansvar kompletterades med en bestämmelse om möjlighet att i vissa fall få frågan om rätt till bistånd prövad i annan kommun än i vistelsekommunen. En person som önskade flytta till en annan kommun kunde till följd av ålder, funktionshinder eller allvarlig sjukdom ha ett så varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser att han eller hon inte hade möjlighet att genomföra flyttningen utan att först få besked om sina möjligheter att få bistånd i inflyttningkommunen. En sådan person fick rätt att söka bistånd i form av hjälp i hemmet eller särskilt boende i inflyttningkommunen, alltså i en annan kommun än vistelsekommunen. Syftet med denna regel var att underlätta för vissa personer att kunna flytta närmare barn eller andra anhöriga eller för att av personliga skäl kunna upprätthålla en social kontakt med andra.

Den nu nämnda bestämmelsen om rätt att söka bistånd i annan kommun än vistelsekommunen återfinns i 2 kap. 3 § SoL (2001:453). Bestämmelsen innebär att den enskildes ansökan om bistånd ska bedömas på samma sätt som om han eller hon vore bosatt i kommunen. Att den enskilde får sina behov tillgodosedda i den kommun där han eller hon bor innebär inte att socialnämnden i den kommunen dit personen önskar flytta kan avslå ansökan med hänvisning till att sökandens behov redan är tillgodosedda.

I propositionen 1996/97:124 tog regeringen upp de dåvarande bestämmelserna i 19 och 20 §§ SoL (1980:620) som rörde omsorger om äldre. I 19 § försvann lydelsen om att socialnämnden skulle verka för att äldre människor får möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. I stället kompletterades bestämmelsen om socialnämndens skyldighet att verka för att

äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt. Tillägget i paragrafen innebar att socialnämnden skulle verka för att boendet kunde ske under trygga förhållanden och med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Som motivering till ändringen av 19 § SoL (1980:620) angav regeringen i propositionen (s. 121) att det knappast var en uppgift för socialtjänsten att verka för att äldre människor i generell mening ges en aktiv och meningsfull tillvaro. I stället fick bestämmelsen alltså följande lydelse.

Socialnämnden skall verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och med respekt för deras självbestämmande och integritet.

Om utformningen av denna paragraf anförde regeringen bl.a. följande (s. 121).

Första ledet av nu gällande målbestämmelse markerar den grundläggande inriktningen för äldreomsorgen med innebörd att äldre människor ges förutsättningar att bo kvar i sitt eget hem så långt det är möjligt. Denna grundprincip står fast och utgör första ledet i en ny övergripande målformulering när det gäller socialtjänstens arbete med äldre människor.

En förutsättning för att äldre skall kunna leva ett självständigt liv är de olika insatser som socialtjänsten erbjuder i form av hemtjänst, färdtjänst, dagverksamheter, trygghetslarm osv.

Andra ledet i den föreslagna målbestämmelsen lyfter fram vikten av att socialtjänsten i sitt arbete med äldre beaktar deras självbestämmande, integritet och trygghet. De övergripande målen för socialtjänsten – bl.a. att verksamheten skall bygga på respekt för självbestämmande och integritet – fastslås redan i portalparagrafen. Regeringen finner dock skäl att särskilt betona och precisera dessa mål och därmed ange inriktningen för arbetet på äldreomsorgsområdet.

Utöver de ändringar som skedde i 19 och 20 §§ SoL (1980:620) infördes bl.a. även en bestämmelse i 5 § andra stycket SoL om stöd till anhöriga. Bestämmelsen innebar en skyldighet för socialnämnden att genom stöd och avlösning underlätta för dem som vårdar närstående. Bestämmelsen kom dock inte att motsvaras av någon motsvarande rätt för den enskilde att i form av bistånd få stöd eller avlösning.

6 Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken

I propositionen 1997/98:113 fastslog regeringen tre huvudprinciper för äldrepolitiken. Den ska vara

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

Målen för äldrepolitiken sammanfattades i propositionen enligt följande: Äldre ska

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

De nationella målen för äldrepolitiken omfattar de flesta samhällsområden. För att uppnå dem krävs enligt propositionen insatser av staten, landstingen och kommunerna – men också av arbetsmarknadens parter, av föreningsliv, trossamfund, andra sammanslutningar och av enskilda människor. Regeringen underströk vikten av att de resurstillskott som kan uppstå kommer äldreomsorgen till godo. Särskilt lyfte man fram behoven av samverkan mellan landsting och kommuner bl.a. för att se till att behoven av medicinsk kompetens tillgodoses i den kommunala äldreomsorgen. Ökad samverkan är, enligt propositionen, nödvändig för att åstadkomma nytänkande i fråga om hur vården ska styras och organiseras. Regeringen avsåg därför att se över och återkomma med förslag om vidgade lagliga möjligheter för samverkan inom vårdområdet.

I propositionen tog regeringen även upp frågor om avgifter, tillsyn, kontroll och kvalitetssäkring, forskning, utveckling och förnyelse, ökad livskvalitet för anhöriga och äldre samt insatser mot ohälsa.

Propositionen 1997/98:113 behandlades av socialutskottet i betänkandet 1997/98:SoU24. Utskottet delade regeringens uppfattning att lägga fast nationella mål för äldrepolitiken. Utskottet ansåg att mångfalden av insatser och det faktum att flera huvudmän har olika ansvarsområden gjorde det önskvärt med nationella mål. Utskottet förutsatte att arbetet med kvalitetssäkring av vårdkedjan

för äldre i kommuner och landsting skulle fortsätta och att konkreta handlingsplaner för äldreomsorgen på lokal nivå skulle utformas utifrån de nationella målen.

De konkreta ändringar i socialtjänstlagen (1980:620) som propositionen ledde fram till var följande.

1. I 7 a § infördes bestämmelser om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Vidare fick regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, bemyndigande att meddela de föreskrifter som behövs till skydd eller stöd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade.
2. I 10 och 35 §§ ändrades begreppet "hjälp i hemmet, service och omvårdnad" till "hemtjänst".
3. I 35 § skedde dels en viss redigering av författningstexten för att markera det normala att kostnaden för boende i en särskild boendeform var att den enskilde betalar särskild hyra, dels att vid bestämmande av avgiftens storlek ska hänsyn också tas så att omsorgstagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation. Möjlighet att genom förvaltningsbesvär få avgiftens storlek prövad infördes dock inte. En sådan ändring kom att ske först från och med den 1 juli 2002.
4. En ny paragraf – 71 a § – infördes, den s.k. Lex Sarah. Bestämmelsen, som återfinns även i 14 kap. 2 § i den nuvarande SoL (2001:453), innebär att var och en som är verksam inom omsorgerna om äldre människor eller människor med funktionshinder ska vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande i omsorgerna om någon enskild ska göra anmälan till socialnämnden. Socialnämnden ska i sin tur anmäla förhållandet till länsstyrelsen om missförhållandet inte omedelbart avhjälpas. Bestämmelsen gäller såväl i offentlig som enskild verksamhet.

6.1 Översyn av samverkan

Den översyn om samverkan som regeringen aviserade i den nationella handlingsplanen kom också till stånd senare. En särskild utredare tillsattes, som i november 2002 avgav betänkandet *Samverkan – Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* (SOU 2000:114). Efter remiss och beredning har regeringen i propositionen 2002/03:20 lagt fram förslag om författningsändringar för att åstadkomma ökad samverkan mellan kommuner och landsting.

Med propositionen avsåg regeringen att stödja och stimulera en fortsatt kvalitetsutveckling av samverkan på vård- och omsorgsområdet. Inriktningen var att utöka landstingens och kommunernas befogenheter att utforma arbetet utifrån de lokala förutsättningarna. En ny lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet föreslogs. En sådan lag trädde i kraft den 1 juli 2003 (SFS 2003:192).

Incitament för gemensam vårdplanering skulle skapas genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Ändringar skedde i betalningsansvarslagen (SFS 2003:193). Innehållet i dessa ändringar har behandlats ovan under avsnitt 4.3.

6.2 Uppföljning av den nationella handlingsplanen

Den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har följts upp genom regeringens skrivelse 2002/03:30, avlämnad till riksdagen den 12 december 2002.

I skrivelsen redogör regeringen för hur arbetet med den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken har utvecklats. Regeringen redovisar vilka åtgärder som gjorts inom de bristområden som prioriterades inom ramen för handlingsplanen, där särskilda satsningar skett på nya initiativ och försöksverksamheter, samt vad som i övrigt utvecklats inom äldrepolitiken. Slutligen görs en sammanfattning av hittills uppnådda resultat av genomförandet av handlingsplanen.

De områden som regeringen tar upp i skrivelsen är följande.

1. Personalförsörjning och utbildning
2. Kvalitetssäkring
3. Forskning

4. Utveckling av stöd till anhöriga, telefonupplysning, uppsökande verksamhet, folkhälsoarbete för äldre samt nya försök och initiativ
5. Ekonomi och bostäder
6. Rättssäkerhet
7. Rätten att flytta
8. Domstolstrots och icke verkställda beslut

Dessutom behandlas hälso- och sjukvårdsfrågor samt frågor om kultur, integration, minoritetspolitik och äldreomsorgen, ekonomisk äldrepolitik samt färdtjänst och kommunikationer. I ett särskilt kapitel tas dessutom internationella frågor upp.

7 Ny socialtjänstlag – SFS 2001:453

Socialtjänstlagen (2001:453) som trädde i kraft den 1 januari 2002 har inte ändrat inriktningen på omsorgerna om äldre som de beskrivs i förarbetena till socialtjänstlagen (1980:620) och de tillägg som skett genom ändringarna under 1990-talet. Målen för insatserna för äldre är alltså desamma som redovisats ovan i denna rapport.

I 5 kap. SoL återfinns bestämmelserna om socialtjänstens insatser för olika grupper. Bestämmelserna om äldre människor finns i 5 kap. 4–6 §§ SoL. De är inte ändrade i förhållande till vad som gällde före den 1 januari 2002 i den äldre socialtjänstlagen. Bestämmelserna har följande lydelse.

4 § Socialnämnden skall, med respekt för äldre människors självbestämmande och integritet, verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt, under trygga förhållanden.

5 § Socialnämnden skall verka för att äldre människor får goda bostäder och skall 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.

6 § Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen skall planera sina insatser för äldre. I planeringen skall kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.

I den proposition som låg till grund för den nya socialtjänstlagen (prop. 2000/01:80) återfinns inte några särskilda skrivningar om innehållet i de aktuella paragraferna. Dessa var nämligen med vissa mindre språkliga förändringar direkt överförda från 19–20 a §§ i den äldre socialtjänstlagen.

Den väsentliga ändring som skedde i den nya socialtjänstlagen var bestämmelserna om rätten till bistånd. Dessa bestämmelser återfinns nu i 4 kap. SoL. Reglerna om bistånd har delvis återgått till vad som gällde före den 1 januari 1998 då, som ovan nämnts, rätten till bistånd inskränktes till försörjningsstöd och annat bistånd i form av färdtjänst, hjälp i hemmet samt särskilt boende för service och omvårdnad för äldre eller bostad med särskild service för funktionshindrade. Sedermera har färdtjänst som en form av bistånd brutits ut ur socialtjänstlagen. Färdtjänst och riksfärdtjänst regleras i lagen (1997:736) om färdtjänst och lagen (1997:735) om riksfärdtjänst.

Den grundläggande bestämmelsen om rätt till bistånd återfinns i 4 kap. 1 § SoL. Den har följande lydelse.

1 § Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

I fråga om försörjningsstödet finns angivet vilka typer av kostnader som detta stöd ska täcka i den mån den enskilde själv inte kan tillgodose det. Regler om skyldighet att i vissa fall delta i av kommunen anordnad praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet återfinns som i den tidigare lagen även i den nya socialtjänstlagen. När det däremot gäller möjligheten för den enskilde att för sin livsföring i övrigt få bistånd i olika former av stöd eller hjälp, finns inga särskilda begränsningar, något som alltså gällde under tiden 1 januari 1998–31 december 2001, utöver de begränsningar som följer av vilka insatser som socialtjänsten alls ska svara för.

För att få bistånd med stöd av 4 kap. 1 § SoL krävs alltså en individuell bedömning av om den enskilde behöver försörjningsstöd eller annat bistånd för sin livsföring i övrigt. Någon begränsning i fråga om när annat bistånd än försörjningsstöd kan utgå och i vilka former det kan utgå finns alltså inte. Vad som omfattas av

begreppet "livsföring i övrigt" beskrivs i propositionen 2000/01:80 (s. 92) med det följande.

Med begreppet avses alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet. Det kan vara fråga om bistånd till läkarvård eller tandvård, glasögon, möbler, husgeråd, vinterkläder, vård- och behandlingsinsatser för missbrukare, hemtjänst, särskilt boende för äldre eller funktionshindrade m.m. Det är inte möjligt att lämna en uttömmande uppräkningslista av vilka insatser eller behov som skall anses ingå. En individuell bedömning måste, liksom är fallet nu, göras i varje enskilt fall. Den rättspraxis som har utvecklats under de snart tjugo år socialtjänstlagen har varit i kraft, liksom allmänna råd från Socialstyrelsen bör kunna tjäna till ledning vid bedömningen av vilken biståndsinsats som kan komma i fråga.

Utöver vad regeringen rent generellt anger ska anses ligga i begreppet "livsföring i övrigt" tog regeringen i propositionen särskilt upp frågan om bistånd till tandvård samt till vård och behandling. Angående den senare formen av insatser anför regeringen i detta sammanhang följande av intresse.

Den skiljelinje som måste dras är, enligt regeringens uppfattning, mot sådana insatser som är att hänföra till hälso- och sjukvård och som är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose. Det kan inte vara rimligt att t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser skall bekostas av socialtjänsten. Det är viktigt att markera att kommunens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver inte skall omfatta insatser som åligger annan huvudman. Att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården får inte medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från landstingen.

Samtidigt måste vikten av att socialtjänsten och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som har problem, vilka kräver insatser från båda huvudmännen, betonas.

När det gäller bistånd i form av vård- och behandlingsinsatser, stöd och hjälp, bistånd som inte har karaktären av ekonomiskt stöd för livsföringen anför regeringen i propositionen följande på s. 95.

Enligt regeringens mening får inte den enskildes ekonomi avgöra om han eller hon skall få biståndsinsatser som han eller hon är i behov av. Äldre eller funktionshindrade människor ska inte behöva få sina biståndsbehov bedömda i relation till sin ekonomi. Enligt nuvarande 35 § SoL har kommunerna rätt att ta ut inkomstrelaterade avgifter för

den typen av insatser.² Den ekonomiska bedömningen kommer därför in vid bestämmandet av vilken avgift som den enskilde skall betala. Regeringen är oroad över den utveckling som har framskyttat från en del håll i landet där äldre människor blivit nekade hemtjänst, i främst ordinärt boende men även i särskilt boende, med hänvisning till att han eller hon har tillräckligt med pengar att själv bekosta t.ex. städning.

Frågan om avgifter kom senare upp till riksdagens bedömning genom propositionen 2000/01:149 *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*. Förslagen i propositionen ledde fram till att riksdagen med verkan från och med den 1 juli 2002 införde ett avgiftstak för hemtjänstinsatser och ett förbehållsbelopp vid bestämmande av avgifter för äldre- och handikappomsorg och från den 1 januari 2003 regler om beräkning av avgiftsunderlag (inkomster).

I socialtjänstlagen återfinns vidare en särskild bestämmelse om kommunens befogenhet att ge bistånd i andra fall än vad som följer av rätten till bistånd i 4 kap. 1 § SoL. Den bestämmelsen, som motsvarar den bestämmelse som infördes i den äldre socialtjänstlagen den 1 januari 1998 i 6 g §, återfinns i 4 kap. 2 § SoL och har följande lydelse.

2 § Socialnämnden får ge bistånd utöver vad som följer av 1 § om det finns skäl för det.

Bestämmelsen i 4 kap. 2 § återfanns inte i det ursprungliga förslaget till ny socialtjänstlag som remitterades till Lagrådet. På Lagrådets förslag infördes dock en sådan bestämmelse även i den nya lagen, en bestämmelse som alltså motsvarar 6 g § i den tidigare socialtjänstlagen (1980:620). Vilka möjligheter socialnämnden har att med åberopande av denna bestämmelse utge bistånd till enskilda kommenteras inte särskilt vare sig i propositionen eller i socialutskottets betänkande 2000/01:SoU18. Det är emellertid klart att bestämmelsen ger socialnämnden *befogenhet att efter behovsbedömning* från fall till fall ge stöd och hjälp till enskilda när han eller hon inte har sådan rätt enligt 4 kap. 1 § SoL. Som framgår bl.a. av uttalandet i prop. 1996/97:124, s. 174, gav dåvarande 6 g § SoL kommunen den befogenhet som behövdes för att ge enskilda bistånd utöver den skyldighet de hade enligt 6 b § och 6 f § SoL att ge bistånd i form av försörjningsstöd eller annat bistånd. De sistnämnda paragraferna motsvaras i nuvarande socialtjänstlagen av 4 kap. 1 §.

² Observera att regeringen i denna proposition avser Socialtjänstlagen (1980:620).

Bestämmelsen i 6 g § i dåvarande socialtjänstlagen motsvaras av bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL (2001:453). De bestämmelser om insatser som återfinns t.ex. i 3 kap. SoL och de särskilda bestämmelserna om insatser för äldre som återfinns i 5 kap. 4–6 §§ SoL anger på vilket sätt socialtjänsten ska verka. Hemtjänst och särskilt boende har kommunen därmed skyldighet att erbjuda den enskilde med stöd av 4 kap. 1 § SoL om sådana insatser behövs för att han eller hon ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Om den enskilde inte direkt för att uppnå en skälig levnadsnivå behöver sådana insatser har kommunen ändå befogenhet att med stöd av 4 kap. 2 § SoL erbjuda den enskilde sådana insatser. Varje insats som kommunen erbjuder den enskilde kan således sägas utgöra bistånd antingen enligt 4 kap. 1 § SoL eller enligt 4 kap. 2 § SoL. Det har därvid ingen betydelse om kommunen direkt har hänvisat till någon av nämnda paragrafer eller erbjuder insatsen utan att ange vad nämnden stöder sig på.

Bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL kan, som framgår ovan, inte heller användas som stöd för mer generella insatser i kommunen till olika grupper av personer, äldre, funktionshindrade, barn, missbrukare eller andra grupper som tillhör socialtjänstens målgrupper. För tillämpning av bestämmelsen i 4 kap. 2 § SoL krävs alltså en individuell bedömning av att den enskilde uppfyller de förutsättningar för stöd och hjälp som lagts fast i kommunen. Självfallet måste bestämmelsen tillämpas så att den inte kan sägas vara "orättvis". Lika fall måste alltid behandlas lika. Vilka möjligheter en kommun har att införa generella regler om stöd och hjälp till olika grupper begränsas av de bestämmelser som finns om den kommunala kompetensen i 2 kap. kommunallagen.

Att omsorger och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd förutsätter en individuell prövning framgår också av 3 kap. 1 § SoL sista strecksatsen. Sådana insatser ska riktas till familjer och enskilda *som behöver det* och inte generellt till vissa grupper utan särskild behovsprövning.

Vilka möjligheter en kommun har att sätta in generella insatser för äldre får bedömas utifrån bestämmelserna i 5 kap. 4–6 §§ SoL. Socialnämnderna ska verka för att olika åtgärder vidtas för äldre. Med stöd av bestämmelsen i 5 kap. 4 § ska socialnämnderna alltså vidta sådana generella insatser i kommunen som gör det möjligt för äldre att leva och bo under trygga förhållanden. Sådana insatser kan alltså riktas till alla äldre. Bestämmelsen i 5 kap. 5 § andra stycket om särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre

människor pekar däremot på att den formen av stöd och hjälp inte kan vara generell och rikta sig till alla äldre i kommunen. Sådana boendeformer ska nämligen enligt bestämmelsen inrättas för äldre som *behöver särskilt stöd*.

När kommuner erbjuder en viss person en viss insats sker det alltså med stöd av antingen 4 kap. 1 § eller 4 kap. 2 § SoL och inte med stöd av den bestämmelse i lagen som anger att socialtjänsten har detta till uppgift. Det är därmed också viktigt att kommunen, om den enskilde efterfrågar en viss insats som kommunen inte anser sig kunna erbjuda, anger att den enskilde inte kan få det han eller hon efterfrågar vare sig med stöd av 4 kap. 1 § eller med stöd av 4 kap. 2 § SoL enligt kommunens egna regler. Sådana avslag på framställningar från enskilda ska då också alltid förses med uppgift om hur beslutet överklagas.

Litteratur

Lagar och förordningar

SFS 1918:422 *Fattigvårdslag*.

SFS 1956:2 *Socialhjälpslag*.

SFS 1980:620 *Socialtjänstlag* (ersatt av SFS 2001:453).

SFS 1980:623 *Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring*.

SFS 1980:750 *Socialtjänstförordning* (ersatt av SFS 2001:937).

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag* (senast ändrad 2003:412).

SFS 1988:1465 *Lag om ersättning och ledighet för närståendevård* (senast ändrad 2002:196).

SFS 1990:1402 *Lag om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar* (senast ändrad 2001:467).

SFS 1990:1404 *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård* (senast ändrad 2003:193).

SFS 1991:900 *Kommunallag*.

SFS 1991:1136 *Lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård* (senast ändrad 2003:200).

SFS 1997:735 *Lag om riksfärdtjänst*.

SFS 1997:736 *Lag om färdtjänst*.

- SFS 1998:531 *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (senast ändrad 2003:418).
- SFS 1998:1513 *Förordning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (senast ändrad 2002:148).
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlag* (senast ändrad 2003:407).
- SFS 2001:937 *Socialtjänstförordning* (senast ändrad 2003:304).
- SFS 2003:192 *Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet*.
- SFS 2003:193 *Lag om ändring i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*.

Betänkanden från riksdagsutskott

- Socialutskottets betänkande 1979/80:SoU44 *Om socialtjänsten*
- Socialutskottets betänkande 1988/89:SoU6 *Äldreomsorgen inför 90-talet*
- Socialutskottets betänkande 1990/91:SoU9 *Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m.*
- Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU18 *Ändring i socialtjänstlagen*
- Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU24 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
- Socialutskottets betänkande 2000/01:SoU18 *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Socialutskottets betänkande 2002/03:SoU12 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*

Propositioner, regeringskrivelser och direktiv

- Regeringens proposition 1979/80:1 *Om socialtjänsten*
- Regeringens direktiv 1980:93 *Parlamentarisk äldreberedning*
- Regeringens proposition 1987/88:176 *Äldreomsorgen inför 90-talet*
- Regeringens proposition 1990/91:14 *Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade*
- Regeringens direktiv 1991:50 *Översyn av socialtjänstlagen*
- Regeringens proposition 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen*
- Regeringens proposition 1997/98:113 *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*
- Regeringens proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*

- Regeringens proposition 2000/01:149 *Avgifter inom äldre- och handikappomsorg*
- Regeringens proposition 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*
- Regeringens skrivelse 2002/03:30 *Uppföljning av den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken*
- Regeringens direktiv 2003:40 *Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen*

Skrifter i departementsserien

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

Skrifter i serien Statens Offentliga Utredningar

- SOU 1974:39 *Mål och medel*. Delbetänkande från Socialutredningen.
- SOU 1977:40 *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg*. Socialutredningens slutbetänkande.
- SOU 1977:98 *Pensionär 75*. Huvudresultat av Pensionärsundersökningen.
- SOU 1979:59 *Sjukvård i livets slutskede*. Huvudbetänkande från Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS).
- SOU 1983:64 *Ledighet för anhängigvård*. Anhörigvårdskommitténs betänkande.
- SOU 1985:3 *Leva som äldre*. Delrapport från Äldreberedningen.
- SOU 1985:31 *Dagens äldre*. Delbetänkande från Äldreberedningen.
- SOU 1987:21 *Äldreomsorg i utveckling*. Äldreberedningens slutbetänkande.
- SOU 1993:30 *Rätten till bistånd inom socialtjänsten*. Delbetänkande från Socialtjänstkommittén.
- SOU 1994:139 *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1995:58 *Kompetens och kunskapsutveckling*. Delbetänkande från Socialtjänstkommittén.
- SOU 1995:86 *Dokumentation och socialtjänstregister*. Slutbetänkande av Socialtjänstkommittén.

- SOU 1996:161 *Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre.*
Delbetänkande från Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU 1997:51 *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre.*
Delbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU 1997:52 *Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre.* Rapport av Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU 1997:154 *Patienten har rätt.* Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.
- SOU 1997:170 *Bemötandet av äldre.* Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre.
- SOU 1999:33 *Bo tryggt – Betala rätt.* Betänkande av Boende- och avgiftsutredningen.
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor.* Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.
- SOU 1999:97 *Socialtjänst i utveckling.* Socialtjänstutredningens slutbetänkande.
- SOU 2000:114 *Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet.* Samverkansutredningens betänkande.

Komplexa problem och vårdbehov hos äldre

Gunnar Akner, överläkare, med. dr., styrelseordförande i Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi (SFGG) och vetenskaplig sekreterare i Svensk Förening för Klinisk Nutrition (SFKN)

Innehåll

1	Inledning.....	481
2	Åldrande – förekomst av sjukdom	483
3	Multisjuklighet.....	492
3.1	Multisjuka äldre.....	500
3.2	Multisviktande äldre	501
4	Prevention hos äldre	504
5	Handläggning av sjukdom hos äldre	506
5.1	Komplex problembild.....	510
5.2	DBU-metoden	511
5.3	DBU - Diagnostik	512
5.4	DBU – Behandling.....	521
5.5	DBU – Utvärdering.....	526
5.5.1	Läkemedelskedjan.....	530
5.5.2	”Läkemedelsgenomgångar”	532
6	Klinisk forskning hos äldre	533
	Referenser.....	534
	Aktuella utredningar om äldrevård	535

1 Inledning

Den parlamentariska äldreberedningen (S 1998:08) SENIOR 2005 har i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken. Riksdagen beslutade om nationella mål för äldrepolitiken 1998 (prop. 1997/98:113, bet. 1998/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Här anges att äldre människor skall:

- Kunna åldras i trygghet och med fortsatt oberoende
- Kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag
- Bemötas med respekt
- Ha tillgång till god vård och omsorg

SENIOR 2005 har i sin etiska värdegrund betonat både människans värde och människans väl samt att åldrandet skall ses ur ett livsloppsperspektiv. Beredningen beskriver även sin framtidsbild och anger fyra s.k. ”nycklar till framtiden”:

Nyckel 1: ”Riv ålderstrappan och forma flexibla livslopp”

Nyckel 2: ”Bryt åldersbarriärer”

Nyckel 3: ”Planera för ett aktivt åldrande”

Nyckel 4: ”Stärk ömsesidighet och ansvarstagande över generationsgränser”

Beredningen har beslutat att komplettera sitt betänkande med en

Nyckel 5: ”som mer direkt avser vård- och omsorgsområdet” för att tydliggöra det gemensamma ansvaret för att möta behov av vård och omsorg hos äldre personer.

I ett underlag av SENIOR 2005 rubricerat ”Fakta och frågeställningar inför hearing om framtidens vård och omsorg om äldre”, kapitel 7: ”Framtidsbilden och möjligheten att förverkliga den inom vård och omsorg”, anges följande:

För att klara framtidens vård och omsorg behöver ett tydligt mainstreaming-perspektiv tillämpas i betydligt större omfattning när det gäller många områden i samhället. Ett samhälle för alla måste innebära att alla delar i samhället – myndigheter, organisationer och företag – tar hänsyn till både antalet och andelen äldre när man planerar och genomför olika verksamheter. Om detta inte sker kommer behoven av främst omsorg att öka väsentligt.

I Statskontorets remissvar på SENIOR 2005 diskussionsbetänkande (SOU 2002:29) daterat 021022 anges följande:

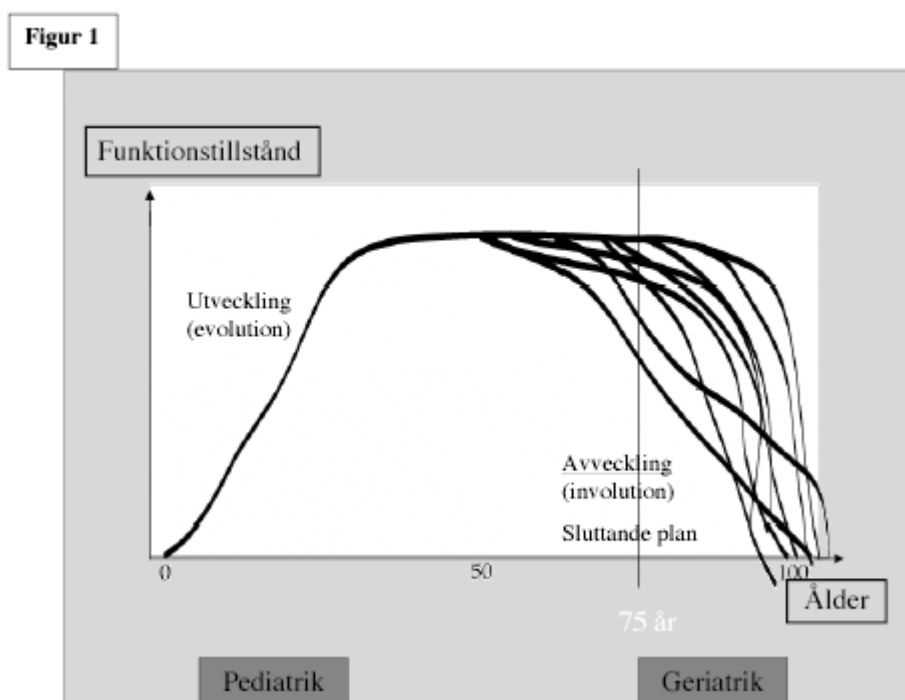
... Man bör eftersträva ett värderingsmässigt mer flexibelt samhälle där 'äldre' människor inte ses som ett homogent kollektiv, utan i högre grad än idag betraktas som individer med både rätt och möjlighet att göra individuella val i olika avseenden. Vi delar således beredningens åsikt att man bör eftersträva ett samhälle där ålder och äldre blir alltmer ointressanta begrepp.

De nationella målen för äldrepolitiken enligt ovan är tillämpliga för alla människor: alla skall kunna leva oberoende, kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag samt bemötas med respekt. Den avgörande frågan är om och i så fall varför man behöver särskilja just "äldre" människor från alla andra åldersgrupper i samhället och om/varför det behövs en särskild äldrepolitik. Dessa frågor problematiseras till en viss del redan i de nationella målen för äldrepolitiken (*"fortsatt oberoende"*, *"leva ett aktivt liv"* och *"ha tillgång till god vård och omsorg"*) och diskuteras nedan i detta underlag till beredningens slutbetänkande.

2 Åldrande – förekomst av sjukdom

Under barndomsåren (0–18 år) är utvecklingen tämligen homogen. Trots detta följer barn- och skolhälsovården noga barnens utveckling enligt särskilda kurvor för t.ex. vikt, längd och skallomfång samt en rad olika funktionsundersökningar. Efter barndomsåren följer en period då individens samlade "funktionstillstånd" är i stort sett stabilt. Från pensionsåldern ökar successivt den märkbara avvecklingen av funktioner och "det sluttande planet" blir särskilt märkbart från 75–80 års ålder.

Figur 1 Människans "funktionstillstånd" under livsloppet.



De olika sluttande linjerna i figurens högra del kan läsas på två olika sätt: *dels* som successiv försämring av olika funktioner hos en enskild individ (t.ex. hjärt-, lung-, njur-, hjärn- och fysisk funktion), *dels* som en medelförsämringslinje hos en grupp olika indi-

vider. Det finns idag dock inga metoder som kan användas för att förutsäga åldrandets konsekvenser, vare sig för enskilda organfunktioner eller individens medelförsämring.

Det är viktigt att framhålla att de flesta 80-åringar i dagens Sverige mår bra och sköter sig själva i ordinarie boende. En mindre andel blir sjuka och behöver ta äldrevårdens tjänster i anspråk till varierande del. En liten del blir "multisjuka" och kommer att konsumera mycket stora vårdresurser (se nedan).

Den engelske gerontologen Vladimir Korenchevsky är bl.a. känd för att ha bildat *the British Club for Research on Aging* 1945, det första vetenskapliga Gerontologiska Sällskapet i världen. Han skrev följande 1961:

No human being has yet been identified whose old age, lifespan and death are physiologically normal. The aged individual is so subject to pathological defects that death as a natural biological phenomenon is yet beyond his reach.

I översättning till svenska:

Ingen människa har hittills påträffats, vars åldrande, livslopp och död är fysiologiskt normalt. Den åldrade individen är utsatt för så många sjukliga processer att döden, som ett naturligt biologiskt fenomen, ligger bortom hans möjlighet.

Ofta används begreppen "åldersrelaterade sjukdomar" och "åldersrelaterade skador". Tre vanliga exempel på "åldersrelaterade" sjukdomar:

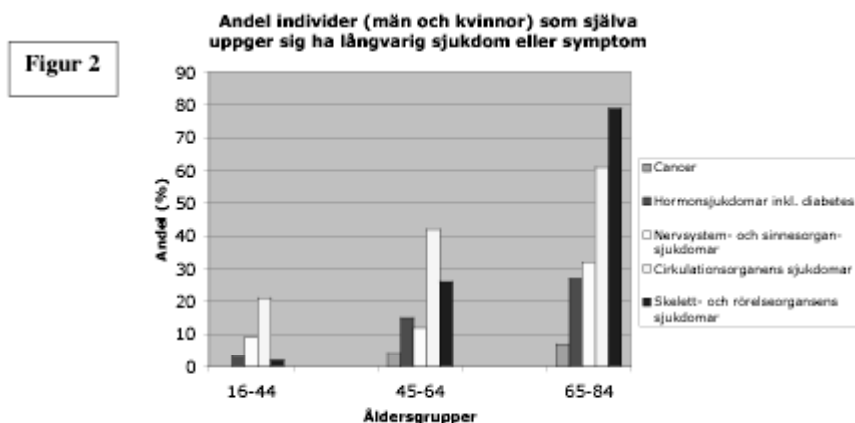
- Demens
- Hjärtsvikt
- Cancer

Tre vanliga exempel på "åldersrelaterade" skador:

- Stroke (slaganfall)
- Fraktur (benbrott)
- Trycksår i huden

I själva verket är nästan alla sjukdomar åldersrelaterade i den meningen att förekomsten ökar kraftigt med åldern. Detta framgår tydligt av figur 2-11.

Figur 2 visar subjektiv förekomst av långvariga sjukdomar/symptom hos svenskar i olika åldrar mellan 16-84 år (1).



Figur 2 visar att den subjektiva förekomsten av sjukdomar och symptom ökar kraftigt med åldern. I åldrarna 65–84 år anger så många som 80 procent sjukdomar i skelett/rörelseorgan, 60 procent i cirkulationsorgan, 30 procent i nervsystem/sinnesorgan och hormonbildande organ samt 7 procent cancer.

Figur 3–11 visar antalet individer som erhållit sex olika slutenvårdsdiagnoser (huvud- respektive bidiagnoser) respektive tre exempel på olika kirurgiska ingrepp fördelat på 5-åriga åldersklasser från 20–100 års ålder baserat på angivna ICD-10-koder¹. Alla uppgifter avser år 2001 och har tagits fram i samarbete med Statistiska Centralbyrån. De angivna diagnoserna och kirurgiska ingreppen har valts för att de är mycket vanligt förekommande hos äldre personer. I alla diagram finns en vertikal linje som markerar åldersgruppen 75 år och äldre.

- Demens: (ICD-10 F00-F03)
- Stroke: (ICD-10 I63-I64)
- Kronisk hjärtsvikt: (ICD-10 I50)
- Diabetes mellitus: (ICD-10 E10-E14)
- Cancer (maligna tumörer): (ICD-10 C00-C97)
- Höftfraktur: (ICD-10 S72.0, S72.1, S72.2, S72.8 och S72.9)
- Operation av hjärtats kranskärl (by-pass kirurgi): (ICD-10, FNA-FNJ)
- Operation av höftfraktur: (ICD-10)

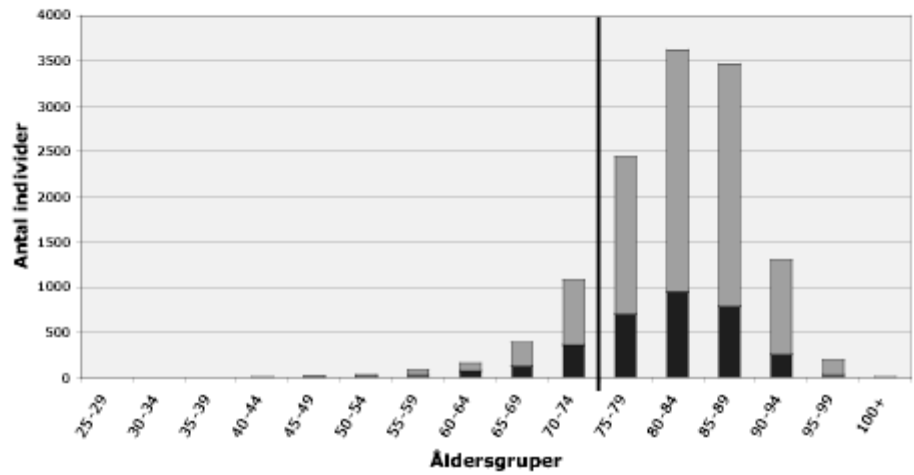
¹ ICD-10 står för international Classification of Disease och är den 10:e versionen av World Health Organization's (WHO) internationella sjukdomsklassifikation (www.who.int/whosis/icd10/). Det finns översatt till svenska år 1977 och används som diagnosinstrument generellt i svensk sjukvård.

- Operation av kataract (grå starr): Uppgifterna framtagna av dr Mats Lundström, kataractregistret i Karlskrona

Figur 3

Antal individer med diagnos "Demens" 2001

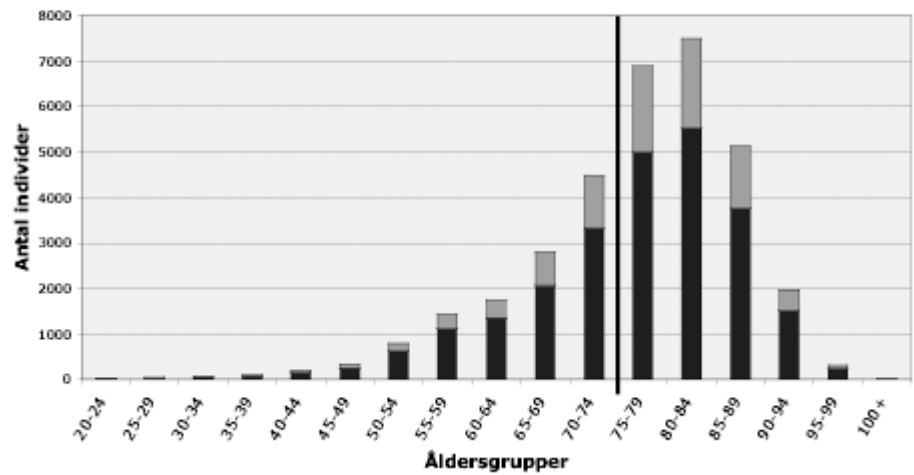
mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Figur 4

Antal individer med diagnos "Stroke" 2001

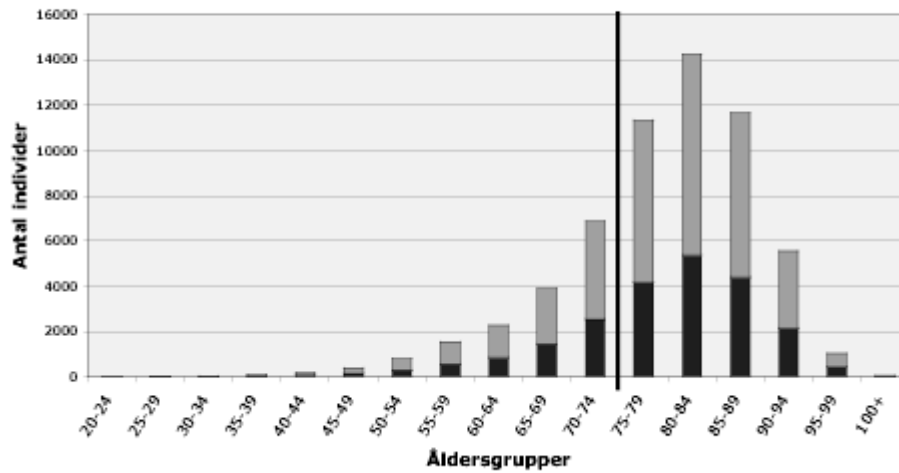
mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Figur 5

Antal individer med diagnos "Hjärtsvikt" 2001

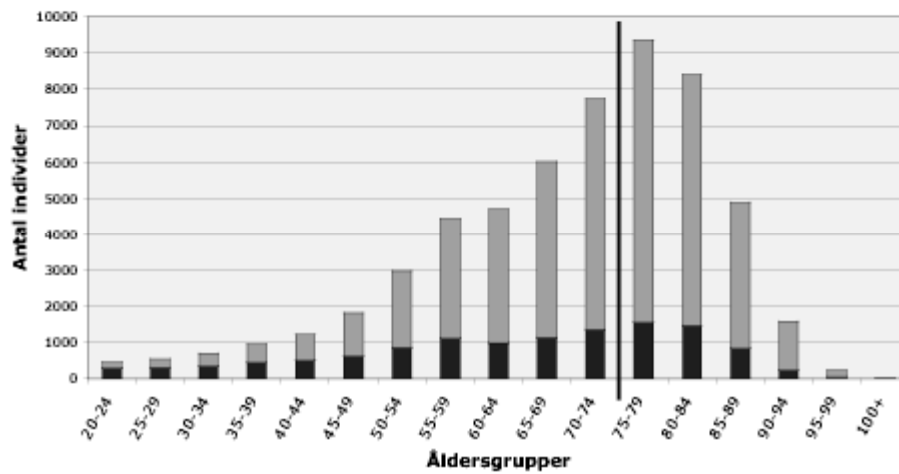
mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



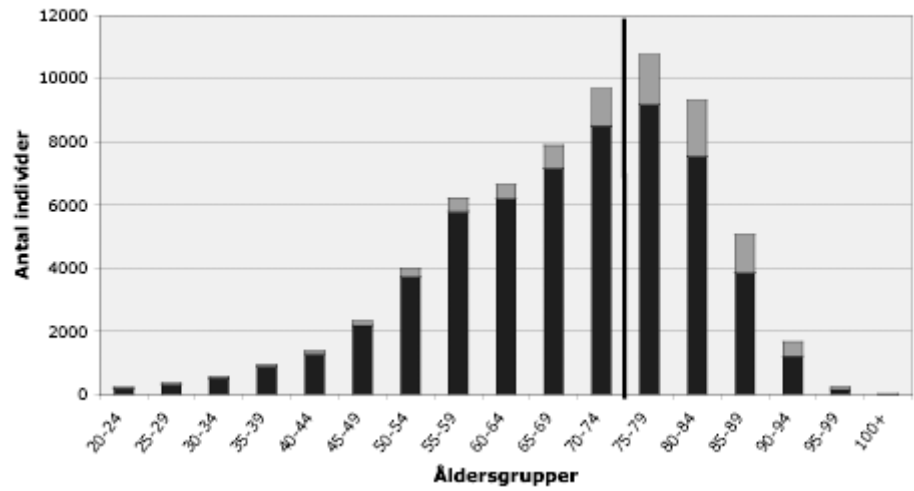
Figur 6

Antal individer med diagnos "Diabetes mellitus" 2001

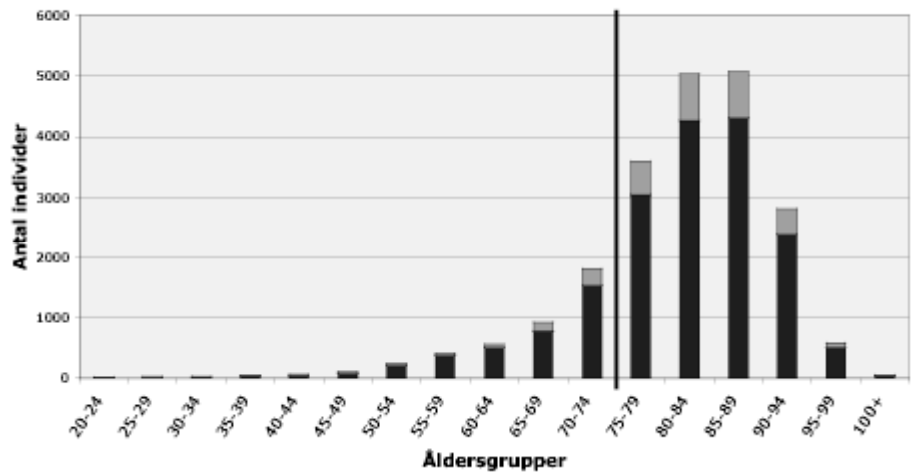
mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



Figur 7 Antal individer med diagnos "Cancer" 2001

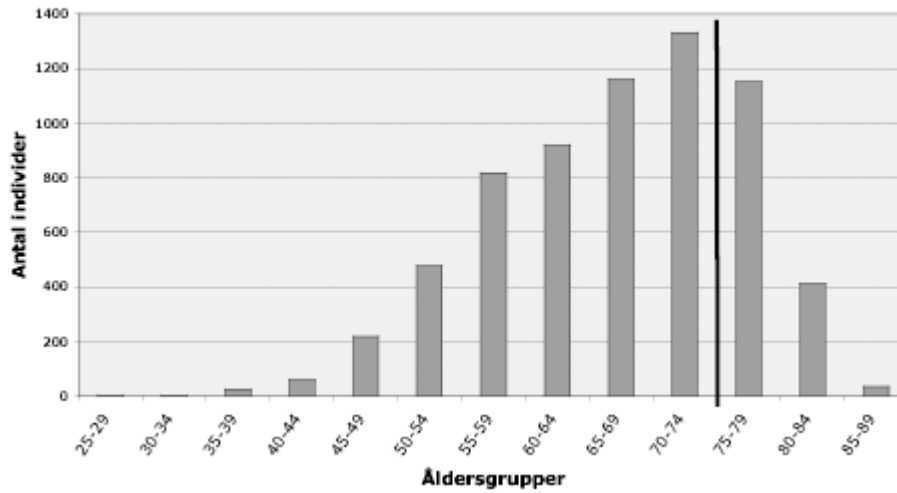


Figur 8 Antal individer med diagnos "Höftfraktur" 2001
mörk stapel = huvuddiagnos, ljus stapel = bidiagnos



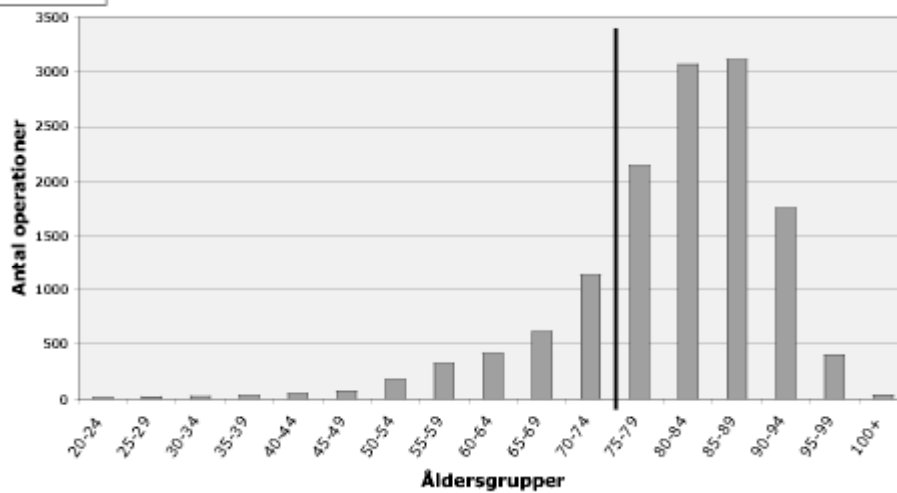
Figur 9

Antal operationer med koronar by-passkirurgi 2001



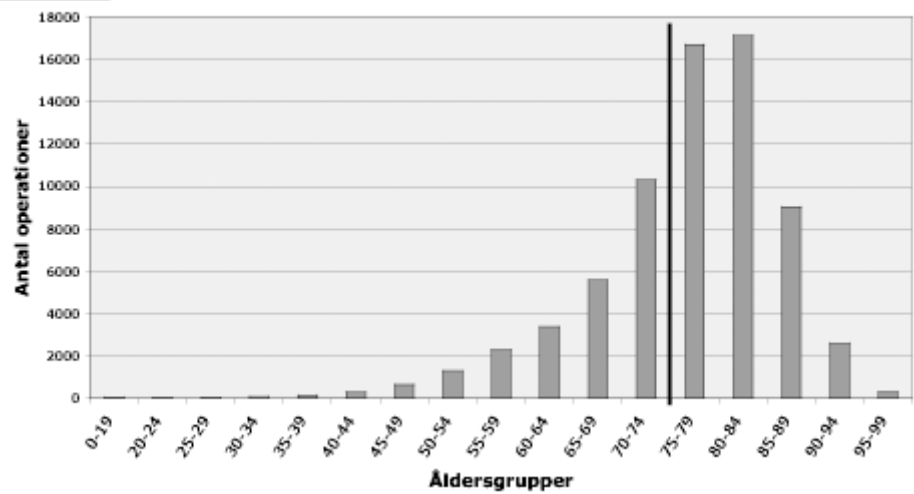
Figur 10

Antal höftoperationer 2001



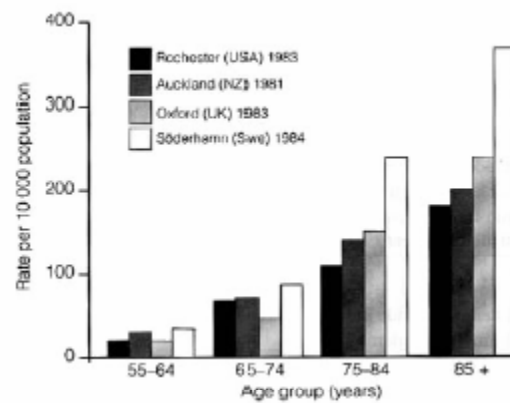
Figur 11

Antal kataractoperationer 2001

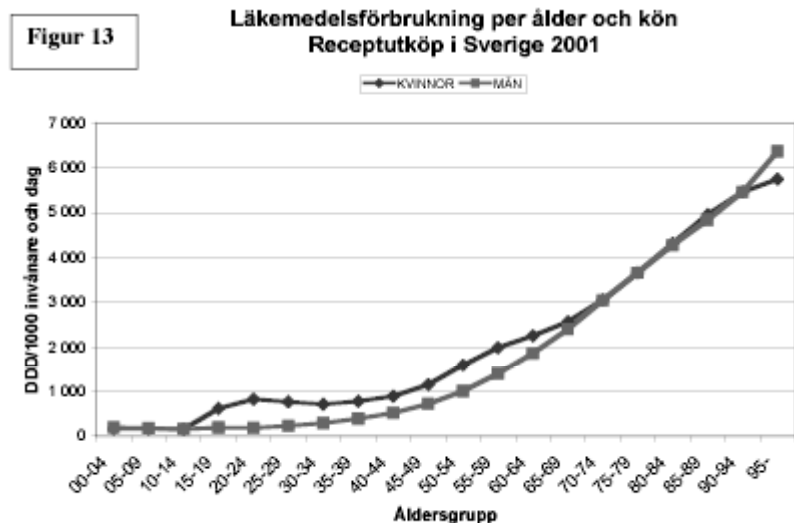


Figur 12 visar studier av förekomsten av stroke (slaganfall) i olika åldersgrupper i fyra olika länder (figur ur Lancet 1992). Förekomsten av stroke ökar tydligt med åldern i alla länderna.

Figur 12



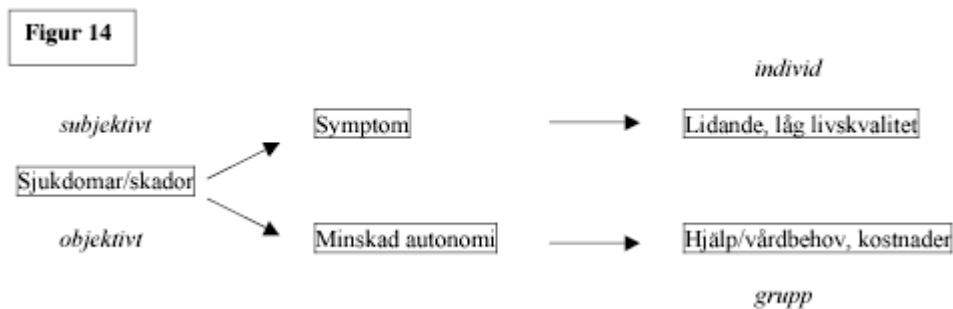
Den ökade förekomsten av sjukdomar med åldern kan även illustreras med läkemedelsanvändningen uttryckt som receptutköp av definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag i olika åldersgrupper (Figur 13, sammanställd av apotekare Björn Wettermark, Huddinge Sjukhusapotek 2002):



Figur 14 visar hur sjukdomar/skador samspelar med subjektivt/objektivt respektive individ/grupp:

Individen upplever olika subjektiva besvär = symptom, vilka kan medföra lidande och ev. reducerad livskvalitet.

Gruppen, dvs. omgivningen som kan bestå av familjen/närstående, sjukvården, omsorgen eller "samhället", upplever och påverkas på olika sätt av individens minskade autonomi.



3 Multisjuklighet

För att konkretisera hur ”multisjuklighet” kan te sig i praktiken redovisas här ett patientfall där en 82-årig kvinna

- har 23 olika aktuella symptom,
- behandlas med 11 olika behandlingsmetoder och 41 olika behandlingsdelkomponenter och
- under ett år haft kontakt med 7 olika yrkesgrupper och inalles 55 olika enskilda vårdgivare.

Beskrivning av patienten

Patienten: En 82-årig ensamstående kvinna.

Arbete: Tidigare arbetat som biträde på ett ålderdomshem. Sjukpensionerad vid 62 års ålder på grund av ledsmärtor. Ej arbetat alls de senaste 20 åren.

Familj: Änka sedan åtta år. Två barn; en dotter bosatt i Stockholm och en son som bor i Skåne.

Bostad: Lägenhet om 2 rum och kök i en förort i norra Stockholm.

Matlagning: Lagar själv sin mat. Äter frukost och ett lagat mål mat per dag samt ett mellanmål till TV:n på kvällen. Äter nästan alltid ensam.

Intressen: TV, radio, veckotidning. Går ut ett par gånger per vecka under sommarhalvåret. Har aldrig rökt. Dricker nästan aldrig alkohol.

Sociala kontakter: Telefonkontakt med barnen och en väninna. Dottern hälsar på varannan vecka.

Kommentar

Kvinnan delar en likartad situation med ett stort antal äldre kvinnor och män.

Aktuell symptomlista:

Sömnsvårigheter: Svårt att somna in. Vaknar tidigt nästan varje natt.

**Oro/nervositet:* Oroar sig för småsaker, speciellt när något särskilt skall hända. Orolig för sin viktminskning, för att ramla och för att hon inte kan sköta sig själv.

Minnesnedsättning: Tycker själv att närminnet försämrats påtagligt de senaste åren. Har svårt att minnas namn och telefonnummer. Tar ofta fel på datum och veckodag.

Nedstämdhet: Känner sig nästan alltid dystert och "håglös". Ser inte fram emot något speciellt.

**Dagtrötthet:* Känner sig för det mesta trött och orkeslös hemma i bostaden.

Andfåddhet: Blir andfådd av minsta ansträngning. Kan gå max 50 m på slät mark, måste därefter vila. Tycker själv att konditionen är "i botten".

Hjärtklappning: Tycker att hjärtat slår ojämt och snabbt.

Bensvullnad: Nästan alltid svullen kring vristerna och på fotryggarna. Periodvis även svullen en bit upp på underbenen.

Smärtor: Har smärta och värk i axlar, armar, höfter och knän. Känns framför allt dagtid vid rörelser/belastning, men är ibland sömnstörande.

Matleda: Känner ingen matlust.

Illamående: Vissa dagar illamående.

Viktminskning: Har minskat 5 kg (från 48 till 43 kg) ofrivilligt under det senaste året.

**Glappande tandprotes:* Tandproteserna sitter löst och lossnar ofta. Har tillkommit under det senaste året i samband med viktminskningen.

Förstoppning: Avföringen är hård och hon måste krysta länge innan den kommer ut. Har avföring c:a var tredje dag.

Urininkontinens: Urinen läcker ofta utan att hon kan kontrollera det, särskilt när hon hostar eller nyser.

Urinvägsinfektioner: Under de senaste åren haft 3–4 episoder med "blåskatarr" per år.

Framfall: Livmodern har fallit ner i slidan (prolaps).

Sår på fötterna: De senaste åren haft kalla och missfärgade fötter med återkommande sår på ena hälen samt på flera tår.

**Synnedsättning:* Kan se TV och kan läsa rubriker i tidningen, dock ej läsa text med mindre stil.

Hörselnedsättning: Hör ganska bra när hon talar med en person åt gången. Kan ej följa samtal mellan flera personer i taget.

**Gång/balans-problem:* Sedan flera år haft svårt att gå. Betydande falltendens, ramlat och slagit sig flera gånger. Vid ett tillfälle för två år sedan ådrog hon sig en fraktur i höger höft, vilket ledde till operation med höftprotes och bestående benlängdsskillnad 1-2 cm. Vågar ej gå utan rollator.

Muskelsvaghet: Orkar nätt och jämt resa sig själv från sittande. Tycker själv att hon är "ursvag" i både armar och ben.

Dödsönsknningar: Tycker det vore bäst om hon "fick sluta". Hon "duger ingenting till", "ligger bara andra till last".

Kommentar

Symptomlistan omfattar 23 olika symptom. De fem symptom som hon tycker besvärar mest har markerats med en asterisk: oro/nervositet, dagtrötthet, glappande tandprotes, synnedsättning och gång/balansproblem.

Äldre personers symptom blir i praktiken aldrig sammanställda i sin helhet på detta sätt och får ej heller symptomen värderade så att det blir möjligt att följa förloppet över tid. Därmed får äldrevården inte del av den viktigaste delen av problematiken – hur patienten själv uppfattar sitt samlade hälsotillstånd.

Inget av de olika symptomen hade föranlett någon utredning eller analys kopplad till bedömning av förloppen över tid.

Aktuellt behandlingsprogram

Kvinnan har under årens lopp träffat många olika läkare, både på sjukhus och olika vårdcentraler. Hon har även haft kontakter med många andra vårdyrkesgrupper. För närvarande behandlas hon med följande elva olika behandlingsmetoder (inom parentes anges antalet delkomponenter inom respektive behandlingsmetod).

Läkemedel (11)

Hon har ordinerats nio olika läkemedel att ta kontinuerligt varje dag och två att ta tillfälligt vid behov

Tablett Zopiklon	7,5 mg	1 till natten
Tablett Oxascand	5 mg	1 morgon och 1 eftermiddag
Tablett Cipramil	20 mg	1 varje morgon
Tabl Lanacrist	0,13 mg	1 varje morgon
Kapsel Furix	40 mg	1 morgon och 1 mitt på dagen
Kaliumdurett	1 g	1 på morgonen och 1 mitt på dagen
Kapsel Losec MUPS	20 mg	1 varje morgon
Tabl Behepan	1 mg	1 varje morgon
Lösning Laktulos	750 mg/ml	15 ml varje kväll
Tablett Oxascand	5 mg	1 vid behov
Droppar Laxoberal	7,5 mg/ml	10 droppar till natten vid behov

Läkedelsordinationen framgår av en handskriven lista från det senaste vårdtillfället på sjukhuset för ett år sedan. För två månader sedan ändrades ordinationen på vårdcentralen och detta har skrivits till för hand på den handskrivna listan från sjukhuset. Först efter kontroll med journalen på vårdcentralen kunde man säkert avgöra vilka ändringar som gjorts. Patienten får hjälp av distriktsköterskan att ladda sin dosett för en vecka i taget. Hon vet ej vilka läkemedel som är vilka och kan ej heller redogöra för varför hon tar dem, hur länge hon tagit respektive läkemedel eller vilken effekt de har. Hon brukar ofta låta bli att ta Furix eftersom denna medicin (vätskedrivande) gör att hon "får springa på toa ideligen". Hon brukar komma ihåg att ta sina mediciner på morgnar och kvällar, men glömmar ofta lunch- och eftermiddagsdoser. När hon upptäcker detta brukar hon spola ner medicinerna i dessa dosettfack i toaletten.

Nutrition (mat/näring) (3)

En dietist på vårdcentralen har träffat kvinnan vid några tillfällen och rekommenderat följande tre åtgärder för att förbättra mat/näringsintaget:

- Tillägg av ytterligare ett mellanmål på eftermiddagen
- Flytande näringsdryck (plastförpackning, 200 ml) morgon och kväll, flera olika smaker
- Råd om energirik kost – att blanda extra smör och grädde i maten

Dessa råd har skrivits ner för hand på ett vanligt papper. Dietisten har ordnat landstingsbidrag för näringsdryckerna och de står i två stora lådor i köket. Patienten har försökt ta dessa enligt råden, men tycker de smakar illa och glömmer ofta att ta kvällsdrycken.

Fysisk träning (3)

Under de senaste åren har patienten träffat flera olika sjukgymnaster och arbetsterapeuter, både på sjukhuset och vid vårdcentralen. För ett år sedan gick hon på ”rehabilitering” två gånger i veckan under 10 veckor vår och höst: hon deltog då i grupp-gymnastik samt fick gångträning och utprovning av hjälpmedel (se nedan). Patienten tyckte det var positivt att ”komma ut” och att ”alla var så snälla och vänliga”. Hon kan dock ej säga om träningen gav någon säker förbättring av gång, balans eller muskelstyrka och kan ej erinra sig att man gjorde några särskilda tester av detta. Hon fick vid den senaste ”rehabiliteringen” både muntligen och skriftligen följande tre råd om fortsatt ”gymnastik” i bostaden:

- Träning av muskelstyrka i benen
- Träning av balans
- Träning av rörlighet.

”Lappen” har dock sedan länge försvunnit och hon har ej kunnat genomföra dessa träningsråd. Ingen har efterfrågat vare sig lappen eller effekten av råden under det senaste året.

Social stimulans (1)

En kurator på sjukhuset samtalade med kvinnan flera gånger vid vårdtillfället för ett år sedan och föreslog att hon skulle delta i den lokala pensionärsföreningens aktiviteter. Patienten gick dit en gång, men tyckte ej hon hade något större utbyte av verksamheten. Hon kände inga andra pensionärer där och hade svårt att höra vad som sades. Dessutom skämdes hon för sitt rörelsehandikapp och sin urininkontinens, tror att det luktar illa om henne.

Hjälpmedel (7)

Kvinnan har under årens lopp successivt fått följande sju hjälpmedel:

- Glasögon: Dessa hjälper allt sämre, kan endast läsa tidningsrubrikerna. Har fått remiss till ögonläkare, men det är minst nio månaders väntetid. Tror att hon har grå starr och är tveksam till om hon vågar opereras "vid min ålder".
- Hörapparat: Har provat flera olika hörapparater, men tycker de fungerar dåligt. Hör skapligt utan hörapparat om en person i taget talar. I grupp "blir det bara skräll" i hörapparaten, varför hon helst låter bli att använda den. Dessutom är det "pilligt" att sätta på den och få in den i örat.
- Gånghjälpmedel: Har fått rollator via sjukhusets sjukgymnast. Tycker att handtagen "sitter fel", varför hon får gå alltför framåtböjd, men har ej orkat kontakta sjukgymnasten.
- Inkontinenshjälpmedel: Använder blöjor dygnet runt sedan flera år. Har svårt att få dem på rätt plats varför det ibland läcker urin ut i kläderna.
- Larm: Har fått larmklocka av kommunen och har använt den flera gånger i samband med fall i bostaden.
- Färdtjänst: Fått färdtjänstkort via kommunen, men använder det endast i samband med vårdkontakter samt när hon på Alla helgons dag besöker sin makes grav på kyrkogården.
- Dosett: Distrikssköterskan laddar dosetten en gång per vecka

Bostadsanpassning (6)

I samband med höftoperationen för två år sedan gjorde en arbetsterapeut och en sjukgymnast hembesök och ombesörjde härvid följande sex åtgärder:

- Borttagning av trösklar
- Borttagning av badkar
- Installation av dusch med duschhandtag
- Breddning av två dörrar
- Duschstol
- Telefon med extra stora knappar med programmerade förval till barnen och vårdcentralen.

Hemtjänst (3)

Kommunen har beviljat hemtjänst enligt följande:

- Städning en gång varannan vecka
- Dusch-hjälp en gång per vecka
- Handling två gånger per vecka

Sårvård (1)

Distriktssköterskan kommer hem och lägger om sår på fötterna en gång per vecka

Fotvård (4)

Kommunens fotvårdare gör hembesök en gång per månad och utför då fotvård i form av följande fyra åtgärder:

- Fotbad
- Klippning av tånaglar
- Slipning av förhårdnader
- Fotmassage

Tandvård (1)

Patienten har fått tid hos tandläkare om 4 veckor för bedömning av tandprotesens funktion och om den går att justera.

Ögon-konsult (1)

Patienten står på väntelista för besök hos ögonläkare om nio månader för bedömning av ögonen och ställningstagande till om något kan göras för att förbättra synen.

Kommentar

Kvinnans behandlingsprogram består av totalt 11 olika behandlingsmetoder, vilka totalt omfattar 41 olika behandlingsdelkomponenter. Hon har aldrig fått dem nedskrivna samtidigt inom ramen för ett sammanhållet "behandlingsprogram", utan de har ordinerats och föreslagits var och en för sig under loppet av flera år av olika läkare och andra vårdyrkesgrupper. Inte för någon av de olika behandlingsmetoderna fanns någon journalförd samlad analys av problematiken, dess möjliga orsaker respektive effekten av tidigare given behandling över tid.

Äldre personers samlade behandlingsprogram blir i praktiken aldrig sammanställda på detta sätt, utan olika yrkesgrupper "håller i" olika delar av programmet och ingen har/får tillgång till helheten. Det görs heller i regel inga systematiska kritiska utvärderingar av vilka effekter (positiva, uteblivna eller negativa) de olika behandlingsmetoderna och deras respektive delkomponenter har över tid.

Vårdkontakter

Kvinnan har under det senaste året haft kontakt med följande vårdgivare:

Sluten vård (18): Legat inne vid ett tillfälle under nio dagar vid medicinkliniken på grund av hjärtklappning, ökad bensvullnad och ökad falltendens. Träffade vid detta vårdtillfälle fyra läkare, fem sjuksköterskor, fem undersköterskor, två sjukgymnaster, en arbetsterapeut och en kurator. Dessutom träffade hon flera sjuksköterskestuderande som hade en praktikperiod på avdelningen.

Öppen vård (11): Bedömdes av läkare vid ett återbesök efter utskrivningen på medicinklinikens öppenvårdsmottagning på sjukhuset. Efter detta har kvinnan vid två tillfällen besökt vårdcentralen, dels för förnyelse av recept, dels för bedömning av hjärta och lungor. Kvinnan har fått regelbundna hembesök av distriktsköterska för sårvård varje vecka de senaste fyra månaderna.

Vid dessa kontakter med vårdcentralen har hon träffat två olika husläkare (varav en dansk "stafettläkare"), tre olika distriktsköterskor, två undersköterskor, två sjukgymnaster och en arbetsterapeut.

Hemtjänst (26): Det senaste året har hon haft hemtjänst enligt ovan och härvid träffat 26 olika hemtjänstbiträden, varav många med betydande språksvårigheter, vilket kraftigt försvårade kommunikationen med kvinnan.

Kommentar

Under det senaste året har kvinnan haft kontakt med sju olika yrkesgrupper (7 läkare, 8 sjuksköterskor, 7 undersköterskor, 4 sjukgymnaster, 2 arbetsterapeuter, 1 kurator och 26 hemtjänstbiträden). Inalles har kvinnan haft kontakt med 55 olika vårdgivare under detta år.

3.1 Multisjuka äldre

Begreppen "multisjuka äldre", "multiskräpliga äldre", äldre med sammansatta behov" m.fl. har börjat användas alltmer i olika svenska rapporter och utredningar (2, 3), men dessa begrepp är påfallande lite studerande ur vetenskaplig synvinkel.

Två aktuella svenska rapporter har försökt definiera begreppet "multisjuka äldre":

1. Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholm (2)
Definition: "Personer över 75 år som under ett år vårdats på sjukhus vid tre eller fler olika tidpunkter och då fått tre eller fler olika sjukdomsdiagnoser registrerade".
En opublicerad studie från Stockholm (citerad i (2)) visade att 3,6 procent av alla personer över 75 år kunde betraktas som multisjuka

2. Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen (3)

Definition: ”Personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande tre gånger eller mer inom slutenvården och med tre eller fler diagnoser i tre eller fler skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10” (4).

En studie (refererad i (3)) visade att 7 procent av personer 75 år eller äldre kunde betraktas som multisjuka. Denna siffra är högre än Äldrecentrums 3,4 procent (se ovan), framför allt beroende på att man använde ”vårdepisod” vid bearbetningen, vilket kan inrymma flera vårdtillfällen för en individ.

Enligt Socialstyrelsens studie (3) finns det stora skillnader mellan olika delar av landet när det gäller andelen multisjuka i relation till befolkningen: förekomsten år 2000 var som högst (9 procent) i Västerbottens och Norrbottens län och lägst (5 procent) i Värmlands län.

Sammantaget talar dessa två rapporter för att antalet multisjuka äldre uppgår till ca 5 procent av alla personer över 75 år. Den sista december 2002 fanns i Sverige totalt 792 800 personer 75 år eller äldre. Om resultaten från studierna är representativa för hela landet fanns det vid årsskiftet 2002/2003 således 39 640 eller knappt 40 000 multisjuka individer.

Dessa individer har en hög vårdkonsumtion. Enligt Socialstyrelsens studie (3) utgjorde de multisjuka äldre år 2000 ca 7 procent av den äldre befolkningen, men, 24 procent av alla inneliggande 75-åringar och äldre. Till detta skall läggas dels att de multisjukas andel av inneliggande personer 75 år och äldre ökat från 20 procent till 24 procent mellan 1988–2000, dels att de multisjuka äldre konsumerade knappt hälften av all sjukhusvård (total vårdtid) bland sjukhusvårdade personer 75 år och äldre (män lite mer än kvinnor). Sammanfattningsvis har de multisjuka äldre en mycket hög konsumtion av sluten sjukvård.

3.2 Multisviktande äldre

Avsikten med att försöka definiera begreppet ”multisjuka äldre” är att kunna avgränsa en grupp äldre patienter ”med komplexa behov och som kunde antas behöva fortsatt stöd och samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare” (2). Man betonade dock att:

”Säkert kan många med komplexa vård- och omsorgsbehov befinna sig även bland dem med färre diagnoser och/eller vårdepisoder”. Efter 75 års ålder har nedgången av reservkapaciteten i många organsystem gått så långt, att om ett organsystem sviktar, så belastar det andra system. Då flera system arbetar på gränsen till sin högsta kapacitet kan ”dominoeffekter” uppstå med en ”multisviktande” patient som följd. Man har därför även försökt definiera begreppet ”multisviktande äldre enligt följande (2):

Definition: ”Personer över 75 år med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Detta innebär sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser”.

Sannolikt innebär definitioner av ”multisjuka” eller ”multisviktande” som utgår från antal formella diagnoser på sjukhus en betydande underskattning av antalet komplext sjuka äldre med funktionsnedsättningar: I antalet ”sjukdomsdiagnoser” ingår ej uppgifter från primärvården, från kommunernas äldreomsorg (formell äldreomsorg) eller om de omfattande hjälpinsatser som görs av närstående (informell äldreomsorg) och som ofta är en förutsättning för att kunna bo kvar i ordinärt boende.

En annan väsentlig orsak till att äldre individers multipla sjuklighet underskattas är att multisjukligheten inte sammanställs i sin helhet inom den reguljära sjukvården. De diagnoser som ställs i samband med ett slutenvårdstillfälle anger bara de sjukdomar och/eller skador som varit aktuella under vårdtiden. Syftet med registreringen av diagnoser i epikriserna (slutanteckningarna) är främst att utgöra underlag för vårdenhetens intäkter och ej att vara till hjälp i den fortsatta kliniska analysen.

I ett forskningsprojekt som fokuserades på att identifiera den samlade kliniska problematiken hos 76 äldre individer (medelålder 85 år) på ett äldreboende i Sundbyberg (5) hade de boende i genomsnitt 17 ”aktuella kliniska problem” (spridning 6–31). Här ingår då inte bara akuta problem utan alla de sjukdomar, symptom och skador som påverkar bedömningen och/eller handläggningen i elektivt skede (= icke-akut skede).

Här är 17 exempel av alla de totalt 227 olika sjukdomar och diagnoser som kom fram i detta projekt, men som vanligen ej diagnosföres i samband med akut vård på sjukhus:

- Minnesnedsättning
- Sömnsvårigheter
- Oro/ångest
- Förstoppning
- Undernäringstillstånd
- Smärta
- Urin-inkontinens
- Gång/balans-problem
- Yrsel
- Synnedsättning
- Hörselnedsättning
- Hudsår
- Klåda
- Känselnedsättning
- Osteoporos (benskörhet)
- Hypotyreos (underfunktion av sköldkörteln)
- Vitamin B12-brist

Sammanfattning

- Förekomsten av sjukdomar och/eller skador ökar kraftigt med stigande ålder.
- En betydande andel äldre personer får ett flertal samtidiga sjukdomar och skador med varierande grad av funktionsnedsättningar.
- Många äldre personer får omfattande behandlingar utan att dessa kopplas till motsvarande grad av utredning och kritisk effektanalys inkluderande förloppsanalys.
- Det finns ett mycket stort forskningsbehov angående hur dessa "multisjuklighetstillstånd" bör klassificeras, behandlas, följas upp och dokumenteras.
- En stor andel av samhällets samlade kostnader går till sjukvård och omsorg för dessa multisjuka individer över 75 år. Hur stor denna andel är kan dock bara uppskattas med stor osäkerhet eftersom det saknas ett entydigt klassifikationssystem för dessa tillstånd. Eftersom hälsoproblem hos äldre ofta är underbedömda och underdiagnosticerade är andelen äldre med komplexa hälsoproblem sannolikt avsevärt större än de uppskattningar som refererats ovan.

4 Prevention hos äldre

En fråga som varit aktuell inom äldrevårdsforskningen sedan många år är i vilken utsträckning man kan förebygga sjukdomar och/eller skador. Många ställer stora förhoppningar på att satsningar på prevention (förebyggande åtgärder) skall kunna förhindra utveckling av sjukdomar och/eller skador och att äldre skall kunna lägga fler friska år till livet och därmed inte behöva anlita äldrevården.

Enligt Svenska Kommunförbundet (6) satsade Sveriges kommuner under år 2000 c:a två miljarder kr på preventiva åtgärder, vilket motsvarade cirka 3 procent av de totalt 67 miljarder kr som kommunernas äldrevård kostade samma år. Redan idag satsas således mycket stora belopp på prevention för äldre.

För att det ska bli meningsfullt måste man vid diskussionen om prevention hålla isär de tre typerna av prevention:

Primär prevention:

Avser åtgärd(er) som syftar till att helt förebygga att sjukdom eller skada uppstår.

Exempel: Behandling av högt blodtryck eller höga blodfetter hos personer utan tecken till hjärt-kärl-sjukdom i övrigt.

Sekundär prevention:

Avser åtgärder som syftar till tidig upptäckt av ännu inte symptomgivande sjukdom.

Exempel: Mammografi för upptäckt av små brösttumörer; cellprov från livmodertappen för att upptäcka livmoderhalscancer i tidigt skede etc.

Tertiär prevention:

Avser åtgärder som syftar till att minska risken för fortskridande av etablerad, symptomgivande sjukdom eller återfall av skada på grund av etablerade sjukliga förändringar.

Exempel: Behandling av många sjukdomar, t.ex. diabetes mellitus; prevention av en andra hjärtinfarkt efter en första hjärtinfarkt, behandling av förmaksflimmer med acetylsalicylsyra.

Socialstyrelsen har i en rapport från 2002 sammanfattat resultatet av 21 försöksverksamheter med uppsökande förebyggande verksamhet hos äldre (7). Det var fråga om 21 separata okontrollerade projekt runt om i landet under totalt tre år, 1999–2002. Projekten baserades på regelbundna hembesök och interventionerna bestod

av en rad olika teman, olika för de olika delprojekten. I flera projekt rapporterades positiva effekter i olika utfallsmått. Inga projekt var dock kontrollerade, vilket gör att det är svårt att värdera resultaten.

Den vetenskapliga litteraturen vad gäller kontrollerade interventionsstudier av effekter av preventiva åtgärder hos äldre har i regel fokuserat på ett preventionsområde i taget. Det finns ett stort behov av sammanställning och utvärdering av den vetenskapliga litteraturen vad gäller olika preventiva behandlingsåtgärder riktade till äldre personer.

Tabell 1 visar några exempel på preventiva åtgärder för olika angivna risker/problem med relevans för äldre:

Tabell 1

<i>Preventiv åtgärd</i>	<i>Exempel</i>	<i>Avses motverka</i>
Ändring av levnadsvanor	Rökstopp	Hjärt-kärl-lung-sjukdom
	Fysisk aktivitet	Benskörhet Fall med frakturrisik
	Kostanpassning	Fetma Undernäringsstillstånd Hjärtkärl-sjukdom Diabetes mellitus
	Ökad social gemenskap	Mental ohälsa (t.ex. depression)
Läkemedel	Ökad kunskap, ändrade attityder	Olämplig läkemedelsbehandling Olämplig hjälpmedelsanvändning Brandrisk
	Behandling av högt blodsocker	Diabetes mellitus Hjärt-kärl-sjukdom
	Behandling av höga blodfetter	Hjärt-kärl-sjukdom
	Behandling av högt blodtryck	Hjärt-kärl-sjukdom
Höftskydd	Acetylsalicylsyra	Hjärt-kärl-sjukdom
		Fall med frakturrisik
Gånghjälpmedel		Fall med frakturrisik

Några angelägna frågeställningar för framtida preventionsforskning inom äldreården är bl.a. följande:

- Ur ett medborgarperspektiv: Om och i så fall hur påverkar en viss preventiv åtgärd eller en viss kombination av preventiva åtgärder risken för ett visst problem eller kombination av problem i olika grupper av äldre (65–69, 70–74, 75–79, 80–84 år etc.)?
- Ur ett kommunalt perspektiv: Hur ser sambandet intervention – effekt ut, dvs. hur många äldre individer behöver bli föremål för en viss typ av eller en viss kombination av preventiva åtgärder under hur lång tid för att ett visst problem eller en kombination av problem skall kunna förebyggas?
- Ur ett medicinskt perspektiv: Hur bör behandling av etablerade sjukdomar (sjukvård) lämpligen kombineras med olika preventiva åtgärder (hälsovård) hos äldre personer?

Sammanfattning

Kunskapsläget inom äldreården är tyvärr ännu inte sådant att det går att lämna en evidensbaserad rekommendation till kommuner eller landsting om vilka preventiva åtgärder som bör prioriteras i den reguljära driften.

Det finns starka skäl till ökad forskningsaktivitet inom området prevention inom äldreården. Om kommuner eller landsting planerar preventiva projekt inom äldreården bör dessa läggas upp som interventionsstudier (om möjligt kontrollerade) i samarbete med forskningsenheter så att resultaten kan utvärderas vetenskapligt.

5 Handläggning av sjukdom hos äldre

I princip skiljer sig inte behandlingen av samma sjukdomsprocesser hos äldre jämfört med yngre individer. Det finns dock ett antal faktorer som ofta påverkar och komplicerar handläggningen av äldre personer:

- Biologiskt åldrande
Äldre personer uppvisar mycket stora variationer beträffande grad av biologiskt åldrande, t.ex. avseende försämring av

mental funktion, hjärtfunktion, lungfunktion eller njurfunktion. Allmänna kunskaper om gerontologi (läran om åldrandet) är värdefulla som bakgrundskunskap och för en generell beredskap på den mycket stora variationen mellan olika individer, men är till föga hjälp vid klinisk analys hos en enskild äldre individ. Individens *kronologiska ålder* är lätt att bestämma, men det finns ingen känd metod att avgöra en enskild individs *biologiska ålder*. Man kan få vissa indikationer om denna från bedömning av ansikte, hud, gång och allmän vitalitet: en 70-åring kan te sig påtagligt åldrad och en 90-åring kan se betydligt yngre och vitalare ut och även ha "ungdomlig" hud. Dessa observationer är dock inte av något säkert värde när det gäller att ta ställning till patientens olika symptom och undersökningsfynd.

- **Riskfaktorer**
Vissa levnadsvanor, som utgör riskfaktorer för sjukdomar och skador, t.ex. tobaksrökning, fysisk inaktivitet, vissa kostvanor och övervikt, kan hos äldre personer ha förekommit i många år och därmed vara svårare att förändra än hos yngre personer. Detta kan försvåra behandlingen.
- **Multisjuklighet**
Som beskrivits ovan har äldre personer oftare än yngre flera samtidigt förekommande sjukdomstillstånd (multisjuklighet), vilket i hög grad komplicerar både den kliniska analysen, handläggningen och utvärderingen av effekten av olika behandlingsåtgärder (se nedan).
- **Många vårdgivare**
Äldre personer har ofta många olika vårdgivare med separata journalsystem och som ofta bedömer patienterna ur lite olika aspekter med olika terminologi.
- **Multibehandling**
Äldre personer får ofta behandling med flera olika behandlingsmetoder samtidigt, vilket försvårar analysen av behandlingseffekter (se nedan).
- **Olika sjukdomsmekanismer**
Olika sjukdomar kan ha olika sjukdomsmekanismer i olika åldrar. Som exempel kan nämnas hjärtsvikt. Äldre och yngre personer med samma grad av hjärtsvikt och liknande

symptombild kan ha olika sjukdomsmekanismer: diastolisk svikt hos äldre och systolisk svikt hos yngre. Behandlingen varierar givetvis beroende på sjukdomsmekanismerna.

- Svårt med symptombeskrivning
Äldre personer kan ha svårt att beskriva sina symptom, t.ex. på grund av nedsatt allmäntillstånd, försämrat minne eller en allmän förlångsamning i hög ålder
- Atypiska symptom
Äldre personer har oftare än yngre atypiska symptom och undersökningsfynd, dvs. den kliniska bilden stämmer inte alltid med vad som gäller för yngre och som lärs ut i textböcker:
 - a) En lunginflammation hos äldre personer ger inte alltid typiska symptom som hosta, feber och andfåddhet, utan den kliniska bilden kan t.ex. domineras av trötthet och oförmåga att sköta sig själv.
 - b) En överfunktion av sköldkörteln hos äldre behöver inte ge en "klassisk" klinisk bild som vid "giftstruma" med darrningar, svettningar, värmekänsla, hjärklappning och lös avföring, utan bilden kan domineras av trötthet och nyttillkommet förmaksflimmer.
- Ökad vulnerabilitet
Äldre får ofta mer funktionella konsekvenser av sina sjukdomar på grund av att de ligger närmare sin vulnerabilitetströskel, dvs närmare sin funktionella sviktgräns. Som exempel kan nämnas att äldre personer med olika akuta sjukdomar kan få
 - försämrad mental funktion (konfusion = förvirringstillstånd)
 - försämrad gångfunktion; kanske ej längre kan gå med rollator utan måste använda rullstol
 - försämrad förmåga att hålla urinen (urininkontinens)
- Psykosociala aspekter
Äldre personer har ofta psykologiska och sociala problem, t.ex. separation, sorg, ensamhet, mental och fysisk inaktivitet, ekonomiska problem etc. Dessa förhållanden är ofta framträdande i hög ålder och bör alltid beaktas vid den kliniska analysen och handläggningen.
- Brist på kunskap om behandling

I en färsk rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (8), redovisas antalet publicerade vetenskapliga behandlingsstudier inom 19 olika problemområden som är centrala inom äldre vården (personer över 65 år). SBU gör följande konklusion:

För de patientgrupper som får mest sluten vård och mest ”multi-behandling” är det vetenskapliga underlaget som sämst.

För personer över 75 år finns det endast enstaka publicerade behandlingsstudier.

Det bör betonas att vad som undersökts i de redovisade behandlingsstudierna är effekten av behandling mot en definierad sjukdom i taget. Det finns ingen systematisk forskning kring behandling av olika kombinationer av samtidigt förekommande sjukdomar (multisjuklighet). Här används istället ofta begreppet ”geriatrisk rehabilitering” (se nedan).

- Etik

Som framgår ovan börjar sjukdomar och skador med tillhörande behandlingar bli allt vanligare från 75-års ålder. Den förväntade återstående medellivslängden vid födelsen (medelvärde för åren 1997–2001) var enligt Statistiska centralbyrån (SCB) för män 77,1 år och för kvinnor 81,9 år.

Sjukdomar och skador leder ofta till ökad mortalitet (dödlighet) och därför kommer en stor del av äldre vården att utgöra en vård i livets slutskede med en kort förväntad återstående livslängd. Vid 75 års ålder är enligt SCB (se ovan) den förväntade återstående medellivslängden 9,7 år för män och 12,2 år för kvinnor. För multisjuka personer 75 år och äldre är den givetvis avsevärt kortare. I en undersökning vid ett kommunalt särskilt boende i Sundbyberg 2002 var den årliga dödligheten 30 procent (5). Den korta återstående förväntade livslängden kombinerat med det faktum att många äldre har många olika symptom och funktionsnedsättningar medför att etiska aspekter ofta får en central betydelse inom äldre vården.

Här ges två exempel på vanliga etiska problem inom äldre vården:

- *Patient med demens och akut försämring*

En gravt dement 87-årig man bor i ett gruppboende för dementa. Han behöver mycket hjälp med nästan alla delar av sin ADL (= activities of daily living = daglig personlig skötsel). Mannen får plötsligt hög feber, andningsbesvär och blir omtöcknad. En sannolik bedömning är att han

drabbats av akut lunginflammation, ev. med spridning till blodet. Om mannen förs till sjukhus kommer handläggningen där sannolikt att omfatta utredning med blodprover och röntgen samt behandling med dropp, antibiotika (t.ex. penicillin) intravenöst samt kanske urinkateter. Om han överlever kan han efter någon vecka återföras till gruppboendet. Närstående ställer sig dock tveksamma till att transportera honom till sjukhus.

– *Patient med stroke och nutritionsproblem*

En 83-årig kvinna med tillstånd efter stroke (slaganfall) med högersidig halvsidig förlamning, ständiga smärtor i den förlamade sidan och stora talsvårigheter. Hon har tilltagande sväljningsproblem och kan nu endast svälja passerad föda. Hon matas vid alla måltider och kan endast med stora svårigheter fås att äta alls. Kroppsvikten har minskat med fem kg under det senaste halvåret; hon väger nu 40 kg och har ett BMI (body mass index = kroppsmasseindex) på 18,2. Om kvinnan förs till sjukhus kan handläggningen komma att innebära tillförsel av mat/näring via plastslang till magsäcken/tarmarna (PEG = perkutan endoskopisk gastrostomi) eller att man ger näringen via intravenöst dropp. Denna behandling blir sannolikt varaktig.

5.1 Komplex problembild

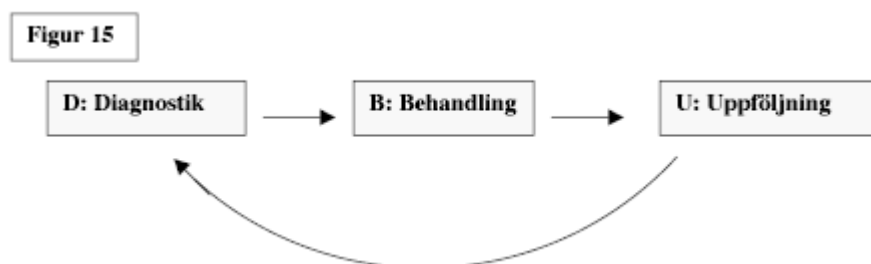
Ovanstående 12 faktorer illustrerar det dilemma äldrevården ofta står inför vid handläggning av problem hos enskilda äldre personer. Med åldern föreligger en betydligt ökad risk för utveckling av multisjuklighet och psykosociala problem hos individer med mycket stor variation i den biologiska åldern och där problembilden vanligen är ofullständigt beskriven eller atypisk. Handläggningen sker ofta av många olika samtidigt vårdgivare som dokumenterar olika aspekter av utredning, behandling och utvärdering av individens problematik i separata journalsystem med bristfällig kontakt med varandra. Mycket ofta utvecklas en komplicerad multibehandling (se exempel ovan).

Denna omfattande och högst varierande kliniska komplexitet är en realitet inom hela äldrevården, oberoende av var patienten vårdas.

Den mycket stora variationen och kliniska komplexiteten vid sjukdomar/skador hos äldre personer är det som främst karakteriserar äldrevård och geriatrik och motiverar att äldre individer bör erbjudas att få sin kliniska vård inom en samlad organisation med en integrerad, problembaserad journalföring.

5.2 DBU-metoden

Komplexiteten inom äldrevården gör det särskilt angeläget att arbeta strukturerat med standardiserade bedömningar. Här kan med fördel DBU-metoden användas (figur 15).



DBU-Diagnostik: Här avses en utredning av patienternas symptom, olika undersökningsfynd och funktionsbegränsningar som utmynnar i en sammanvägd bedömning av alla aktuella kliniska problem inkluderande en värdering av effekter (både positiva, utblivna och negativa) av olika pågående behandlingsmetoder.

DBU-Behandling: På basen av diagnostiken utformas ett individuellt, integrerat behandlingsprogram där samtliga aktuella behandlingsmetoder specificeras, t.ex. nutrition, fysisk träning, läkemedel, hjälpmedel, social stimulans, hemtjänst, fotvård, tandvård etc.

DBU-Uppföljning: Effekten av behandlingsprogrammet följs upp vid regelbundet återkommande tillfällen i lugnt (elektivt = icke-akut) skede. Intervallet mellan kontrollerna utformas individuellt. Vid dessa kontrollstationer sker en strukturerad kritisk granskning av effekten av samtliga vidtagna behandlingsåtgärder visavi den ursprungliga diagnostiken (problembeskrivningen). Endast de behandlingsåtgärder som har klart positiva effekter för de äldre vård-

tagarna fortsättes, övriga avslutas. Genom denna ihopkoppling av uppföljning och diagnostik sluts DBU-cirkeln.

Denna integrerade diagnostik, behandling och uppföljning av äldre personer med komplexa medicinska, sociala och psykologiska problem utgör en kvalificerad form av klinisk analys och ställer stora krav på bred klinisk utbildning och praktisk erfarenhet av geriatrik.

I den framtida organisationen av äldrevården är det mycket angeläget att förvalta och vidareutveckla denna kliniska analys för äldre multisjuka individer i olika faser av deras sjukdomar med tillhörande funktionsnedsättningar.

Här nedan diskuteras de tre delarna i DBU-metoden mer utförligt med fokus på klinisk analys av sjukdomar och skador hos äldre personer:

5.3 DBU – Diagnostik

Diagnostiken består av

- a) Datainsamling = olika undersökningsmetoder för att samla in uppgifter om patientens tillstånd
- b) Analysprocess
- c) Bedömning

Datainsamling

Här ges exempel på några vanliga undersökningsmetoder (det finns många flera):

- Anamnes (sjukhistoria): Uppgifter som patienten ger spontant kompletterande med en intervju
- Status (kroppsundersökning)
- Blod- och urinprover (laboratorieundersökningar)
- Röntgen, t.ex. av lungorna
- Ultraljud-undersökning, t.ex. av buken
- EKG (undersökning av hjärtats elektriska aktivitet)

En av hörnstenarna i diagnostiken är sjukhistorien och därför gäller det att ha tillräckligt med tid att diskutera igenom problematiken med patienten, om möjligt tillsammans med närstående. Som ovan nämnts har äldre ibland svårt med symptombeskrivningen och där-

till ibland atypiska symptom på sjukdom. Under samtalet kring sjukhistorien föreligger dessutom ett utmärkt tillfälle att utröna patientens egen inställning till sin hälsa, hans/hennes motivation/vilja att försöka göra något åt problemen, värdering av olika aktuella riskfaktorer samt inte minst möjlighet att informera och undervisa patienten och närstående om situationen.

Det tar dock betydligt längre tid att få grepp om äldre patienters sjukhistoria jämfört med hos yngre. Geriatrikprofessorerna Bertil Steen och Alvar Svanborg har i sin lärobok kommenterat detta på följande sätt:

Det tar dubbelt så lång tid att informeras om och informera en genomsnittligt fungerande 70-åring än en 30-åring (9).

Om 70-åringen dessutom är sjuk och/eller skadad tar informationsutbytet givetvis avsevärt längre tid. Om patienten har flera olika vårdgivare behöver man inhämta journalkopior för att ta del av tidigare undersökningar (blodprover, röntgen etc.) och försöka utröna effekten av tidigare behandlingar (se nedan).

Symptomlistan hos äldre personer omfattar ofta många olika symptom. Den 82-åriga kvinnan som diskuterades i fallbeskrivningen ovan hade en symptomlista med 23 olika symptom.

Analys

Här beskrivs översiktligt analysprocessen i tre olika steg. I en undersökningssituation genomföres dock analysen av de olika stegen delvis parallellt:

Steg 1: Sortering av symptomlistan i olika kategorier, t.ex. på följande sätt:

- | | |
|----------------------|---|
| • Neuropsykiatri | Minnesnedsättning
Nedstämdhet
Dödsönskningar
Sömnsvårigheter
Oro/nervositet |
| • Hjärta-kärl-lungor | Andfåddhet vid ansträngning
Hjärtklappning |
| • Mag-tarm | Illamående
Förstoppning |
| • Njurar/urinvägar | Urin-inkontinens
Urinvägsinfektioner |
| • Gynekologiskt | Framfall |
| • Nutrition | Matleda
Glappande tandprotes
Minskat 5 kg ofrivilligt i vikt |
| • Hud | Sår på flera tår |
| • Sinnesorgan | Synnedsättning
Hörselnedsättning |
| • Smärtor | |
| • Allmänna symptom | Dagtrötthet
Bensvullnad
Gång/balans-problem
Muskelsvaghet
Sår på fötterna |
| • Socialt | Ensamhet, isolering |

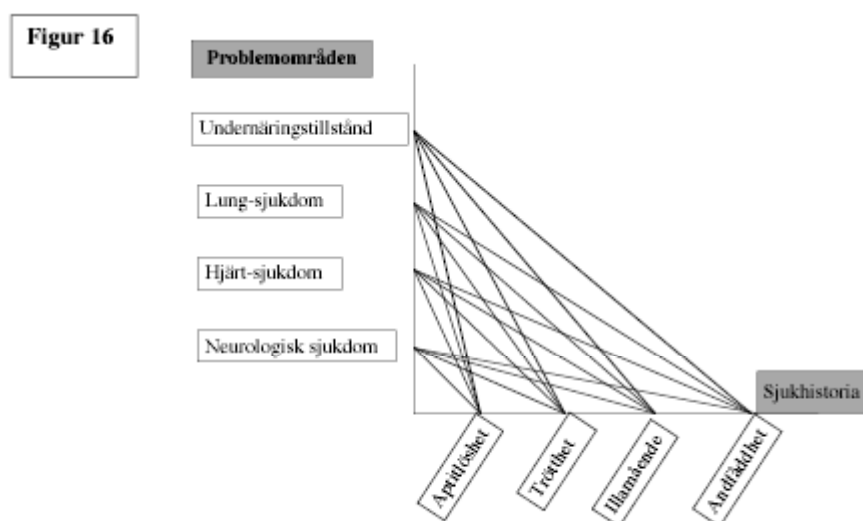
Det bör framhållas att många symptom är ospecifika och kan vara relaterade till flera samtidiga organ- eller systemproblem. Inom äldreården är det mycket angeläget att lägga ner tid och kraft på att få fram en samlad, sorterad symptomlista som täcker in så många problem som möjligt som påverkar individen i dennes vanliga livsmiljö. Symptombeskrivningen är ju vårdtagarens subjektiva problembeskrivning och därmed en avgörande del av den kommande uppföljningen (se nedan).

Steg 2: Nästa steg är att genomföra lämpliga kompletterande undersökningar (se ovan). För att kunna dra slutsatser bör olika mätvärden samlas in på ett standardiserat sätt.

Exempel: Kroppsvikten bör mätas på en elektronisk våg av god kvalitet där individen fastar före frukost, har tömt urinblåsan och är iförd enbart underkläder. Om kroppsvikten mäts på detta sätt och redovisas grafiskt över tid ger denna billiga undersökning mycket värdefull information om den äldre individens hälsotillstånd.

På samma sätt är det med andra mätvärden som t.ex. blodtryck, blodprover (t.ex. Hb och blodsocker), mått på olika kroppsfunktioner (t.ex. minne, nedstämdhet), avföringslistor etc.

Resultaten av utredningen bör sorteras på motsvarande sätt som symptomlistan där man försöker koppla symptom och undersökningsfynd till organ/systemproblem:



Figur 16 visar att de fyra olika symptomen (aptitlöshet, trötthet, illamående och andfåddhet) *potentiellt* kan kopplas till (i detta fall) fyra olika problemområden. Frågan är dock om de bidrar i lika hög grad eller om något/några problemområden har starkare koppling till symptomen än de andra.

Steg 3: Nästa steg är att försöka få uppgifter om tidsaspekten. När uppkom de olika symptomen och hur har symptom och olika undersökningsfynd utvecklats över tid? Hur har patientens funktionella tillstånd utvecklats och vilka undersökningar och behandlingar har tidigare utförts över tid? När, var och varför har patienten varit inlagd på sjukhus för vård? Bäst och mest överskådligt vore om alla dessa aspekter kunde illustreras grafiskt på en tidslinje för varje patient, men detta förekommer tyvärr inte inom äldrevården.

Akut - kroniskt problem

Det är viktigt att hålla isär akut äldrevård från elektiv (= planerad, icke-akut) äldrevård. De flesta sjukhuskliniker som vårdar äldre personer (t.ex. geriatriska kliniker) gör detta på grund av någon akut försämring. Det kan t.ex. röra sig om en infektion, hjärt-lungsjukdom, fall med smärtor och rörelsesvårigheter (med eller utan fraktur), misstänkt slaganfall etc. Under ett dylikt akut vårdtillfälle är det inte alltid vare sig lämpligt eller möjligt att gå igenom den samlade problematiken, eftersom patienten är akut försämrad och inte befinner sig i sitt normala tillstånd. I detta läge är det närmast ogörligt att ta ställning till den bakomliggande symptomlistan enligt ovan, utan detta kan ske först efter att det akuta problemet handlagts. Detta förutsätter givetvis att det finns ett system för elektiva återbesök i lugnt skede där man kan gå igenom den samlade, sorterade symptomlistan och komplettera med erforderliga undersökningar.

Bedömning

Analysprocessen leder fram till en sammanfattande "Bedömning" som kodifieras i olika diagnoser. Praxis inom den slutna äldrevården är att endast ange de diagnoser som varit aktuella under vårdtillfället i form av en eller flera s.k. "huvuddiagnoser" samt en eller flera s.k. "bidiagnoser". Som diskuteras ovan under "Multisjuklighet" ovan innebär detta system i regel en mycket kraftig underrapportering av den "sanna" multisjukligheten, vilket ger en helt missvisande bild av den totala sjukligheten hos äldre personer.

Ett mer rättvisande alternativ till diagnostik vore att redovisa en flerställig diagnostabell. (Dylika flerställiga tabeller används för närvarande inte inom äldrevården).

Tabell 2

<i>Organ-diagnoser</i>	<i>System-diagnoser</i>	<i>Funktions-diagnoser</i>	<i>Symptom-diagnoser</i>	<i>Misstänkt läkemedels-biverkning</i>
*Hjärtsvikt	Högt blodtryck	*Minnesnedsättning	Dagtrötthet	*Dagtrötthet
*Diabetes mellitus	*Undernäringsstillstånd	Synnedsättning	Förstopning	*Minnesnedsättning
*Demens (Alzheimer)	*Anemi ("blodbrist")	*Hörselnedsättning	*Huvudvärk	*Muskelsvagheter
*Njursvikt	Hudsår	Gång/balansproblem	Aptitnedsättning	*Huvudvärk
Prostataförstoring	*Bensvullnad	*Depression	*Sömnbesvär	Förstopning

Tabell 2 visar ett exempel på en bedömning av en 85-årig kvinnas samlade kliniska problematik i en 5-ställig diagnostabell. Observera att tabellen endast anger de problem som föreligger (kvalitativt) utan att svårighetsgraden graderas (kvantitativt).

En sådan 5-ställig tabell illustrerar patientens samlade problematik bättre än en 1-ställig konventionell diagnoslista, men de olika diagnoskategorierna är delvis överlappande.

Som exempel kan tas symptomdiagnosen "Dagtrötthet". Detta symptom kan bero på en rad olika faktorer (se även figur 7 ovan), men innan ev. orsakssamband fastställts bör det, som här, klassificeras som "symptomdiagnos". Detta symptom kan dock potentiellt vara relaterat till minst tolv av de övriga angivna diagnoserna (dessa har markerats med en asterisk i tabellen). För att illustrera hur dessa olika typer av diagnoser hänger ihop i en väv visas organdiagnoserna "stroke" (slaganfall, tabell 3) och hjärtsvikt (tabell 4) med olika relaterade potentiella problem:

Tabell 3

<i>Organ-diagnoser</i>	<i>System-diagnoser</i>	<i>Funktions-diagnoser</i>	<i>Symptom-diagnoser</i>	<i>Misstänkt läkemedelsbiverkning</i>
Stroke	Undernäringsstillstånd Högt blodtryck Depression	Förlamning i höger kroppshalva Talstörning (afasi) Gång/balansproblem	Smärta i den förlamade sidan Dagtrötthet	

Tabell 4

<i>Organ-diagnoser</i>	<i>System-diagnoser</i>	<i>Funktions-diagnoser</i>	<i>Symptom-diagnoser</i>	<i>Misstänkt läkemedelsbiverkning</i>
Hjärtsvikt	Undernäringsstillstånd Högt blodtryck Bensvullnad	Nedsatt kondition Muskelsvaghet	Dagtrötthet Sömnbesvär Andfåddhet	

Läkemedelsbiverkningar

Fördelen med att ha med den femte kolumnen, ”Misstänkt läkemedelsbiverkning”, i den flerställiga diagnostabellen är att för en enskild äldre individ kunna sätta upp olika symptom som är förenliga med kända läkemedelsbiverkningar enligt biverkningstabellerna i Fass. Läkare är idag enligt (LVFS 2001:12) endast skyldiga att rapportera följande typer av läkemedelsbiverkningar:

- Alla misstänkta biverkningar av nya läkemedel som ej står upptagna som ”vanliga” i Fass
- För samtliga läkemedel skall rapporteras:
 - Dödsfall
 - Livshotande reaktioner
 - Biverkningar som leder till permanent skada eller långvarig funktionsnedsättning

- Biverkningar som leder till sjukhusvård
- Nya oväntade biverkningar och interaktioner
- Biverkningar som tycks öka i frekvens eller allvarlighetsgrad

Däremot behöver ”banala biverkningar” av äldre läkemedel inte rapporteras. Regleringen kring läkemedelsbiverkningar fokuserar alltså helt på säkerhet i läkemedelshanteringen.

Som regleringen är skriven kommer knappast några ”banala” biverkningar att rapporteras och därmed kommer de troligen alltför sällan med som en viktig variabel i analysen av äldre personers problem.

De olika tabellerna med läkemedelsbiverkningar i Fass visar att de flesta läkemedel kan ge upphov till problem från en rad olika organsystem. Tyvärr är inte biverkningstabellerna justerade för ålder och därmed är det i regel alltid oklart om vissa biverkningar är vanligare förekommande i vissa åldersgrupper, t.ex. över 75 års ålder.

Analysproblemet kan illustreras med en 82-årig kvinna inlagd på en geriatrisk klinik för utredning. Hon behandlas med 10 olika läkemedel (varav 9 kontinuerliga ordinationer). Två av dessa kontinuerliga läkemedel var Cipramil® (mot depression) och Losec MUPS® (mot magsår).

Tabell 5

<i>Symptomlista</i>	<i>Biverkningar Cipramil®</i>	<i>Biverkningar Losec MUPS®</i>
Trötthet	Trötthet	Trötthet
Yrsel	Yrsel	Yrsel
Sömnbesvär	Sömnbesvär	Sömnbesvär
Huvudvärk	Huvudvärk	Huvudvärk
Oro	Oro	Illamående
Illamående	Illamående	Förstoppning
Förstoppning	Förstoppning	Diarré
Viktminskning 4 kg/ett år	Diarré	Buksmärtor
Hjärtklappning	Viktförändring (upp eller ner)	Gasbildning
Buksmärtor efter måltid	Hjärtklappning	Svettning
Muntorrhet	Bukbesvär	Tremor
Dålig aptit	Muntorrhet	Konfusion

Tabell 5 visar att kvinnan hade en aktuell symptomlista som omfattade 12 olika symptom. Av dessa återfanns 11 symptom även på biverkningslistorna i Fass, varav 11 på Cipramil®-listan och 7 på Losec MUPS®-listan. Sju av de tolv symptomen fanns på båda biverkningslistorna. Kvinnan behandlades även med 8 andra läkemedel, varav flera anges kunna ge flera av symptomen på symptomlistan som "vanlig biverkan".

Det är således tyvärr ett faktum att många läkemedel kan ge upphov till biverkningar med ospecifika, "banala" ur aspekten "icke-livshotande", men ibland mycket besvärande, symptom. Flera biverkningar kan även till förväxling likna de symptom för vilka läkemedelsbehandlingen påbörjades (t.ex. buksmärtor vid behandling av magsår med Losec®).

Det bör framhållas att risken för biverkningar till läkemedel uppges vara liten. En "vanlig" läkemedelsbiverkan i Fass definieras så att den drabbar mer än en procent av dem som behandlas med läkemedlet (under förutsättning att de tar läkemedlet i fråga, se nedan "Compliance"). Som ovan nämnts anger Fass dock ingen relation av risk för biverkningar till ålder och det är även oklart om risken för biverkningar ökar vid samtidig behandling med flera olika läkemedel.

Antag att en individ besväras av symptomen "dagtrötthet" och "illamående" och behandlas med 10 olika läkemedel, varav fem anges kunna ge upphov till just "dagtrötthet" och fem till "illamående". Hur stor är då den "kumulativa" risken: är den oförändrad, är den 5 gånger större (additiv) eller är den ännu större (potentierande)?

"Banala" biverkningar kan vara mycket besvärande och syftet med denna beskrivning är att betona att det är nödvändigt att ta med alla potentiella läkemedelsbiverkningar vid bedömningen av patienternas samlade problematik. Om den 5-ställiga diagnostabellen fylldes i för alla patienter och analyserades löpande under vårdtiden skulle man troligen oftare än nu kunna knyta vissa symptom till misstänkt(a) läkemedelsbiverkning(ar) – beviset får man ju först genom att ta bort läkemedlet i fråga och se om symptomet försvinner; helst skulle man även visa att symptomet återkommer vid återinsättning av läkemedlet.

Diagnostabellen skulle kunna ingå i epikrisen (slutanteckningen) och de symptom som där anges som "misstänkta läkemedelsbiverkningar" skulle, om patienten samtycker, automatiskt kunna skickas till en biverkningsenhet för registrering. På detta sätt skulle man få

en mycket bättre information om den totala förekomsten av misstänkta ”banala” läkemedelsbiverkningar och även löpande kunna undersöka om de förekommer olika ofta i olika åldrar.

Dokumentation

Analysen av äldre multisjuka individers tillstånd över tid är så komplicerad att det borde finnas tillgång till ett integrerat datoriserat IT-stöd som underlättar analysprocessen, dvs. bearbetningen av alla utredningsresultat till en samlad bedömning. Något sådant IT-stöd har tyvärr ännu ej utvecklats. Dagens uppsplittrade datorjournal underlättar inte nämnvärt analysprocessen, utan tjänar främst syftet att snabbt kunna få tillgång till den aktuella journalen (se nedan ”Dokumentation”).

5.4 DBU – Behandling

Som nämnts ovan har SBU i en färsk rapport visat (8) att det finns ett mycket begränsat antal publicerade vetenskapliga behandlingsstudier avseende äldre (över 65 år) och att behovet av forskning därför är mycket stort, inte minst vad gäller olika kombinationer av behandlingsmetoder vid flera samtidigt förekommande sjukdomar (se nedan under ”rehabilitering”).

Eftersom medelåldern hos patienterna på t.ex. medicinkliniker eller geriatriska kliniker är över 75 år och medelåldern inom kommunal äldrevård (s.k. särskilda boenden för äldre) i regel är över 80 år innebär konklusionen i SBU-rapporten i praktiken att den omfattande behandlingen inom äldrevården inte baseras på vetenskapliga behandlingsstudier som är relevanta för åldersgruppen, utan baseras dels på studier som är utförda på betydligt yngre personer och dels på lokala behandlingstraditioner. Frågan är om detta förhållande är i överensstämmelse med Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) § 2 om att målet är en ”vård på lika villkor för hela befolkningen”.

Det har hävdats att *behandlingseffekten* hos multisjuka äldre personer är begränsad:

Den slutna vården kan inte nämnvärt medverka till att göra denna grupp av patienter (äldre patienter med långvariga och allvarliga sjukdomar samt grava funktionsnedsättningar) ”bättre” eller friskare. Dess uppgift är däremot att se till att patienten får ett fortsatt adekvat om-

händertagande utanför sjukhuset genom primärvården och genom kommunens äldreomsorg (2).

Författarna lämnar tyvärr inga referenser till dessa anmärkningsvärda uppgifter. Mot denna inställning kan dock invändas att behandlingspotentialen hos äldre personer (dvs. i vilken grad äldre sjuka personer kan förbättras i olika avseenden) är oklar på grund av flera olika omständigheter:

- Vetenskapliga behandlingsstudier för äldre saknas i hög grad (se ovan)
- Compliance (= följsamheten till behandling) hos äldre i "ordinärt boende" är ofta oklar, troligen begränsad, men blir tyvärr nästan aldrig värderad i den reguljära äldrevården. Detta problem kan dock aktualiseras i samband med inläggning på sjukhus eller flyttning till annan boendeform, då närstående eller vårdpersonal ibland hittar stora mängder olika läkemedel i bostaden.

Problemet illustreras även av kassationen av läkemedel. Med "kassation" avses här läkemedel som återlämnas till apoteken. Flera studier har visat att denna kassation utgör 2–4 procent av det som expedieras i hela sjukvården (10), men kassation har ej studerats närmare inom äldrevården.

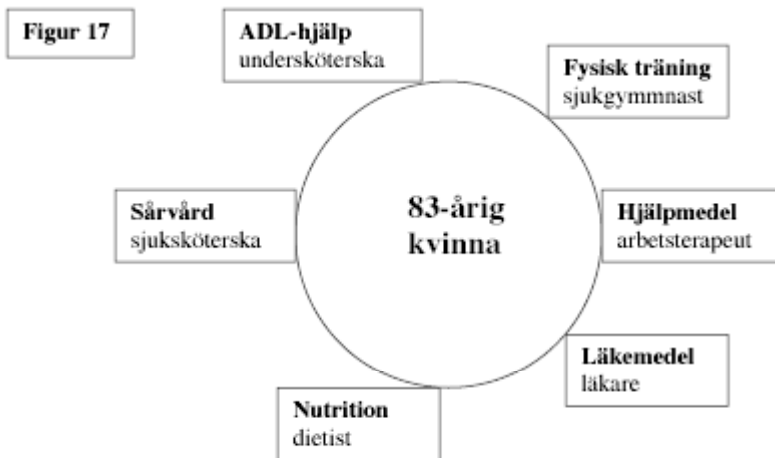
Kunskapen om hur mycket läkemedel som ej används eller kasseras på annat sätt än att återlämnas till apotek är mycket begränsad. En uppskattning baserad på en norsk intervjustudie tyder på att omkring 10 procent av förskrivna och uthämtade läkemedel ej kommer till användning (8).

Compliance till t.ex. läkemedelsbehandling inom kommunalt s.k. "särskilt boende" är sannolikt avsevärt högre än i ordinärt boende, eftersom många individer här får sina läkemedel via personalen.

- Organisationen av äldrevården är sådan att det sällan finns förutsättningar för en strukturerad, kritisk utvärdering av behandlingseffekt över tid.

Oaktat dessa invändningar bör framhållas att äldre patienter i praktiken ofta behandlas med en rad olika behandlingsmetoder. I figur 17 visas de sex olika behandlingsmetoder som pågick samtidigt hos en 83-årig kvinna som vårdades på en geriatrisk klinik. I

figuren anges även de olika yrkesgrupper som i praktiken ansvarade för genomförande av de olika behandlingarna



Olika yrkesgrupper ofta är inblandade i flera olika behandlingsmetoder och för varje yrkesgrupp är det i regel flera olika individer inblandade. Under ett år kan enskild äldre individ därför erhålla behandling av ett stort antal olika individer (se ovan).

Tabell 6 specificerar vilka delkomponenter som ingick i de sex behandlingsmetoderna i figur 17. Ordet "poly" i tabell 6 avser samtidig behandling med flera olika delkomponenter av respektive behandlingsmetod.

Tabell 6

<i>Behandlingsmetod</i>	<i>Specifikation av delpomponenter</i>	<i>Typ av "poly"behandling</i>
ADL-hjälp	På och avklädning, hygien, städning, handling, matlagning, matning	Poly-ADL-hjälp x 6
Fysisk träning	Kondition, gång/balans, muskelstyrka, rörlighet	Poly-ADL-hjälp x 4
Hjälpmedel	Syn (glasögon), hörsel (hörapparat), gång (käpp och rollator), urininkontinens (blöjor), transporter (färdtjänst), larmklocka	Poly-ADL-hjälp x 7
Läkemedel	Imovane® (sömnmedel), Oxascand®(lugnande medel), Lanacrist® och Furix®(hjärtläkemedel), Losec® (mot magsår), Cipramil® (mot depression), Distalgesic®(mot smärtor), ViSibilin® (mot förstoppning), Behepan® (vitamin B12)	Poly-farmaci x 9
Nutrition	Menyval, måltidsordning, specialkost, konsistenskost, flytande näringstillägg	Poly-nutrition x 5
Sårvård	Rengöring såryta, omläggning med förband, salva, kompressionsstrumpa	Poly-sårvård x 4

De sex behandlingsmetoderna som beskrivs i tabell 6 motsvarar 36 olika samtidigt ordinerade behandlingsdelkomponenter (jämför fallbeskrivningen ovan).

Det är viktigt att framhålla att det även finns ett mycket stort antal andra behandlingsmetoder som används inom den reguljära äldrevården. Som exempel kan nämnas anpassningsåtgärder (t.ex. bostadsanpassning), elektrisk ström (t.ex. transkutan nervstimulering), fotvård (t.ex. klippning av naglar, slipning av förhårdnader), kirurgi (t.ex. operation av gallsten), kompression (t.ex. stödstrumpa vid bensvullnad), massage, pedagogik (t.ex. patient- eller närståendeundervisning), psykoterapi (t.ex. samtal/stöd, kognitiv psykoterapi), sväljträning, syrgasbehandling (t.ex. syrgaskoncentrator), talträning (t.ex. afasitträning), tandvård (t.ex. borttagning av karies, utprovning av ny tandprotes).

Som ovan nämnts definieras "multisjuka" äldre ibland genom att de behandlas med ett visst antal olika läkemedel samtidigt (polyfarmaci). Som framgår av tabell 6 behandlas ofta äldre personer med flera olika delkomponenter inom huvudgrupperna av behand-

lingsmetoder. Det är därför både beklagligt och oegentligt att diskussionen kring begreppet ”behandling” inom äldrevården så ensidigt kommit att fokuseras på just läkemedel, när man som hos den 83-åriga kvinnan, förutom poly-farmaci dessutom har poly-ADL-hjälp, poly-träning, poly-hjälpmiddel, poly-nutrition och poly-sårvård.

Behandlingsprogram

Alla behandlingsmetoder och delkomponenter som är aktuella i varje enskilt fall bör redovisas som individens ”individuellt utformade behandlingsprogram” i syfte att ge förutsättningar för att kunna utvärdera behandlingseffekter (både positiva, uteblivna och negativa) och ta ställning till hur patientens tillstånd utvecklas över tid (se nedan).

Ett dilemma inom äldrevården är att det ofta är oklart exakt vilka olika behandlingskomponenter som ordinerats en enskild individ. Detta sammanhänger med flera faktorer:

- Sjukhus: Journalföring vid sjukhus fokuseras på problemen under det aktuella vårdtillfället
- Öppna mottagningar: Journalföring vid öppna specialistmottagningar på eller utanför sjukhus fokuseras på den aktuella specialistens problemområde
- Primärvården: Journalföring inom primärvården utgår ej från förstrukturerade journaler med systematisk analys, utan utgår i regel från vad som framkommer vid besöket på vårdcentralen. Dessutom är mottagningsbesöken ofta för korta för att man skall hinna med att penetrera och sammanställa hela den samlade problematiken inklusive en förloppsanalys.
- Läkare: Olika läkare på olika vårdnivåer ordinerar olika typer av behandling oberoende av varandra utan synkronisering. Ibland känner de ej ens till varandras ordinationer
- Yrkesgrupper: Olika yrkesgrupper har ofta ansvar för att genomföra olika behandlingsdelkomponenter. Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret, men olika yrkesgrupper ordinerar, genomför och dokumenterar ofta ganska självständigt olika behandlingar och det är ofta svårt för läkaren att få överblick över det samlade behandlingsprogrammet.

- Ordinationer: De flesta behandlingsmetoder, förutom läkemedel, betraktas ej som "ordinationer" och har därför en lägre "status" inom äldre vården. Dessa behandlingsmetoder dokumenteras därför inte som tydliga specificerade åtgärder på särskilda journalhandlingar, utan de dokumenteras med växlande utförlighet separat i de olika yrkesgruppernas journaler samt diskuteras på ronder och personalen sinsemellan.

Av detta skäl är det ofta mycket svårt att efter utskrivning från en vårdenhet eller efter avslutad "rehabiliteringsperiod" (se nedan) rekonstruera förloppet och redovisa den exakta mängden ("dosen") av olika givna behandlingsmetoder under ett vårdtillfälle, t.ex. beträffande fysisk träning, nutrition, sårvård, samtal/stöd, hjälpmedel etc.

Av bl.a. ovan angivna skäl förekommer tyvärr inte några sammanställda, integrerade behandlingsprogram inom äldre vården.

Samordnad vårdplanering

I Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 1996:36 (M och S), Informationsöverföring och samordnad vårdplanering, definieras begreppet "samordnad vårdplanering" som

en process som syftar till att tillsammans med patienten samordna planeringen av dennes fortsatta vård och omsorg vid överföring från en vårdform till en annan.

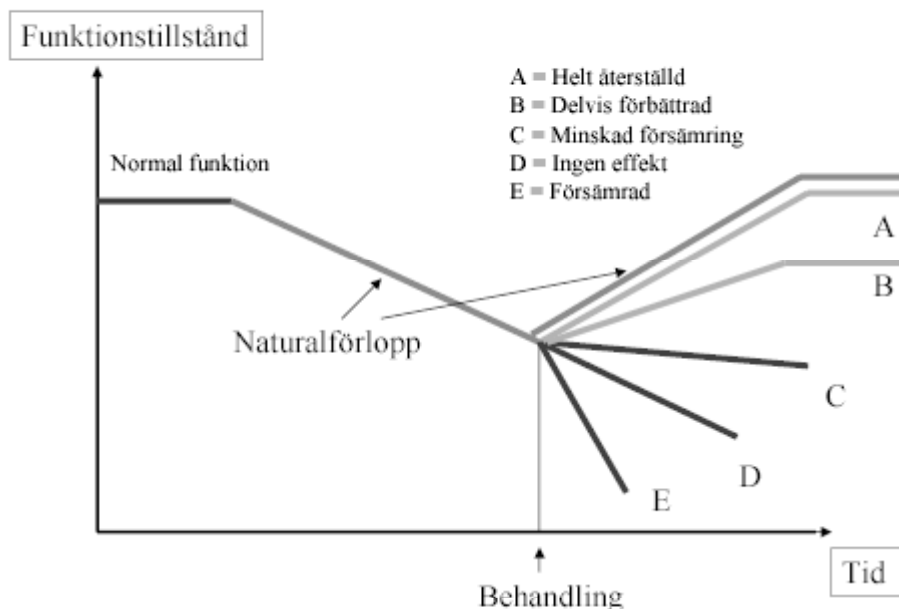
Beklagligtvis är det just denna informationsöverföring som brister i särskilt hög grad inom äldre vården och som har stått i fokus för mycket kritik (11). Sannolikt beror detta i hög grad på att man inom äldre vården inte arbetar med patienternas samlande "individuellt utformade behandlingsprogram".

5.5 DBU – Utvärdering

Som framgår av figur 15 om DBU-metoden återkopplar punkten U = "uppföljning" till punkten D = "diagnostiken". DBU-metoden innebär således en förloppsbeskrivning av olika problem över tid. Om ingen behandling ges utvecklas problemet spontant över tid – detta kallas *naturalförlopp*. Syftet med behandlingen är att påverka naturalförloppet så att den äldre individens tillstånd förbättras, t.ex.

genom att antalet symptom på symptomlistan minskar och/eller att individens funktionstillstånd förbättras över tid. Detta illustreras i figur 18.

Figur 18



Utvärdering av behandlingseffekt kan tyckas vara lätt om ett väl definierat problem behandlas med *en* specificerad behandlingsmetod. Även denna situation behöver dock granskas kritiskt av följande skäl: Människor söker behandling för olika problem när besvären (t.ex. hosta eller funktionsnedsättning) blivit tillräckligt svåra. Eftersom många sjukdomar och skador har en stark tendens till spontanläkning kommer en insatt behandling ofta att sammanfalla med den tidpunkt när sannolikheten för spontanförbättring är som störst. Om förloppet under pågående behandling förbättras jämfört med utgångsläget när behandlingen inleddes och utvecklas enligt kurvorna A, B eller C i Figur 18 ligger det nära till hands att koppla förbättringen till den vidtagna behandlingen. I ett enskilt fall är det dock svårt att med säkerhet veta vad som är spontanförbättring respektive vad som är specifik behandlingseffekt. Detta

problem är ständigt närvarande vid alla former av behandling och är skälet till att man utvecklat en noggrann metodik för behandlingsforskning med s.k. kontrollpatienter som får placebobehandling (behandling utan effekt, ”sockerpiller”) eller ingen behandling alls.

I princip är den bästa formen för behandlingsstudie den randomiserade, placebokontrollerade behandlingsstudien, förutsatt är den omfattar tillräckligt många patienter så att dels behandlingsgruppen och kontrollgruppen blir så lika som möjligt i olika avseenden som kan påverka behandlingsresultatet och dels att det finns en rimlig statistisk sannolikhet att upptäcka en eventuell sann behandlingseffekt (studiens ”power”).

Det blir dock avsevärt mer komplicerat att värdera effekten av flera olika vidtagna behandlingsmetoder (multibehandling) mot flera olika samtidiga problem (multisjuklighet). Det bör dock starkt betonas att DBU-metoden givetvis är tillämpbar i bägge fallen. Dilemmat med utvärdering av behandlingseffekt i det senare fallet är:

- att det vetenskapliga kunskapsläget är avsevärt sämre, ur både komplexitetsaspekter (samverkansaspekter) och åldersaspekter
- att det kräver betydligt mer av bred kompetens, tillräckligt med tid för standardiserad insamling och hantering av olika uppgifter om patienterna samt ett väl utarbetat dokumentationssystem, helst med IT-stöd och förloppsgrafik för att kunna ta ställning.

Frågan är då vilka effektmått (= utfallsmått) som bör användas för bedömning av behandlingseffekt. Detta beror givetvis på vilket eller vilken kombination av problem som föreligger. Antag att en person har organproblemet stroke (= slaganfall = genomgången infarkt eller blödning i hjärnan) enligt tabell 3 ovan. I tabellen lämnas några exempel på hur en individs problembild vid stroke kan te sig. Hos äldre personer med stroke föreligger regelmässigt en rad samtidiga problem. Här gäller det därför att bedöma de olika enskilda problemen i enlighet med Figur 14 ovan:

- dels ur individens synvinkel, t.ex. tal, syn, kroppsvikt, muskelstyrka, gång, smärta, blodtryck etc.
- dels ur grupp- (social-) synvinkel, dvs. aspekter av tillståndet som framför allt har att göra med samverkan med omgivningen i form av autonomi, social funktion och allmänt vårdbehov, t.ex. ADL-funktion, grad av fysisk och social aktivitet, hälso-

relaterad livskvalitet, antalet besök på vårdcentral, antal inläggningar på sjukhus, hur nöjd patienten är med innehåll och form på handläggningen etc.

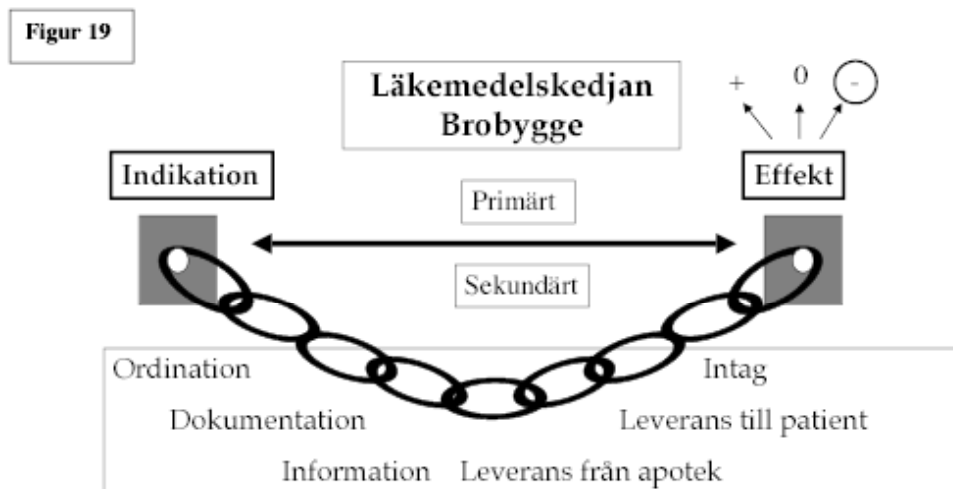
Det finns en koppling mellan individ- och gruppaspekterna av en utvärdering, men den är sällan så entydig som man kanske hoppas. Många mätvärden i äldrevården (t.ex. blodtryck, blodprover, kroppsvikt, muskelstyrka etc.) har en begränsad betydelse för patienten och betecknas därför ofta ”intermediära effektmått” eller ”surrogatmått”. Dessa kan vara av stor betydelse för att beskriva mekanismer för sjukdomsuppkomst eller riskfaktorer av olika slag, men har ett begränsat värde om de inte kombineras med effektmått som verkligen är relevanta för den enskilde patienten. Tidigare har behandlingsforskningen inom en rad olika områden i alltför hög grad ägnat sig åt beskrivning av dylika surrogatmått. Det gäller därför att bestämma vilka individ- och gruppaspekter som verkligen är relevanta för patienten.

Om patienten har flera eller många samtidiga sjukdomar ökar, som ovan nämnts, kraven på utförlig beskrivning av patientens symptomlista och den flerställiga diagnostiken samt en detaljerad beskrivning av alla vidtagna behandlingsmetoder och delkomponenter. Ur utvärderingssynpunkt kommer man att behöva värdera dessa faktorer tillsammans med ovan nämnda exempel på faktorer som rör autonomi, social funktion och allmänt vårdbehov.

Mycket vore vunnet om organisationen av äldrevård i högre grad än nu utgick från behovet av stringent utvärdering av förloppsutveckling över tid samt ev. effekt (positiv, utebliven eller negativ) av olika vidtagna behandlingsåtgärder.

5.5.1 Läkemedelskedjan

Som ett exempel på behovet av relevant utvärdering kan tas behandlingsmetoden ”läkemedel” (”läkemedelskedjan”):



Figur 19 visar att det *primära* vid läkemedelsbehandling är att behandlingen sätts in på grund av en indikation (= skäl till behandlingen) och syftar till påverka något definierat problem (t.ex. smärta, andfåddhet vid hjärtsvikt, inflammation i en led etc.). I äldrevården läggs dock merparten av behandlingskontrollen ned på sekundära kvalitetsvariabler (t.ex. ordination, dokumentation, leverans etc.).

Som exempel på en kvalitetssäkring som tar mycket tid i anspråk kan nämnas signering av utdelade läkemedel, både i kommuner och landsting. Varje enskild utlämnad läkemedelsdos skall enligt föreskrift från Socialstyrelsen signeras (SOSFS 2000:1) och det finns i regel system vid olika vårdenheter för granskning av hur stor andel av alla läkemedelsdoser som signerats. Dilemmat är bara att om man inte samtidigt kvalitetssäkrar de *primära* kvalitetsvariablerna (indikation och effekt) kan en s.k. kvalitetssäkrad *sekundär* variabel i själva verket innebära att man kvalitetssäkrat att patienten fått fel läkemedel. Detta märkliga problem har uppstått av huvudsakligen två skäl:

- Kommunen och landstinget har separata journalsystem vilket medför att de primära kvalitetetsvariablerna hör till landstinget (läkarna) medan de sekundära hör till kommunerna (sjuksköterskor och eventuell delegerad personal).
- Det saknas i regel system för systematisk kritisk granskning av behandlingseffekt i elektivt (= icke-akut) skede. Det finns ingen beställning från arbetsgivaren om detta och det finns heller inget stöd i dokumentationssystemet för att genomföra det.

Inom kommunalt särskilt boende kan det gå till så att läkaren får en bunt Apodos®-listor (Apodos betyder *Apotekets doseringssystem*) från Apoteket och skall på en kort stund ta ställning till förnyelse av hela ordinationen för det kommande året för ett antal äldre, multisjuka patienter. Läkaren har i regel inga realistiska möjligheter att göra en adekvat medicinsk analys av varje enskild patients läkemedelsordination på grund av flera faktorer:

- Det saknas tid för att bedöma varje enskild patient vid ett enskilt samtal (ofta bör även närstående vara med). Även om läkaren skulle tveka inför vissa ordinationer vet han/hon att det ofta blir ett ”projekt” för varje enskilt läkemedel att avsluta en medicinering som pågått en längre tid, särskilt om det gäller lugnande medel och sömnmedel, och har därför en hög tröskel till alla förändringar.
- Det saknas bedömningsunderlag över tid (underlag för förloppsanalys) – skattningsskalor, blodprover, kroppsvikt etc.
- Det saknas ett uppdrag från kommunen/landstinget med reglering av hur bedömning av effekt av pågående läkemedelsbehandling skall göras

Risken är därför stor att läkare förnyar recepten för det kommande året för aktuella patienter enligt argumentet ”ändra ej behandling av välinställd patient” och ”man vet vad man har och inte vad man får”. Inom äldrevården finns dock sällan några ”välinställda patienter” – de befinner sig istället ofta på ett sluttande plan med flera samtidiga, fortskridande sjukdomar och åldersrelaterade, successivt försämrade, organfunktioner (se figur 1).

Bristen på regelbundet återkommande strukturerad kritisk utvärdering av behandlingseffekt är troligen en viktig orsak till den

omfattande polyfarmaci (= behandling med flera läkemedel samtidigt) som förekommer inom stora delar av äldrevården.

5.5.2 "Läkemedelsgenomgångar"

Socialstyrelsen har rekommenderat s.k. "läkemedelsgenomgångar" inom framför allt kommunala särskilda boenden för äldre som en metod att öka kvaliteten i läkemedelsbehandlingen (12). Dessa "läkemedelsgenomgångar" kan gå till så att en grupp vårdgivare bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska/vårdbiträde och apotekare/farmaceut väljer ut 5–10 patienter på ett äldreboende och går igenom deras läkemedelslistor under 1–2 timmar.

Systemet med "läkemedelsgenomgångar" kan därmed betraktas som en ad hoc-lösning på ett problem som uppkommit framför allt inom särskilda boenden för äldre genom att läkare inte fått i uppdrag att genomföra regelbundna "återbesök" = återkommande elektiva (planerade, i icke-akut skede) bedömningar av utvecklingen av de äldre personernas hälsotillstånd över tid.

Som framhållits ovan bör alla äldre patienter ha ett individuellt utformat, integrerat behandlingsprogram som utvärderas systematiskt och kritiskt med regelbundna intervall.

I dessa behandlingsprogram bör det finnas en utförlig, helst förstrukturerad, specifikation till alla de behandlingsmetoder som är aktuella hos den enskilde patienten, t.ex. läkemedel, nutrition, träning, hjälpmedel, socialt stöd, hemtjänst etc. (se ovan). Ur både effekt-utvärderingssynpunkt och pedagogisk synpunkt är det olämpligt att bryta ut just behandlingsmetoden "läkemedel" ur behandlingsprogrammen – poängen är ju att det är fråga om integrerade program som därför måste utvärderas integrerat. I ett framtida system baserat på DBU-metoden behövs inga särskilda genomgångar av just läkemedelsbehandlingen, utan detta ingår i de regelbundet återkommande elektiva bedömningstillfällena.

6 Klinisk forskning hos äldre

En stor fördel med DBU-modellen är att den ger möjlighet till samtidig

- strukturerad klinisk analys av förloppet av olika sjukdomar och effekt av olika behandlingar hos enskilda äldre personer inom reguljär äldrevård
- klinisk forskning
- verksamhetsuppföljning
- kvalitetssäkring
- vårdtyngdsmätning

Detta kan åstadkommas genom att använda en enhetlig, problem-baserad journal på patienterna inom vårdenheten. Bäst vore om hela enheten organiserades inom en Äldrevårdcentral (ÄVC) där vårdtagarna kan erbjudas både öppen och slutna vård inom samma äldrevårdsorganisation.

Som nämnts ovan visar en färsk SBU-rapport att det finns påfallande få vetenskapliga behandlingsstudier för äldre personer över 65 år (8). För åldersgruppen över 75 år finns i stort sett inga behandlingsstudier alls, utan här vilar hela verksamheten på extrapolation från yngre åldersgrupper och på s.k. "beprövad erfarenhet" via lokala behandlingstraditioner. I dessa fall är det givetvis särskilt viktigt att det finns ett system för noggrann utvärdering av behandlingseffekt hos varje enskild vårdtagare. I dagens svenska äldrevårdsorganisation får dock dessa åldersgrupper istället *särskilt lite* systematisk klinisk analys över tid.

Det finns flera viktiga orsaker till att det bedrivits så lite behandlingsforskning inom äldrevården:

- Den uppsplittrade äldrevårdsorganisationen gör det ofta svårt att följa äldre patienter under längre tid (t.ex. ett år).
- Inom äldrevården har vårdtagarna ofta helt olika klinisk problematik, vilket gör det svårt att fokusera behandlingsforskningen på något visst område. De få geriatriska enheter som bedriver klinisk forskning har ofta valt avgränsade områden som kognitiv svikt (demens) eller Parkinsons sjukdom.
- "Multisjuklighet" är ett angeläget forskningsfält med en lång rad intressanta och viktiga frågeställningar, men fältet hämmas av att det ännu ej finns någon kliniskt användbar definition på

”multisjuk” som skulle kunna ligga till grund för klassificering och analys av patienter.

- Det finns inget krav på att verksamhetschefer vid geriatriska kliniker skall vara forskarutbildade, inte ens vid de universitetsanknutna geriatriska klinikerna. Om cheferna i högre grad vore forskarutbildade skulle de i sin egen person kunna utgöra en bro mellan den kliniska reguljära driften och den kliniska forskningen.

Slutsats

Med hänsyn till det oklara kunskapsläget angående behandlingseffekter hos äldre, särskilt över 75 år, finns det skäl till strategiska nationella satsningar för att öka kunskapsnivån.

Referenser

1. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) 1998.
2. Gurner U, Thorslund M. Helhetssyn behövs i vården av multiviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län. Läkartidningen 2001; 98: 2596-2602
3. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2002.
4. WHO. ICD 10. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision 1994
5. Akner G, Lammes E, Rydwick E. Projekt Östergården. Forskningsstött utveckling inom områdena nutrition och läkemedel inom kommunal äldreomsorg. Rapport 2003 (www.aldeforskningnordvast.se)
6. Svenska Kommunförbundet. Aktuellt om äldreomsorgen. Oktober 2001
7. Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet hos äldre. Lägesbeskrivning 2002.
8. SBU. Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget. 2003 (rapporten ligger i fulltext på SBU:s hemsida, www.sbu.se)
9. Steen B, Svanborg A. Geriatrik och långvårdsmedicin. 1989.

10. SOU 2000:86. Socialdepartementet. Den nya läkemedelsförmånen. Slutbetänkande av Utredningen om läkemedelsförmånen.
11. Landstingsrevisorerna, Stockholms Läns landsting. Projekt-rapport: En uppföljning av äldrevården – vad hände sedan? Revisionsrapport 2001 nr 2, s. 9
12. Socialstyrelsen. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:8

Aktuella utredningar om äldrevård

Geriatiken efter ÄDEL.

Ädelutvärderingen 1994:13

Ädelreformen. Slutrapport.

Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:2

Nationell handlingsplan för äldrepolitiken

Regeringens proposition 1997/98:113

Geriatiken i SLL. Uppdrag, organisation, associationsform.

Utredning skriven av Lars Elffors, Stockholms läns landsting, Organisationsutveckling, 1999

Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

Regeringens proposition 1999/2000:149

”Från sjukhusgeriatrik mot fältgeriatrik”.

Rapport från Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN-staben, Primärvårdsutskottet 2000-09-05

Aktuellt om äldreomsorgen.

Svenska Kommunförbundet oktober 2001

Projektrapport: En uppföljning av äldrevården – Vad hände sedan?

Stockholms läns landsting, landstingsrevisorerna, revisionsrapport januari 2001

Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport.

Socialstyrelsen 2002

Ett samlat stöd. Om samverkan kring äldre personers rehabilitering och habilitering.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet 2002.

Fokusrapport: Akut omhändertagande av äldre multisjuka. Steg 2.
Stockholms läns landsting, Medicinskt programarbete 2002

Vård och omsorg för äldre. Analys av problem och förslag till statliga åtgärder.

Riksrevisionsverket RRV 2002:28

Vågar jag bli gammal?

Kristina Färm. SPF Förlag 2003.

Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2002.

Socialstyrelsen 2003

NPS 2003. Hälso- och sjukvårdens tillgång på läkare och sjuksköterskor samt en problematisering av respektive grupps arbetsmarknad.

Socialstyrelsen, Nationella planeringsstödet 2003

Framtidens anhörigomsorg

Sammanfattning av ett underlag för den parlamentariska
Äldreberedningen SENIOR 2005 från Socialstyrelsen¹

¹ Arbetet har genomförts av professor Gerdt Sundström, verksamhet vid Institutet för Gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping och docent Lennarth Johansson, verksamhet vid Socialstyrelsens Äldreenhet. Författarna svarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Framtidens anhörigomsorg – sammanfattning

På uppdrag av kommittén SENIOR 2005 har Socialstyrelsen studerat och försökt belysa omfattning och efterfrågan på anhörigomsorg i framtiden, samt erfarenheter av utvecklingen av samarbetet mellan den offentliga vården och stöd till anhöriga som vårdar en närstående. Genom egna studier, bearbetningar av sociodemografiska data, tillgängliga uppgifter om vård och omsorgsinsatser på befolkningsnivå samt analys av sekundärdata, har ett antal frågeställningar penetrerats.

Föreliggande översikt och analys av äldres anhörigsituation idag och i den näraliggande framtiden har framför allt inriktat sig på äldres makar och makor samt relationen mellan de äldre och deras barn. Detta betyder inte att andra relationer är oviktiga eller att de inte innebär hjälp och stöd till äldre personer. Andra anhöriga än de nämnda är viktiga i omsorgspanoramata, men låter sig inte lika enkelt fångas i tillgängliga data och är trots allt sekundära till partner och barn för många äldre.

Framställningen utgår från tillgängliga uppgifter om hur många anhöriga som gör en vårdinsats och var de finns. Att fastställa vad anhöriga gör i praktiken är betydligt svårare, men i Sverige finns undersökningar som har använts för att belysa detta från 1954 och fram till 2000. De två senaste undersökningarna av äldres levnadsförhållanden och omsorgsmönster, år 1994 och 2000, ger möjlighet att analysera förändringar under en period av kraftigt minskande offentlig omsorg. Det visar sig att anhöriga av alla slag – och särskilt barnen – väsentligt ökade sina omsorgsinsatser för gamla föräldrar/närstående under denna tidsperiod. Även andra material har kommit till användning i föreliggande studie för att belysa det geografiska avståndet mellan generationerna, makars insatser för varandra m.m. Slutligen har vi med en opinionsundersökning sökt klarlägga erfarenhet av omsorg för gamla föräldrar och hur man ser på att själv hjälpa samt balansen mellan vad familjen kan och bör göra och vad som är eller bör vara ett offentligt ansvar.

Familjen och anhörigas insatser för de äldre har länge försumrats i den offentliga debatten eller tolkats i ideologiska termer och med normativa förtecken om vad man förväntar sig att var och en bör göra för sin nästa. Sedan vuxna barns anhörigansvar för föräldrar togs bort ur sociallagstiftningen 1956 och familjelagstiftningen 1979 var den allmänna meningen att äldreomsorg var ett

huvudsakligen offentligt ansvar. Numera erkänns dock vårdande anhörigas insatser och behov av stöd i socialtjänstlagen, samtidigt som andelen äldre som får hemtjänst eller plats i särskilt boende i relation till befolkningen, har minskat över tid. Den internationella forskningen har i stort sett enstämmigt visat att t.ex. allt fler äldre är gifta och allt fler generationer är i livet samtidigt. I vad mån omsorgen idag stödjer anhöriga blir en fråga både om indirekt och direkt stöd. Ett relativt generöst pensionsystem som det svenska och stöd till bra egna bostäder för äldre kan ses som ett indirekt stöd till anhöriga; detsamma kan sägas om ett rikt utbud av bra hemtjänst samt särskilt boende av god kvalitet.

Ensamboendet bland äldre utgör nu ca 40 procent. Samtidigt är allt fler gamla även upp i hög ålder gifta och många har varit gifta länge, vilket illustreras av ett snabbt växande antal guldbrylllopppar. Det är syskon, barn och andra som försvunnit ut ur äldreboendena. Många har dock barn boende i närheten, vilket framgår både av riksundersökningar och lokala analyser av totalbefolkningen. Inget tyder på att kontakterna över generationsgränserna försvagats på senare tid. Ytterst få äldre saknar nära anhöriga och de flesta har någon eller flera av dem i närheten. Fler gamla än tidigare har barn och de blir än fler i framtiden när dagens medelålders kohorter åldrats. Samtidigt finns upplösande tendenser, främst i form av skilsmässor: 10 procent av de äldre är frånskilda.

De flesta gifta med hälsoproblem har en frisk partner och erhåller i allmänhet den hjälp de behöver av den de bor med. Det tycks i absoluta tal finnas lika många män som vårdar sin fru, som omvänt. Beräkningar har gjorts av "omsorgsvolymer" för nyblivna änkor och änklingar, med uppgifter om andel som behöver hjälp och hur länge samt om den ges av partnern. Trots att betydligt fler kvinnor än män förlorar sin partner får kvinnornas större och långvarigare funktionsnedsättningar ett kraftigt genomslag i den totala omsorgsvolymen. Beräkningar visar att männen utför minst lika många "vårdår" för hustrur som hustrurna för makar vid livets slut. Omsorgen makar emellan dessförinnan vet vi mindre om, men det finns indikationer på ökad jämställdhet mellan könen på äldre da'r. Generellt är äktenskapets omsorgskapacitet förbisedd, både socialpolitiskt och inom forskningen. Gifta och samboende äldre nyttjar mindre offentlig omsorg, speciellt särskilt boende. Detta gäller särskilt män och framför allt i den tidigare ålderdomen. Äldre som bor ensamma och behöver hjälp specialstuderas i rapporten: här framgår att barn är den enskilt största hjälpargruppen och att

deras insatser ökat kraftigt under 1990-talet. Det är särskilt döttrarna som ökat sina insatser, medan hemtjänsten minskat.

Anhöriginsatserna för äldre har ökat och en attitydundersökning bland medelålders och äldre svenskar ur alla samhällsskikt och miljöer visar stor beredvillighet att hjälpa gamla föräldrar, i den mån man inte redan gör det. När ingetdera är fallet, förklaras det i allmänhet med att man inte kan, till följd av olika praktiska hinder. Förvärvsarbete är ett betydligt mindre hinder än geografiskt avstånd, både för män och kvinnor.

Beträffande stöd till anhörigvårdare har staten under de senaste åren med extra medel försökt stimulera kommunerna att utveckla detta stöd. Resultaten från denna satsning har uppfattats som överlag positiva och har väsentligt bidragit till att man uppmärksammat de anhörigas situation och tydliggjort deras behov av stöd. I många kommuner har också möjligheterna att få hjälp blivit bättre. Detta skall dock ses mot bakgrund av att i somliga kommuner hade anhörigstödet tidigare en mycket blygsam omfattning. Därtill finns fortfarande mycket att göra när det gäller kvaliteten och innehållet i de stödsatser som erbjuds de anhöriga. Inte så sällan tackar anhöriga nej till erbjuden hjälp för att kvaliteten upplevs som undermålig, i kombination med att hjälpen är för dyr, eller att den erbjuds på ett sätt som är svårtillgängligt för de anhöriga. Trots en ökad uppmärksamhet på de anhörigas situation finns det ännu inga uppgifter om i vilken utsträckning offentlig hjälp når alla anhöriga som behöver hjälp. Det saknas i allmänhet system för en fortlöpande uppföljning av effekterna av stödet till de anhöriga.

Ett försök att belysa effekterna av ett stöd till anhöriga som vårdar närstående i hemmet redovisas i en studie från Varbergs kommun. I Varberg har man under de senaste åren systematiskt byggt upp ett mer generöst och lättillgängligt stöd till anhöriga. Med tiden har också ett antal anhöriga kommit att lämna sin aktiva vårdarroll bakom sig, därför att vårdtagaren endera avlidit eller flyttat från hemmet till särskilt boende. Av drygt 70 personer i denna situation, var det möjligt att nå 50 anhöriga som intervjuades angående sina erfarenheter av att vårda och framförallt beträffande deras syn på den hjälp man fått från kommunen. Resultaten från studien visar att de anhöriga gav kommunens stöd ett mycket gott betyg. En majoritet anger att om de ej hade fått detta stöd hade kommunen sannolikt få gå in med betydligt större insatser, endera med hemtjänst eller genom att ordna en plats i särskilt boende. Det som har varit ryggraden i kommunens anhörigstöd har varit er-

bjudandet om kostnadsfri avlösning i det egna hemmet upp till - 12 timmar per månad. Avlösningens insats ges inom ramen av en individuellt utformad stödplan, som upprättas av kommunens anhörigombud i dialog med den anhörige. Stödinsatserna till anhöriga utesluter inte att vårdtagaren får vanliga hemtjänstinsatser. Slutsatsen från denna studie är att mycket står att vinna med ett mer generöst stöd till anhöriga och Varbergserfarenheterna visar hur detta kan ske. Ett utbyggt och lättillgängligt stöd av god kvalitet, kan förbättra både vårdtagarens och de anhörigas livskvalitet, samtidigt som det innebär ett bättre utnyttjande av kommunens resurser för vård och omsorg.

Beträffande framtidens anhörigomsorg och utökade möjligheter till vård i det egna hemmet är det många som fäster stora förhoppningar vid den teknikutveckling som pågår på området. Vanligtvis har dock detta inte diskuterats utifrån de anhörigas perspektiv, vilket kan te sig märkligt, med tanke på vilken central roll anhöriga spelar för att möjliggöra kvarboendet och vården i hemmet. Många av de hjälpmedel som utvecklats innebär naturligtvis ett indirekt stöd till de anhöriga, genom att de underlättar vården och omsorgen om vårdtagaren. I denna rapport återges ett utvecklingsprojekt som haft till syfte att med modern teknik – dator, multimedieinformationsprogram och bildtelefoni – ge information, utbildning och stöd för att underlätta för anhöriga att ha kontakt med vårdpersonal och andra anhöriga i samma situation. Erfarenheterna från detta projekt pekar i riktning mot att man med modern IT-teknik kan underlätta åtskilligt för de anhöriga, framför allt genom att stärka deras sociala nätverk. Den ofta förekommande ensamhetskänslan bland anhöriga som vårdar, liksom behovet av att kunna fråga någon till råds eller att byta erfarenheter i vårdrollen, kunde med hjälp av denna teknik tillgodoses. I ett framtidsperspektiv finns således många spännande möjligheter och teknikutvecklingen kommer att fortgå av egen kraft eller med kommersiella drivkrafter. Det vore önskvärt att även anhörigas behov av stöd i olika former skulle kunna bidra till utvecklingen. Ofta är emellertid det största hindret att man i den offentliga vården inte ser möjligheterna i teknikutvecklingen eller än mindre är beredd att ta kostnaderna för detta.

I författarnas uppdrag ingick också att försöka fånga utvecklingstendenser när det gäller anhörigstöd i bred mening och om möjligt försöka hitta goda exempel på hur man i andra länder arbetar med frågan. Utan tvekan har frågan om familjens och an-

hörigas ansvar för vård och omsorg om äldre eller andra hjälpbehövande kommit allt högre upp på den socialpolitiska dagordningen i många länder. Liksom i Sverige försöker man på många håll stärka de anhörigas ställning, förbättra det ekonomiska stödet till familjen och ge ett mer direkt samhälleligt stöd till familjer som vårdar anförvanter i hemmet. På samma sätt som i Sverige har man således i flera länder – t.ex. i Storbritannien, Nederländerna och Finland – tagit särskilda initiativ på statlig nivå för att stärka de anhörigas ställning. Utvecklingen har också drivits på genom att anhöriga i många länder organiserar sig, för att gemensamt driva sin sak. Anhörigorganisationerna har också en viktig roll när det gäller att hjälpa enskilda anhöriga med information, råd och personligt stöd.

Givet de i allmänhet stora svårigheterna att hämta hem och omsätta erfarenheter från utomnordiska länder på detta område, kan man dock konstatera att anhörigstödet i många länder har en stark subsidiaritetsprägel. Med detta menas att stödet framförallt är av ekonomisk natur, och inriktat på att stärka det vårdande hushållets och familjens ekonomiska situation. Det kan ses både som en ersättning för de vårdinsatser som familjen förväntas stå för, som en kompensation för förlust av förvärvsinkomst och som en möjlighet för familjen att köpa nödvändig hjälp på marknaden. Här finns alltså inget ansvarstagande från det offentliga sida förrän familjens resurser är helt uttömda eller frånvarande. Denna ordning ter sig främmande i ett svenskt perspektiv, men samtidigt finns det likheter med dessa system och de system för äldrepening eller anhörigpening, som ibland framförs i den svenska debatten. Det som kan vara mer direkt överförbart till svenska förhållanden handlar om olika intressanta försök att utveckla samarbetet mellan den offentliga omsorgen och frivilliginsatser, till stöd för anhöriga.

Beträffande framtidens anhörigomsorg, om det kommer att finnas några hjälpande händer och om man från samhällets sida – genom att underlätta för anhöriga som vårdar – kan få anhöriga att fortsätta att vårda i samma omfattning som idag (eller mer), kan avslutningsvis sägas följande. Det förefaller rimligt att förmoda att omsorgen inom äktenskapets och samboförhållandets ramar, även i framtiden kommer att vara av samma omfattning som tidigare. Däremot är det mer svårt att uttala sig med bestämdhet om potentialen av insatser från barn och andra närstående som ej sammanbor med den hjälpbehövande, trots att vi sett dem öka kraftigt under 1990-talet. Något som man bara kan spekulera om är förstås under

vilka villkor som denna omsorg ges eller mottas. Om den hittillsvarande utvecklingen fortsätter och det även i framtiden blir allt svårare att få tillgång till offentlig vård och omsorg, kan detta skapa stora spänningar mellan generationer och i samhället i stort.

När det gäller samhällets möjligheter att med olika insatser underlätta för anhöriga som vårdar, pekar erfarenheterna på att mycket kan göras, till stort värde och utan större kostnader. Men detta kan inte tas som intäkt för att lägga ett än större vård- och omsorgsansvar på familjen och anhöriga. Det är överhuvudtaget tveksamt om man med insatser från samhällets sida kan påverka familjens och anhörigas benägenhet att vårda. Å andra sidan finns en risk för – om inte samhället stödjer de anhöriga – att de anhöriga exploateras. Samhället kan underlätta för de anhöriga och förebygga att anhöriga blir utslitna. Här finns ett stort socialpolitiskt dilemma; att ersätta familjens och anhörigas insatser med offentlig omsorg är varken möjligt eller önskvärt. Omvänt betyder detta att om anhörigas benägenhet att vårda skulle avta, skulle välfärdssystemet på detta område rämna. Däremot kan samhället befrämja anhörigomsorgen, genom att upprätthålla nivån och kvaliteten på den omsorg som riktar sig till vårdtagarna, samtidigt som ett särskilt stöd ges till anhöriga.

Med tanke på anhörigomsorgens omfattning och betydelse i vårt samhälle, är det nödvändigt och väsentligt att den ges en mer central roll i diskussionen om hur framtida vård- och omsorgsbehov i befolkningen skall tillgodoses och finansieras. Varje sådan lösning måste beakta att äldreomsorgen i allt väsentligt under de senaste årtiondena varit ett partnerskap mellan samhället och familjen och att framgångsrika lösningar måste bygga på denna grundval.