

PROGRAMBEREDNINGEN HUR OLIKA FÅR DET BLI?

Äldreomsorgens variationer

UNDERLAGSRAPPORT



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting beslutade i juni 2012 att inrätta en programberedning om "Hur olika får det bli?". Beredningen fick i uppdrag att belysa skillnader i kvalitet och service mellan kommunernas respektive landstingens verksamheter och att göra en värdering av när dessa är bra respektive blir "oacceptabelt" stora. Syftet var att ge underlag för en samlad politisk diskussion om hur kommuner och landsting ska möta de ökade kraven på likvärdighet och om utrymmet för skillnader inom kommunala verksamheter. Beredningen har bland annat diskuterat olika typer av skillnader och hur dessa kan förklaras samt beskrivit viktiga skillnader inom hälso- och sjukvård, utbildning, äldre- vård, funktionshinder samt individ- och familjeomsorg med fokus på sådana skillnader som direkt berör medborgarna. Beredningens slutsatser och förslag redovisas i rapporten *Hur olika får det bli?*

Beredningen har i sitt arbete uppdragit till professor emeritus Gerdt Sundström från Hälsohögskolan i Jönköping, också sakkunnig för Sveriges Pensionärsförbund (SPF), att ta fram en rapport som belyser skillnader inom äldreomsorgen och hur dessa utvecklats över tid. Uppdraget har resulterat i denna rapport, *Äldreomsorgens variationer*.

Från beredningens sida vill vi tacka **Gerdt Sundström** för en synnerligen intressant rapport, och vi vill gärna bidra till dess spridning. Vi är övertygade om att innehållet är av stort värde för alla med intresse för svensk välfärd i allmänhet och äldreomsorgen i synnerhet. Det är vår förhoppning att rapporten kommer att bidra till ökad kunskap och förståelse om förutsättningarna för en kvalitativt god äldreomsorg.

Stockholm i april 2014

Jonas Ransgård,

Ordförande i programberedningen Hur olika får det bli?

Innehåll

Den offentliga omsorgens långa historia i Norden	5
Demografi och omsorg	10
Omsorgens lokala variationer	11
Omsorgsbehov: nutidshistoriska och geografiska aspekter	13
Omsorginsatser och samverkan mellan anhöriga och kommunen?	16
Har den offentliga äldreomsorgen verkligen skurits ned?	18
Genomsnitt och livslopp	21
Sammanfattande diskussion	23
Referenser	25

Äldreomsorgens variationer

Att den offentliga äldreomsorgen varierar lokalt, kvantitativt och kvalitativt samt i vad den kostar, är knappast någon nyhet. Nästan alltid antar man att detta innebär olika utfall för äldre med hjälpbehov beroende på var de bor, det vill säga hur bra deras kommun sköter sitt uppdrag. Men är det sant att utfallet varierar och hur vet man det? Är till exempel äldreomsorgen ”bättre” i de små samhällena och på landsbygden, det vill säga når det offentliga där bättre fram till de hjälpbehövande och får de mer hjälp och stöd av sina anhöriga, grannar med flera?

Och har omsorgen krympt i förhållande till behoven, den offentliga i besparingstider och den som ges av alltmer tidspressade anhöriga, som dessutom förmodas ”fylla ut” det som tidigare gjordes av det offentliga? Och hur förhåller sig insatserna till behoven, som kan variera både i tid och rum?

Kring dessa teman finns det gott om föreställningar och anekdotiska exempel, inte sällan med en pessimistisk underton. I det följande ska jag ge en bild av utvecklingen, så långt möjligt underbyggd med äldre och nyare data och med glimtvisa internationella utblickar. Debatten om lokala variationer i omsorg och vård är ingalunda enbart svensk, utan lika livlig i grannländerna och i till exempel Frankrike, Spanien och England samt USA. Med ”äldre” avses fortsättningsvis gruppen hemmaboende 65+, om inget annat sägs.

Den offentliga omsorgens långa historia i Norden

Den nordiska (och engelska) lösningen av fattigvården förutsatte en stark centralmakt som kunde genomdriva den lokalt, men också att det vardagliga hanterandet av uppbörd och fördelning av fattigvårdens resurser lämnades i något så när villiga, lokala händer. En stark stat och starka lokala enheter var varandras förutsättning. Naturligtvis var och är de lokala variationerna betydande, som vi senare ska se, men nationell enhetlighet med betydande utrymme för godtycke och lokala variationer

var och är den politiska grunden. Detta var på sin tid ett betydande framsteg, men innebar också problem som vi fortfarande lever med.

Kyrkan gav redan under tidig medeltid förutsättningar för den moderna staten genom sin vidsträckta, byråkratiska och regelstyrda administration, som länge var den ende leverantören av folk med utbildning. Därifrån kom också viktiga impulser till offentliga motsvarigheter och framväxande lagstiftning, där alla var åtminstone i princip lika inför lagen. Ett mer sentida exempel, väl synligt för allmänheten, var när i mitten på 1800-talet en änka efter en landshövding befann sig på fattighuset i Mulseryd. Den adlige maken tycks ha entledigats från sin befattning efter oegentligheter och sedan rymt fältet. För en mer detaljerad bild av äldreomsorgens historiska arv hänvisas till andra källor (Odén 2012; Sundström 2012 och mina kapitel i läroboken Äldre och åldrande. Gotthia Förlag 2011 respektive kapitel 7 i Socialgerontologi. Studentlitteratur 2013).

Det viktiga i vårt sammanhang är att Norden har en mycket gammal tradition där fattigvård och, senare, äldreomsorg är en fråga som vi löser lokalt med lokal finansiering, gemensamt, systematiskt och i ordnade former med behovsbedömning. Detta är för oss så självklart att vi sällan reflekterar över det och talar om "äldreomsorgen" när vi faktiskt bara avser den mindre, offentliga delen och om "samhället" när vi avser staten. Betydelsen av detta arv kan knappast överskattas. Lösningssmodellen har visat sig livskraftig och har många fördelar jämfört med alternativa utformningar i utomnordiska länder. Det stora inslaget av non-professionalism i offentlig svensk omsorg var och är ett visst bekymmer men bär samtidigt vittnesbörd om traditionen och den folkliga förankringen. I en kartläggning av ålderdomshemmen i Jönköpings län 1969 hittade man till exempel hem där både föreståndarinnan och all personal saknade varje form av utbildning för yrket.

Å andra sidan är utbildning och professionalism ingen garanti för god omsorg: Skandalen med vanvården och dödsfallen på ålderdomshemmet i Brunflo ledde till 1952 års Åldringsvårdsutredning och ny inriktning på politiken med "hemvård istället för vårdhem", ett krav som då länge drivits av pensionärsorganisationerna. Men den uniformerade föreståndarinnan i Brunflo, fröken Berglund, hade den rekommenderade utbildningen och hölls i det längsta om ryggen av ansvariga lokala myndigheter. Sverige satsar 3 procent av BNP, proportionsvis mer än något annat land, på den handfasta äldreomsorgen. Berättigad kritik finns, men alternativa organisationstyper i andra länder som kantrar i snålhet, paternalism eller byråkrati väcker inte heller entusiasm.

En annan förutsättning för den moderna omsorgen var kyrkans betoning av kärnfamiljen och individen. Relationer fick allt tydligare inslag av kontrakt och jord blev alltmer en handelsvara, på bekostnad av tillskrivna relationer, främst släkten. Redan på 1200-talet finner man i England motsvarigheter till våra undantagskontrakt – numera försvunna

hos oss men fortlever i tusentals fall i Norge – och många hushåll hade kärnfamiljskaraktär redan då. Betoningen av individen och egenansvar blev än tydligare under den protestantiska eran. Själens frälsning blev alltmer en privatsak; envar skulle tillägna sig bibeltexten på sitt modersmål och själv träda i förbindelse med Gud, vilket krävde läskunnighet som sedermera kunde användas även för mer omstörtande läsning. Efter reformationen ökade statens intresse för fattigvården, där sjuka och äldre medellösa personer som saknade anhöriga eller där dessa inte kunde/ville ta hand om dem alltid var ett stort inslag, men även andra togs omhand. Ibland upplevdes de fattiga som störande och man såg gärna att de kontrollerades.

Kyrkoordningen 1571 fastlade definitivt enheten mellan stat och kyrka, det vill säga symbiosen mellan världslig administration och religiöst liv, men där staten ändå hade överhanden också innan staten så småningom helt sekulariserades. Centralt försökte man hitta mekanismer för att kontrollera den lokala måluppfyllnaden i de 2 500 socknarna, både ”uppifrån” och ”nedifrån”. Vid sina visitationer kontrollerade biskopen noga hur socknen skötte fattigvården, långt före 1900-talets fattigvårdsinspektörer och socialkonsulenter. I till exempel Jönköping besökte två rådmän regelbundet hospitalet för att efterhöra om hjonen hade några klagomål. Givetvis var uppfyllnaden inte alltid så god och en del socknar misskötte sina åligganden. I en landsomfattande inventering 1829 som analyserats först i modern tid framgick skillnaderna tydligt, både volymmässigt och kvalitativt (Skoglund 1992). En del socknar (drygt var tionde) hade enligt sin egen uppfattning inte några fattiga vilket ibland kan ha varit sant, i en annan hade man på grund av virkesbrist (!) inte kunnat bygga det fattighus man ända sedan 1571 skulle ha haft osv. Redan på 1600-talet fick Sverige–Finland de administrativa domstolar vi fortfarande är ensamma om (Tyskland har dock en liknande ordning) och där man kan överklaga beslut inom fattigvård/socialvård, vilket för övrigt sker i växande grad. I Danmark och Norge måste man stämma sin kommun till domstol vilket givetvis är mycket ovanligt. I Danmark har pensionärsorganisationen AeldreSagen engagerat sig för principiellt viktiga individärenden och drivit dem till domstol, för tiden till exempel i ett mål mot Køge kommun som av besparingsskäl vill göra generella nedskärningar av hjemmehjelpen, som (än så länge) är gratis i Danmark (www.aeldresagen.dk: ”Opbakning i Køge-saken”).

År 1862 tog de nya kommunerna över fattigvården, vanligen med samma geografiska avgränsning som socknen fram till 1952. I början av 1900-talet, då 9 av 10 svenskar fortfarande bodde på landsbygden, saknade var tionde kommun ännu ordnad fattigvård och man finner exempel på att godsägare, brukspatroner med flera sökte utforma fattigvården till egen fördel. På 1940- och 1950-talen byggde åtminstone de större landskommunerna särskilda kommunalkontor; tidigare förvarades protokoll med mera i hemmet. *Handskrivna* fattigvårdsprotokoll bevaras till exempel

från Älekulla 1951, som jag beskådat rörande den skandal på ålderdomshemmet där som Ivar Lo-Johansson beskrev (1952). Ibland var nog den kommunala förvaltningen väl lättsinnig, såsom i ett fall där man manipulerade bokföringen för att få skatteutjämningsbidrag och bokföringen dessutom var så bristfällig att revisorn hos länsstyrelsen anhöll att man rev upp beslutet om ansvarsfrihet. Verifikationer saknades, huvudboken hade raderingar och fattigvårdsstyrelsens ordförande hade kassan hopblandad med sina egna pengar när revisorerna skulle granska kassan: "Han framtog därvid sin plånbok och yttrade: – Här är en tre–fyra tusen. Jag hoppas att det räcker åt herrarna. –" (Aftonbladet 20 maj 1943: "Säregna förhållanden i Saxtorps kommun"). Bortsett från sådana inslag i verksamheten, är transparensen i den nordiska kommunalförvaltningen ytterst värdefull, vilket lätt inses vid jämförelser med andra länder med slutna, byråkratiska system.

Man bör kanske inte överdriva den historiska kontinuiteten – socialpolitiska strävanden i början av 1900-talet och gynnsam ekonomi har ju också spelat in – men den är viktig för att förstå dagens situation och varför den offentliga förvaltningen har så pass stort förtroende i befolkningen, synligt till exempel i vår relativa villighet att betala personlig skatt, som ju för de flesta är enbart kommunal. Sett i dagens större sammanhang är den nordiska (och engelska) traditionen viktig genom att den unika, till största delen kommunalt finansierade välfärden har en "självreglerande" karaktär. Kommunerna kan inte på sikt spendera mer än inkomsterna, vilket också underlättar kommunikationen med kommuninvånarna/skattebetalarna, jämfört med ordningar där pengarna kommer från överordnade organ såsom i Spanien och Frankrike. Men beroendet av den egna förmågan var först ett bekymmer i en äldre tid utan skatteutjämning där fattiga kommuner skulle sörja för dem som hade det allra svårast. Förhållandena på fattighusen var inte alltid de bästa med dåtidens (?) "klientelblandning", men kanske måste bedömas utifrån tidens förutsättningar. Även barn växte upp i miljön, vilket skildrats självupplevt och gripande i Åke Wassings kända bok *Slottet i Dalen* och av Karl Jonsson i hans mindre kända *Fattighuset* (om ålderdomshemmen i Bollnäs respektive Oviken).

Fram till 1956 gällde ju försörjningsplikt vis-à-vis gamla föräldrar (och vuxna barn) som inte klarade sig själva, även om redan 1909 års pensionskommitté konstaterade att många familjer hade svårt att klara detta på grund av omflyttning och modernisering. Det var för övrigt inte ovanligt i äldre tid att socknen/kommunen ersatte anhöriga för att vårda närstående, ungefär som de så kallade anhörigsamariterna som var vanliga på 1960- och 1970-talet. Kanske hade inte anhöriga heller alltid lust att hjälpa? Historikern Alma Söderhjelm uttryckte den tanken 1946 på sin egen ålderdom (hon dog året efter, ensam på Saltsjöbadens Badhotell):

"Det är – inte uteslutet att man även hos oss kan få se exempel på en pliktuppfyllelsens generositet mot en gammal mor eller far,

sådan man i vårt kalla klimat inte väntar att finna den. – Men de äro att hänföra till de undantag, som livet alltid har i reserv, kanske mest för att styrka själva regeln och fästa dess existens och betydelse i vårt minne.”

Hur är det egentligen med befolkningens ansvarstagande för äldre och andra närstående? Detta har länge intresserat både allmänhet och myndigheter även om kännedomen om gällande lag inte alltid är tillstädes:

1. Åligger det barnen att betala för sin far å ålderdomshem, när det ena har dålig inkomst och det andra drages med stora utgifter? 2. Kan ålderdomshemmet göra anspråk på deras morsarv?

Svar: 1. Barnen äro underhållspliktiga gentemot fadern i mån av förmåga. 2. Ja.

(”Juridiska frågespalten”, Husmodern 42/1942).

För att få klarhet i frågan gjorde 1928 års pensionsförsäkringskommitté en rundskrivelse till ett representativt urval av svenska kommuner (204 stycken) där fattigvårdsstyrelsens ordförande fick bland annat besvara frågor om hur anhöriga skötte sitt ansvar. Svaren har sitt intresse, som ett exempel visar:

”50 procent av barn fordra att gamla arbetsamma föräldrar skall så länge något sparkapital finnes lämna ifrån sig till barnens fromma hus och inventarier förvandlas till penningar och då allt är slut får socknen taga hand om de gamla barnen resa bort till en stad fortsetta der att med lättja och nöje några år, beroende på slapp uppfostran, reda sig, men blir snart beroende av fattigvården eller hemsamhällets omhändertagande på ett eller annat sätt. – våra moderna fattigvårdsanstalter är nog så inbjudande jämfört med egna ovårdade hem, varför skattedragarnas uppoffringar anlitas mer och mer.”

B. Karlsson, Tvings kommun /ordagränt avskrivet/ (SOU 1932: 36 och egna excerpter ur kommissionens material i Riksarkivet).

Temat om moderniseringen som orsak till ökade omsorgsbehov återkom i 1952 års Åldringvårdsutredning (SOU 1956:1) som trots detta konstaterade att huvuddelen av all omsorg gavs av anhöriga. Efter Ivar Lo-Johanssons kampanj mot vanvården av äldre och ålderdomshemmen som den enda lösningen på åldringvården och det stora folkliga gensvaret lät utredningen nämligen göra en intervjuundersökning med drygt tusen riksrepresentativa äldre (0,3 % bortfall!), världens äldsta bevarade av det slaget. Intervjuerna finns med namn och adress i SCB:s arkiv och är en guldgruva med bland annat sin tydliga bild av den misär som många äldre levde i vid den tiden. Även i senare utredningar ekar synen på moderniseringen som en viktig orsak till behovet av offentlig hjälp. En alternativ och mer övertygande tolkning är att de offentliga stödssystemen frigjort individerna från filantropi och mer eller mindre trånga,

personliga band, som ersatts med ett beroende av ”det allmänna” (Berggren & Trägårdh 2006).

Det var dock trögt före när pensionärsorganisationerna och olika debattörer ville modernisera själva omsorgen, eftersom hemtjänst inledningsvis ansågs vara opraktisk (!) och alltför dyr. Den hjälp till hemmaboende äldre som fanns var oftast privat organiserad av kvinnoorganisationer, Röda Korset och andra. Efter omsorgsskandalerna i början av 1950-talet och pådrivna av Åldringsvårdsutredningens betänkande tog kommunerna en aning motvilligt över dessa initiativ, vilka således liksom de privata sjuk-kassorna församhålligades i början av 1950-talet. Det är för övrigt en lång tradition att nya initiativ inom socialvården inte tas av myndigheterna utan av olika frivilligorganisationer, såsom när Centralförbundet för socialt arbete (CSA) i början av 1900-talet satte fattigvården under debatt och Svenska Fattigvårdsförbundet började utbilda personal för äldreomsorgen med mera.

Demografi och omsorg

En omständighet som ofta förbisätts i utredningar kring omsorgen är (äldre) människors rent demografiska situation, det vill säga om man alls har anhöriga och hur ”tillgängliga” de är, det vill säga var de bor. Det är föga känt att Sverige och övriga Norden intill nyligen hade en extrem demografisk situation med internationellt sett mycket hög andel ogifta och barnlösa i befolkningen. På 1920–1930-talen gick mer än en femtedel av befolkningen – högst bland kvinnorna – in i ålderdomen som ogifta (aldrig gifta) och givetvis (på den tiden) oftast barnlösa, vilket man lätt kan övertyga sig om i äldre årgångar av Statistisk Årsbok (lättåtkomliga på www.scb.se). Så var det fortfarande på 1950-talet, avspeglad i ovan nämnda undersökning. Föga förvånande var det framför allt denna grupp av socialt och demografiskt underprivilegierade som återfanns inom fattigvården, vilket också framgår av dåtida kartläggningar såsom den skickligt gjorda ålderdomsinventeringen 1938 (SOU 1940:22). Den gav bland annat exakta uppgifter om ”omsättning” och vistelsetider, information som vi ännu saknar för dagens vårdtagare. Man kan dock konstatera att ensamstående (ogifta, änkor och änklings) dominerar stort också bland dem som flyttar till *dagens* äldreboenden. En legal omsorgsplikt finns fortfarande för gifta och Socialstyrelsen har nyligen utvidgat omsorgsförväntningarna till att avse alla som bor tillsammans, något som snabbt togs in i en del kommunala regelsamlingar (Meddelandeblad 4/2013.)

Efter hand har den demografiska kartan ritats om, genom att de som trädde ut i vuxenlivet på 1940-talet och senare nästan alla bildade familj och fick egna barn: 1954 var cirka 23 procent av de äldre barnlösa; över hälften av äldre födda kring 1880 hade 0, 1 eller högst 2 barn, värt att betänka inför bilden av att ”alla” hade så många barn ”förr”. Att det inte var fallet inses lätt eftersom befolkningen visserligen ökade, men inte så

snabbt som skulle ha varit fallet om alla haft tio barn... Idag är cirka 12 procent av de äldre barnlösa, en dramatisk förbättring på historiskt kort tid och andelen är ännu lägre i de åldersgrupper som snart blir pensionärer. Andelen gifta och långvarigt gifta – antalet guldbrylllop har växt lavinartat under lång tid – ökar och därtill har allt fler äldre en sambo (5 %) eller annars en särbo (cirka 7 %). Aldrig förr har så många haft så många anhöriga som idag. Analyser av SCB:s ULF visar att äldres chans att få anhörigomsorg ökar kraftigt med antalet nära anhöriga (partner, barn, syskon), liksom för den delen också risken att bli givare av anhörigomsorg, ofta för andra äldre personer. I genomsnitt 20 procent av de äldre är omsorgsgivare, bara något fler (22 %) är idag (2009) i behov av omsorg enligt SCB:s mätningar av så kallade ADL-funktioner (nedan).

Ytterst få äldre bor tillsammans med barn (och avvisar detta boendeanternativ i enkäter) men många har barn boende i närheten, med vissa geografiska variationer (Alm Stenflo 2006). Detta har tydligen åtminstone till en del varit förenligt med att ungefär en tiondel av svenskarna flyttar över en församlingsgräns varje år, mer under goda år, mindre i svagtid. Det har man gjort alltsedan befolkningsstatistikens början år 1749.

Näst maka/make (omsorgsgivare båda lika ofta, i absoluta tal) är barnen viktigast som informellt stöd (nedan). I äldre tid var det betydligt fler som bodde med barnen, men det var inte ovanligt att alla barn var utflyttade till andra socknar eller, inte sällan, avlidna när föräldrarna kom upp i ålderdomen (analys av förlust av barn 1749–1900 i undertecknads med flera pågående arbete. Exempel hos Odén 2012 och i Jonsson 1971). Med den tidens kommunikationer var kanske hälften av de äldre utan ”funktionella” barn.

Den informella omsorgen – huvudsakligen nära anhöriga – varierar obetydligt geografiskt, enligt både svenska och utländska (till exempel norska) undersökningar. Visserligen fann en kartläggning i Jönköpings kommun att gruppen 80+ fick mer hjälp av anhöriga och andra på landsbygden, men det var vanligen med ting som inte krävde hjälp i kommunens urbana del, såsom snöröjning och hjälp att komma till butiken (Socialstyrelsen 1996).

Omsorgens lokala variationer

Den offentliga omsorgen kommunala variationer har vi god och lättillgänglig information om sedan början av 1980-talet och de kan följas längre tillbaka i arkiven. Sedan kan man fråga sig om och hur den tidigare statistiken och dagens Öppna jämförelser används ute i kommunerna. Författaren erinrar sig hur han för kommunledningen i X-by visade utvecklingen för deras äldreomsorg sedan 1980-talet under jämförelse med riksgenomsnittet med mera: Åhörarna fann det ack så intressant, men var hade jag fått tag på de här uppgifterna..? Och nyligen motiverade man stängning av kostsamma äldreboenden i Jönköpings kom-

mun med att man med 6 procent av de äldre i särskilt boende låg något över riksgenomsnittets 5 procent. Några överväganden kring behoven anfördes inte (Jönköpings-Posten bland annat 25.8.2012).

På 1980-talet och senare försökte vi ”förklara” de lokala variationerna i kommunal äldreomsorg med hjälp av ”strukturella” variabler (variabler på kommunnivå) som politik, kommunal ekonomi, åldersstruktur med mera. För att fånga ambitionsnivå och ”social vakenhet” medtogs även om man sökt innovationsmedel och barnomsorgens nivå, andel kvinnor i kommunfullmäktige etc men alla parametrar gav mycket litet i analyserna. Det var inte heller så att hemtjänsten var mer utbyggd när institutionsvårdens nivå var lägre, det rådde nollsamband mellan dessa insatser åtminstone på den tiden. Däremot visade det sig att nivåerna tenderade att vara stabila över tid, vilket framstod som begripligt i våra senare analyser (nedan).

Det misstag vi, liksom många andra, gjorde var att anta att behoven är ungefär likadana och lika stora i de enskilda kommunerna och antagandet att ”strukturen” kan förklara måluppfyllnaden. Men man måste också beakta kommuninvånarnas individuella behov som varierar från kommun till kommun. Helst borde man också inkludera hur den offentliga omsorgen lokalt organiserar och löser sin uppgift, vilket kan variera men är svårare att fånga.

Andelen äldre som bor ensamma och faktorer som nedsatt rörlighet och ohälsa varierar mycket lokalt. Det är kanske inte förvånande att proportionsvis fler äldre är vid god hälsa *och* har en partner, som också är vid rimlig vigör i välbärgade storstadsområden, jämfört med glesbygdskommuner med en helt annan demografisk och klassmässig karaktär. Totalt sett varierar andelen som bor ensamma *och* har ADL-behov påtagligt mellan kommunerna. För att utfallet ska bli likartat behöver därför insatserna variera i motsvarande mån.

I en analys för Socialdepartementet kom vi något längre än man kan med aggregerade uppgifter på kommunnivå, genom att klarlägga att hemtjänsten tydligt samvarierade med andelen ensamboende äldre: Som bekant är de flesta som använder hemtjänst just ensamboende (Berg & Sundström 1990). Detta ledde till att denna faktor en tid införlivades med skatteutjämningsformeln, baserat på andelen ensamboende i 1990 års folkräkning, tyvärr vår sista. De ensamboendes eventuella hjälpbehov var och är förstås okänt utifrån sådana aggregerade uppgifter, men man kan misstänka att andelen ensamboende samvarierar med hälsotillståndet i den äldre befolkningen. Nu kan man använda det nya lägenhetsregistret på SCB:s webbplats för att utröna till exempel andelen ensamboende äldre. Den varierar ganska mycket, med till exempel 42 procent i Stockholm och 29 procent i Mullsjö, vilket förstås får – eller borde få – konsekvenser för både offentlig omsorg och anhörigas insatser. I en tidsserie framgår att ensamboendet steg under hela efterkrigstiden, från 35 procent 1945 till omkring 40 procent i början av 1990-talet, för att

därefter minska till dagens (2012) nivå, åter 35 procent (Sundström 2014).

Med hjälp av ULF 2002–2003 kunde vi senare dock ta analysen ett steg längre, eftersom intervjupersonernas kommunhemvist är känd i materialet och då kan kopplas med statistiska data om äldreomsorgens nivå i just deras kommun, med begränsning till hemmaboende äldre och hemtjänst. Det visade sig att andelen ensamboende äldre med ADL-behov samvarierar mycket starkt med hemtjänstens nivå. Vi fann att ungefär 55 procent av dessa äldre använde kommunal hemtjänst oavsett hemtjänstens statistiska nivå i deras kommun (i de aggregerade data kan dölja sig smärre lokala variationer). Med andra ord, de lokala skillnaderna i hemtjänst försvinner om man ser till *utfallet* för individerna (Socialstyrelsen 2005). Detta kan te sig nästan misstänkt bra, men kan ha sin grund i hemtjänstens historiskt goda lokalkännedom (nedan). Om detta kommer att påverkas av att vi får fler utförare med risk för fragmentisering återstår att se, men hittills tycks kommunernas respons på behoven i den egna kommunen ha varit förhållandevis adekvat (Davey et al. 2005, 2006, 2007). Analysen är förstås en förenkling jämfört med Socialstyrelsens ansats (Socialstyrelsen, 2013).

I andra avseenden än för hemtjänsten finns dock påtagliga lokala variationer i omsorg och vård som inte låter sig förklaras lika välvilligt. Mest synliga är nog de våldsamt stora lokala skillnaderna i medicinförskrivning, i antal preparat per äldre person, i olämpliga preparat (enligt Socialstyrelsen), preparat som kan interagera och andel äldre som står på psykofarmaka. Lägst nivå hade 2011 Emmaboda kommun, där en ensam (?) distriktsläkare tycks ha god uppsikt över sina patienter och till och med gör hembesök hos den äldsta gruppen. Antal kontakter med olika läkare och antal preparat visar en beklämmande samvariation (enligt Lars Nilsson, SPF). Om detta har SPF och PRO samarbetat från konsumentsidan för att få äldre (och deras anhöriga) att granska vad som förskrivs, eftersom försök att förbättra situationen på utbudssidan, genom information till sjukvården, varit resultatlöst. (Sedermera – 2013 – har Socialstyrelsen utfärdat påbud om medicinrevision för alla 80+.)

Omsorgsbehov: nutidshistoriska och geografiska aspekter

Att kartlägga hur behoven av omsorg förändrats är en vansklig sak. Bland annat har själva mätningen och det som mäts förändrats, såsom när SCB:s standardfråga om eventuella problem vid på/avstigning från buss "förstördes" när vi fick nigande bussar med plant golv. I äldre tiders omsorg torde ett stort mått av "kost och logi" ha ingått, medan inslaget av det vi idag benämner omsorg kan ha varit mindre. Idag sörjer ju de allra flesta äldre själva för sitt uppehälle och boende.

Med viss ödmjukhet inför uppgiften och risk för förenklingar kan vi ändå luta oss emot 1954 års undersökning (ovan) och SCB:s senare, enhetliga

undersökningar av levnadsförhållandena (ULF) som vissa år inte hade någon övre åldersgräns. Alla uppgifter avser hjälpbehov vid en viss tidpunkt för de äldre i genomsnitt, viktigt att komma ihåg.

Uppgifterna för 1954 är inte direkt jämförbara med de senare, men minst 42 procent tycks då ha haft behov av hjälp i något avseende och i Pensionärsundersökningen 1975 hade 45 procent hjälpbehov (SOU 1977: 100). I ULF 1988–1989 behövde 32 procent hjälp med en eller flera ADL-funktioner (inköp, matlagning, städning, tvätt, stiga upp/lägga sig, klä på/av sig, bada/duscha), en andel som minskade till 25 procent 2002–2003 och till 22 procent 2009 (Johansson & Sundström 2012, manuskript). Förbättringarna gällde främst hushållsgöromål. Andelen som hade svårt att klara personlig omvårdnad var däremot stabil, med omkring 6 procent av hemmaboende äldre. Andra svenska undersökningar ger en mindre optimistisk bild av hur äldres hälsotillstånd utvecklats (Thorslund et al. 2004), men man kan notera att SCB:s data rimmar med analyser på tyska longitudinella data (1986–2005). Där har man sett successiva förbättringar av äldres förmåga att klara vardagsgöromål, men en oförändrad mindre grupp som har ”tunga” vårdbehov (Ziegler & Doblhammer 2008).

Att ha ett hjälpbehov i sig är en sak, hur det tillgodoses en annan. Socialtjänstlagen är tydlig på den punkten: kommunen är skyldig att ge hjälp om behov inte kan ”tillgodoses på annat sätt”. En mätbar aspekt på det är om man bor ensam eller ej (nästan alltid handlar det om partnern). Andelen ensamboende äldre var i stigande fram till omkring 1990 till cirka 40 procent av alla äldre, men har därefter knappast ökat. Det är en annan sak att många är ensamma i slutet av livet, efter förlust av partner; givetvis vanligast bland kvinnor eftersom 2 av 3 äktenskap slutar med att mannen dör först.

Hjälpbehovet i sig och andelen ensamboende äldre varierar som nämnts geografiskt, var för sig och tillsammans, vilket sannolikt avspeglar både sociala faktorer och tidigare demografisk regim.

Internationellt är det ont om jämförbara analyser, kanske därför att man ofta saknar pålitliga data om insatsernas geografiska fördelning, omfattning med mera. Ett undantag är några intressanta finska studier avseende alla 70+ som avled 1998, 2002 och 2003 (n=145 944) och som främst använt aggregerade kommunala data men också uppgift om demenssjukdom, vilket givetvis höjde omsorgsrisker mycket. Man fann större variationer i hemtjänst än i äldreboende, men variabler på kommunnivå förklarade föga av variationerna, liksom i det svenska fallet (ovan). Även kostnadsaspekter ingick i analyserna (Forma 2011).

Författaren deltar i en studie av den offentliga äldreomsorgens regionala variationer i Spanien, där analyser visar stora olikheter, som inte är motiverade av skillnader i behov så som vi ovan definierat dem. Det är inte ohälsa utan ensamboende, det vill säga social utsatthet, som styr tilldel-

ningen av spansk hemhjälp. Den offentliga omsorgen tycktes åtminstone inledningsvis vara resultatet av (ojämnt fördelad) politisk ambition och enormt snabb utbyggnad med föga styrning. Idag har 4–5 procent av de äldre spanjorerna plats i äldreboende, 5–6 procent hemtjänst och uppskattningsvis ytterligare 6 procent enbart någon annan insats. Beaktansvärt med tanke på att allt detta saknades på 1970-talet (Sundström et al. 2011 och pågående arbete).

Samtidigt är den komplexa administrationen, bristen på transparens och tungrodd byråkrati tankeväckande. Skatteverket delar till exempel inte med sig av sin information till andra myndigheter. Oklarheter kring transfereringar mellan regionerna och centralstaten uppmuntrar tveksamma manövrer, ren korruption, att vissa regioner inte ”kommer till skott” och resursslöseri. I skrivande stund för man åter fram förslag till revision av hela systemet och opinionsundersökningar visar stort missnöje med den nuvarande ordningen (El Pais 30.12.2012). Analyser av den franska äldreomsorgen som haft längre tid att ”sätta sig” har visat betydligt större samvariation mellan behovsnivån och äldreomsorgens utbyggnad i regionen (*fr. département*) (DREES 2005, 2012).

Motsvarande analyser på engelska data har visat sig problematiska då de administrativa indelningarna inte alltid överlappar, vilket kastar ljus över ännu en fördel med den nordiska lösningen: enkelheten. En ekonometrisk analys av regionala utgifter för äldreomsorg i England visar dock att den till en del förklaras av ”efterfrågan” i form av demografiska och hälsomässiga faktorer, men även nationella riktlinjer spelar in (Fernandez & Forder 2011).

En liknande studie klarlägger, i likhet med våra svenska analyser (ovan), betydelsen av lokala variationer i ensamboende och ohälsa (och dessutom fattigdom, kanske ett mer specifikt engelskt problem), om än på aggregerade data (inte individuppgifter). Studien pekar intressant nog på hur de lokala olikheterna gör det riskabelt med centrala och enhetliga riktlinjer för omsorgen, med argument som är lika giltiga i Sverige (Brand, Hughes & Challis 2012).

Studier på amerikanska data har sitt intresse men ger föga för svenskt vidkommande, eftersom de snarast illustrerar hur olika utfallen kan bli, beroende på politisk tradition och en mycket hög andel privatdriven omsorg. Vissa delstater har en genomsnittsnivå i närheten av den svenska men omsorgen går på grund av inkomstprövning mest till underprivilegierade äldre, andra kan nästan helt sakna offentlig omsorg. Nedskärningar av omsorgen tycks ibland ha haft en olycklig social profil (Feng et al. 2011).

Slutligen kan nämnas en systematisk jämförelse på individdata för äldre, där icke-tillgodosedda hjälpbehov – vid jämförbara behov – är många gånger vanligare i USA än i Sverige, där det handlar om någon procent (Davey et al. 2005).

Omsorginsatser och samverkan mellan anhöriga och kommunen?

Frågan kan studeras ur olika synvinklar. En väg är att granska andel äldre i ULF med behov som inte tillgodoses eller som uppger att de får för litet hjälp, oavsett hjälpkälla (offentlig och/eller informell). Denna andel har länge varit låg i ULF och haft mycket små variationer efter kommuntyp. År 2009 uppgick andelen, enligt ULF, till 1 (en) procent i det äldre hemmaboende befolkningsgenomsnittet.

Men genomsnitt är bedrägliga ting: Det vi egentligen vill veta är vad som händer på sikt för *individer* när deras behov förändras (ökar). Sådana studier är det ont om, men studier med något olika ansats kan belysa frågan. Den veterligen första möjligheten erbjuds av Dalby-undersökningen, som startade 1969. Därefter tillkom H70-undersökningen i Göteborg, några mindre undersökningar av områden i Norrköping på 1980-talet och i Jönköping (1980- och 1990-tal) samt Kungsholmsundersökningen, som dock studerade ett demografiskt sett extrem befolkning (mycket hög andel ogifta och barnlösa kvinnor). I studierna i Norrköping och Jönköping visade det sig att man i vårdbiträdesgrupperna hade kännedom om *alla* äldre (80+) med hjälpbehov i området, oavsett om de hade hemtjänst eller ej (Socialstyrelsen 1988, 1999). Därtill finns användbara uppgifter i den longitudinella Hemtjänstundersökningen i Jönköping på 1980-talet, NONA, SNACK-studien och nu senast uppföljningen av alla 55+ i Mullsjö kommun, med hjälpbehov och omsorgsgivande (2008 och 2010). Att omsorgspersonalen har så god kännedom om de enskilda fallen – något vi iakttog också i Mullsjö – är i sig tankeväckande och sannolikt en orsak till att omsorgen fungerar väl.

Det är mot den bakgrunden kanske inte förvånande att de kommuner där man bedriver så kallad uppsökande verksamhet sällan finner personer med större, eftersatta behov, i den mån de alls tar emot dessa besök. I de redovisningar jag sett brukar omkring hälften neka att ta emot dessa besök eller går inte att få tag i eftersom de befinner sig i sommarstugor, utomlands etc: En enkät med SPF-medlemmar fann att en tiondel har dubbel bosättning (SPF 2010).

Det samstämmiga intrycket från alla dessa undersökningar är att personer med hjälpbehov *får* omsorg och allt mer omsorg ju mer hjälp de behöver, både av anhöriga och från kommunen. Genomsnittsdata visar att en stor grupp har enbart hjälp från anhöriga med flera och en något mindre grupp hjälp från både anhöriga och hemtjänst. En liten grupp har enbart hemtjänst (2009 ungefär 10, 8 respektive 1 procent). Undersökningarna tyder på att överlappningen ökar efter hand i de individuella fallen, vid stigande hjälpbehov, så att efter hand de flesta har både anhängigomsorg och offentlig omsorg. Dessa mönster antyds för övrigt redan av tvärsnittsdata rörande personer med olika stora hjälpbehov (egna bearbetningar av ULF 1988–2009; Szebehely & Ulmanen 2012).

Att anhöriginsatserna har stor betydelse även ur kommunal synvinkel visar en kartläggning 2012 i Mullsjö av alla äldre som hade någon form av offentlig omsorg. Den visar att fyra av tio (37 %) skulle behöva (mer) hemtjänst och drygt en tiondel (11 %) plats i äldreboende, om det inte vore för anhörigas insatser, enligt handläggarnas bedömning (Malmberg & Sundström 2013 pågående arbete). Detta får ses som en minimibedömning eftersom personer med anhörighjälp men som inte använder offentlig omsorg – och sådana finns det som vi sett ganska många – inte ingår i materialet. En mer kritisk analys av utvecklingen har påvisat sociala skillnader i bruk av köpt, privat hjälp och belastning på anhöriga varav en del gått ned i arbetstid eller helt slutat arbeta (runt 100 000 personer) för att vårda någon närstående (Szebehely 2006, 2009, 2012).

I våra egna analyser finner vi också en mindre andel anhörigvårdare som har gått ned i arbetstid, men det stora flertalet har, i tvärsnittsdata och under livsloppet, inte haft några svårigheter att förena yrkesarbete och insatser för närstående (Socialstyrelsen 2004). Det är, högt räknat, kanske en knapp tiondel av omsorgsgivande anhöriga som hamnar i den situationen, vilket gör det orimligt att se detta som "typiskt".

Ett problem med analys av den hjälp de äldre tar emot av anhöriga är just att den ses ur mottagarperspektiv, men säger föga om givarna på grund av surveyundersökningarnas själva konstruktion. Ur givarperspektiv ser man inte någon mätbar ökning av omsorgsinsatserna till hjälpbehövande äldre (och andra), vilket erkänns även i en mer kritisk studie (Szebehely & Ulmanen a.a.). Vad som med säkerhet hänt de senaste årtiondena är att allt fler, äldre och yngre, *har* anhöriga och allt fler av dem. Detta torde i sig själv, allt i övrigt lika, medföra ökad omsorg utan att det lyser igenom i surveydata. Det gör också Kommunals löpse-
delsrubrik "Fler måste vårda sina föräldrar" sakligt sett tveksam (www.kommunal.se 14.11.2012).

Stöd till anhörigvårdare har uppmärksamrats de senaste åren och kartläggningar visar som nämnts att en mindre del av dem har stora åtaganden. Undersökningar där man frågat anhörigvårdare om deras önskemål visar dock att ganska få vill ha stöd för egen del; det som efterfrågas är (bra) offentlig omsorg för den person man hjälper (SPF 2010, Socialstyrelsen 2009, Malmberg & Sundström 2012). Den ovannämnda inventeringen av alla ärenden i Mullsjö 2012 visade att bara ett fåtal efterfrågat stöd, vilka alla beviljats sådant (utom ekonomisk ersättning). Och bara hälften av dem – främst partnervårdare – som kommunen på eget initiativ erbjöd stöd accepterade det (Malmberg & Sundström 2013). Totalt var det en tiondel av alla kända anhörigvårdare i dessa ärenden som ansökte om stöd (alla beviljades) och 16 procent som erbjöds stöd, i båda fallen nästan enbart partnervårdare.

Har den offentliga äldreomsorgen verkligen skurits ned?

Och har den minskat i förhållande till behoven? Rubrikens bild tas ofta som en självklar sanning och det även av forskare som borde veta bättre. Det misstag man ofta gör är att beakta enbart institutionsvård/särskilt boende och hemhjälp/hemtjänst som sedan döps till ”äldreomsorg” vid de historiska översikterna men försummar de många andra slag av insatser som finns numera. Det behövs ett bättre grepp om *alla* slag av insatser och det även av kommunala handläggare och i biståndsstatistiken.

År 1950 hade cirka 6 procent plats på institution, något annat fanns ej. År 1975 hade den andelen stigit till 9 procent, samtidigt som cirka 16 procent hade hemhjälp, annat fanns det föga av. Idag (2011) har 5 procent plats på äldreboende och andelen med hemtjänst har minskat till 9 procent. Men under 1980-talet och därefter tillkom många andra slag av stöd för hemmaboende äldre, såsom färdtjänst (inget annat land har en så väl utbyggd färdtjänst), dagvård, trygghetslarm, matdistribution med mera. Totalt har cirka 8–10 procent av de äldre en eller flera sådana insatser men *inte* hemtjänst, det vill säga den offentliga omsorgen når ungefär lika stor andel av de äldre idag som 1975, men med större valfrihet.

Detta kan illustreras med uppgifter för Jönköpings kommun som har ett föredömligt register över *alla* insatser. Under nioårsperioden 1999–2008 minskade, om man bara betraktar de traditionella insatserna hemtjänst och äldreboende, den offentliga äldreomsorgen i Jönköping. Proportionsvis färre fick plats i äldreboende, som minskade från 8 procent till 6 procent för åldersgruppen 65 och över. I åldersgruppen 80 och över hade 22 procent plats i äldreboende 1999 och 17 procent 2008. Istället var det aningen fler som hade hemtjänst, som ökade från 7 procent till 8 procent, respektive från 16 procent till 18 procent för gruppen 80+.

Idag har man ganska många platser i äldreboende som står tomma i kommunen, men 1999 hade man en kö och många klagomål på platstillgången. Hur hänger detta ihop, om det nu gör det? En del av förklaringen är rimligen satsningen, medveten eller ej, på *andra* stödformer. Utvecklingen illustreras av Tabell 1.

Totalt nådde kommunen en lika stor andel av den äldre befolkningen 2008 som 1999, trots att de äldre 65+ var cirka tusen fler år 2009, men med ett mer varierat omsorgspanorama. Detta bör vara en förbättring, eftersom människors – även äldre människors! – behov är olika. Samtidigt innebär det en besparing jämfört med att man hade behållit 1999 års nivå på de traditionella insatserna hemtjänst och äldreboende. Av tabellen framgår att ”andra” insatser enbart är den vanligaste stödformen totalt sett fram till cirka 80-årsåldern och fortfarande vanligare än att ha hemtjänst eller att ha plats i äldreboende fram till cirka 90-årsåldern. Mönstren tyder på att man med större eftertanke bör använda hela omsorgsarsenalen och, förstås, att beakta *alla* insatser när man

granskar utvecklingen eller jämför sig med andra kommuner och andra länder.

Tabell 1. Andel äldre med någon form av offentlig äldreomsorg*, Jönköping 1999 och 2008, efter omsorgstyp och ålder

Procent

Ålder	Andel med insats	Hem-tjänst	Särskilt boende	Enbart "an-nan" insats	Ej insats
1999					
65+	24	7	8	9	76
80+	54	16	22	16	46
2008					
65+	23	8	6	9	77
80+	53	18	17	19	47
2008					
65–74	7	2	1	4	93
75–79	18	6	3	9	82
80–84	37	12	9	16	63
85–89	62	23	17	32	38
90–94	80	27	34	19	20
95+	82	24	47	11	18

*Särskilt boende, hemtjänst, dagverksamhet, trygghetslarm, färdtjänst, matlåda med mera.

Källa: Uppgifter vänligt framtagna för november 1999 av Anette Elver och för november 2008 av Pia Kopp, Jönköpings kommun, vilket tacksamt erkännes.

I till exempel Mullsjö år 2012 är det, jämfört med statistiska uppgifter om hemtjänsten, ungefär dubbelt så många äldre som får hjälp i någon form i hemmet när man beaktar *alla* insatser (Malmberg & Sundström 2013). Samtidigt är det sant att "tröskeln" har blivit högre innan man använder (får) hemtjänst och att timinsatsen för de olika behovsnivåerna har blivit något snävare (Socialstyrelsen 2000; Szebehely & Ulmanen 2012).

Frågan är således kanske inte om äldre *får* hjälp, utan om de får *rätt* hjälp och hjälp av god kvalitet, något vi vet betydligt mindre om. Frågan om rätt hjälp kan något belysas av uppgifter om hjälpbehov hos personer som inte använder offentlig hjälp alls, jämfört med olika nivå på insatserna. Veterligen finns bara en sådan analys, för riksrepresentativa hem-maboende 75+ år 2000. Med ett så kallat ADL-index (antal göromål i hushållet och personlig vård man klarar på egen hand) framgår att de som inte hade någon hjälp alls hade index 8,3, med 9 som högsta värde. De som hade endast färdtjänst eller trygghetslarm hade i genomsnitt ADL-index 7,5, båda dessa insatser 7,2, endast hemtjänst 6,9, färdtjänst och hemtjänst 5,8 samt om även trygghetslarm adderas 5,5, samt 3,8 för den mindre grupp som hade både färdtjänst, trygghetslarm, matdistribution och hemtjänst.

Omfattningen på insatserna och deras karaktär samvarierar således tydligt med nivån på behoven, vilket ju är vad man kan vänta sig. Antalet

hemtjänsttimmar varierar också tydligt med behovsnivån: Behovsbedömning kan vara luddig i kanten men är inget lotteri, något som ibland hävdats. Det rimmar också med iakttagelser om att larm eller färdtjänst är ”inkörsporten” till offentlig omsorg, som sedan kan trappas upp allteftersom behoven ökar. Detta hindrar inte att en del äldre efterlyser mer hjälp och/eller bättre hjälp. Totalt i riksundersökningen år 2000 ansåg 7 procent av de äldre att de behövde, men inte fick eller fick otillräcklig hemtjänst och 3 procent ansåg sig behöva annan kommunal omsorg (Socialstyrelsen 2000). I sammanhanget får man minnas att ”små” insatser ändå kan vara viktiga. De kostar föga men är förebyggande och ett ”föns-ter” till personer med hjälpbehov som dessutom själva kontrollerar när de ska åka med färdtjänsten etc, utan beroende av byråkratiska beslut.

Att man försummar hela panoramat är inget unikt svenskt och motsvarande breddning av utbudet ses också internationellt när alla insatser fångas (a.a.). Länder med högre omsorgsnivåer har större överlappning mellan olika slag av omsorg; i lågnivåländer tycks man dela ut – eller efterfråga – vad som finns, oavsett vilka behoven är. Analyser tyder på att länder med högre omsorgsnivåer sätter in omsorgen med olika stora doser efter behovens nivå, vilket exemplifieras med uppgifter för Danmark, Sverige och Spanien i Tabell 2.

Tabell 2. Äldre* personer efter serviceanvändning och ADL-index i Danmark 2007, Sverige 2000 och Spanien 2006

Procent

Serviceanvändning	Genomsnittligt ADL-index**		
	Danmark	Sverige	Spanien
Ingen	8,7	8,3	5,9
Bara ”annan service”	8,5	7,4	5,0
Bara hemtjänst	7,5	6,9	5,4
Hemtjänst och ”annan service”	6,0	4,8	5,4

*I Danmark 67, 72, 77, 82 och 87 år; i Spanien och Sverige 75+.

**Definieras som det antal aktiviteter man klarar utan hjälp (ADL) av följande: inköp, matlagning, städning, tvätt, klä (av) sig, komma i/ur säng, duscha/bada, toalettbesök, gå utomhus utan personlig hjälp. Indexet kan således variera från 0 till 9.

Källa: Efter Sundström et al. 2011.

Offentlig omsorg med olika stora ”doser” efter behovens nivå, ser vi för Danmark och Sverige, med dess omfattande färdtjänst med mera. Bilden är otydligare för Spanien; kanske är det så att knappare omsorgsresurser innebär att man tar till vad man har, oavsett behovet, från organisationens och/eller brukarens sida. Man ska kanske inte heller imponeras över hövan av de höga danska talen för hemmehjelp: Det rapporteras om betydande missnöje med dess kvalitet och om danska kommuner som vid jul och påsk helt enkelt ”ställer in” denna service... (AeldreSagen, november och december 2009).

Det finns kanske ytterligare ett skäl till att man inte differentierar så tydligt mellan äldre med olika behov i länder med lägre nivå på offentlig

omsorg. Ibland har man nämligen alternativ till offentlig omsorg, i form av anhöriga eller köpt, privat hjälp. (I Spanien uppskattas minst 100 000 äldre ha en privat hemhjälp, på timbasis eller inneboende.)

Den stora sanningen tycks trots allt vara att om hemtjänsten relateras till behov (mätt som ADL enligt ovan) i befolkningen har minskningen varit blygsam, eftersom andelen äldre som uppger hjälpbehov successivt minskat, som vi sett ovan. Uttryckt i absoluta tal innebär utvecklingen därför, grovt sett, inga dramatiskt ökade hjälpbehov i befolkningen, ej heller drastiska nedskärningar, trots att antalet äldre totalt har ökat kraftigt, från cirka 700 000 år 1950, till drygt 1,8 miljoner idag (2012). Men genomsnitt är en sak, chansen att få den hjälp man behöver, när det verkligen gäller, en annan.

Genomsnitt och livslopp

Som redan nämnts är genomsnittsuppgifter för behov och insatser det vi vanligen opererar med, av praktisk–administrativa skäl och av tradition. Tyvärr är det möjligt att en kommuns omsorgsnivå kan se hög och ”bra” ut, men att man ändå misslyckas med hjälpbehoven under människors sista tid i livet. Och omvänt, att man lyckas väl med detta, trots generellt låg nivå på omsorgen. De 90 000 – en procent av totalbefolkningen – som avlider under ett år utgör troligen en ganska stor andel av dem som i genomsnittsuppgifterna använder offentlig omsorg, men det är ändå en risk att de ”försvinner” i det större panoramat. Publikationen Öppna jämförelser innehåller visserligen ett par parametrar som avser att fånga den sista tiden (ensam vid dödsfallet, bedömning av smärtlindring) men inte systematiserat till en bild av det sista levnadsåret. De nämnda bristerna hos genomsnittsstatistiken gäller givetvis också de intetsägande, monstruöst stora (95 000 personer!) och dyra opinionsundersökningar Socialstyrelsen gör med äldre som använder hemtjänst/äldreboende och som regelmässigt rapporterar att 8–9 av 10 är nöjda med omsorgen.

Många har erfarenhet av att någon närstående avlider och hur det var då, med omsorg/vård och annat. I avsaknad av svenska data om detta kan nämnas en fransk studie där 39 procent av den vuxna befolkningen (18+) hade den erfarenheten. I den gruppen uppgav knappt hälften (44 %) att den döde hade lämnat jordelivet fridfullt och utan lidande, men för många (40 %) var smärtlindringen med mera otillräcklig och 16 procent hade utsatts för plågsamma och onödiga behandlingar, enligt de anhörigas uppfattning. Vidare ansåg 68 procent att lagregler innebär att man inte respekterar den döendes egen vilja (Pèlerin Magazine 2012).

Att döma av longitudinella data behöver 7 av 10 äldre män omsorg i slutet av livet, emot 9 av 10 kvinnor som dessutom har större hjälpbehov och har dem under längre tid (Socialstyrelsen 2004). Utifrån de fåtaliga studier där man följt äldre personer och försökt fånga omsorgskarriären tycks det vanliga förloppet vara att hjälp först ges av (enbart) anhöriga under längre tid, särskilt när behoven inte är så omfattande vilket vanli-

gen är fallet. När behoven blir större tillkommer offentlig omsorg och ofta(st) ökar båda i omfattning när behoven stiger. Mytbildning kring att anhänginsatserna upphör när det offentliga griper in bygger på anekdotisk evidens kring anhöriga som tjänats bortom bristningsgränsen, avlidit eller på annat sätt inte längre är tillgängliga. Typiskt är det inte.

Bristerna hos gängse genomsnittsdata framträder klart när man betänker hur omsorgskarriärerna förändrats under det senaste halvsekle. I början av 1950-talet vistades uppskattningsvis 15 procent av de äldre en (ofta lång) tid på ålderdomshem eller motsvarande innan de gick bort. Övriga fick ingen offentlig omsorg alls. I Dalbymaterialet hade andelen institutionsflyttare på 1970-talet stigit till 3 av 10, därtill hade 2 av 10 hemhjälp innan de avled. Senare studier baserade på H70 i Göteborg, Kungsholmsstudien och NONA-studien i Jönköping ligger andelarna kring 8–9 av 10, det vill säga en stora majoritet får idag offentlig omsorg innan de avlider. En sådan ökning förutsätter givetvis att ”omsättningen” ökar, det vill säga att den genomsnittliga omsorgs- och vårdtiden minskar, något som uppenbarligen också varit fallet, även om vår kunskap om detta är begränsad. Annars skulle inte ekvationen gå ihop. Det viktiga i vårt sammanhang är att genomsnittstal inte ger någon information om chansen att få hjälp på sikt. Det är inte resursnivån i sig utan hur resurserna används som är det avgörande.

Sådana data kräver uppenbarligen en långvarig forskningsinsats och uppföljning, utom rätkhåll för daglig omsorgsverksamhet. Som ett undantag kan nämnas en uppföljning efter nio år av alla som i Motala 1996 hade offentlig omsorg i hemmet: Insatserna ökade efter hand, men få fick mycket stora hemtjänstinsatser innan de avled eller flyttade till särskilt boende, vilket senare 6 av 10 gjorde (Lundén 2006).

En viss fingervisning om ”omsorgskarriären” kan man få med en genväg, om än inte helt jämförbar med longitudinella data. Man kan för detta använda uppgifter om de under året avlidna. Det är säkerligen då som både anhöriga och den offentliga omsorgen ställs mest på prov och det är sedan länge känt att huvuddelen av vårdkostnaderna infaller under det sista levnadsåret (Litman et al. 1994). Vi har för Jönköpings kommun använt information om alla omsorgsinsatser (inklusive färdtjänst och larm) som registreras i kommunens databas. Bland avlidna 65+ (elva hundra personer) hade 78 procent någon form av insats innan de dog. De flesta använde äldreboende eller hemtjänst: Tre av tio i vardera gruppen, resten enbart annan insats. De fyra av tio som inte använde (fick) varken hemtjänst eller äldreboende kan kanske jämföras med data från de ovannämnda finska studierna, där 44 procent av avlidna 70+ inte använt någondera av dessa omsorgsformer under sina sista två levnadsår (Leena Forma personlig kommentar, opublicerat).

Uppgifter för det sista levnadsåret/åren skulle lätt kunna analyseras mer i detalj, med uppgifter om omsorgskedjor, insatsernas omfattning med mera och värdefullt skulle vara att också få handläggarnas synpunkter

samt intervjuer med ett urval anhöriga och deras värdering av insatsernas kvantitet och kvalitet. Då bortfaller risken att man inte vågar säga "hur det var". Ansatsen bygger på den information som kommunen redan har och kräver ingen sofistikerad, akademisk ansats. Helst skulle det göras enhetligt för alla (många) kommuner och då ge jämförelsemöjligheter, förslagsvis samordnat av SKL. Den som så önskar kan utvidga kartläggningen med uppgifter om mediciner och läkemedelsgenomgångar, demensdiagnostik, smärtlindring med mera.

Den individdatabas för vårdtagare i äldreomsorgen som Socialstyrelsen bygger upp skulle, rätt använd, efter hand också kunna ge värdefull information om den sista levnadstiden eller till exempel "omsättningen" inom omsorgen, uppgifter vi inte haft sedan 1938 (ovan).

I en liknande, mindre studie för Jönköpings sjukvårdsområde avseende ett urval av avlidna 80+ kartlades all kommunal omsorg och landstingsdriven sjukvård samt intervjuades anhöriga, varav de flesta var nöjda med båda slagen av insatser för den avlidne (Andersson, Sundström & Thulin 2003; en intressant föregångare är Rinell Hermanssons avhandling *Det sista året* /1990/. Liknande studier har gjorts i England och Tyskland.).

Sammanfattande diskussion

Svensk äldreomsorg vilar på en gammal, stabil grund och uppvisar både kontinuitet och förändring samt lokala variationer, som åtminstone till en del är rationellt motiverade till följd av att behoven varierar lokalt. Den offentliga, lokala omsorgen tycks reagera på dessa skillnader utan större åthävor, enligt mitt sätt att se saken en naturlig följd av omsorgens långa historia, avspeglad bland annat i dess dokumenterat goda lokalkännedom och karaktär av gräsrotsarbete. Detta har hittills beaktats alltför litet i den offentliga diskussionen, som tycks automatiskt utgå från att behoven är ungefär likadana och lika stora överallt och bör styras av centrala och enhetliga riktlinjer. Vi har anledning skatta oss lyckliga över det historiska arvet och den relativa enkelheten i svensk administration, med till exempel Spanien som varnande exempel. De har att brottas med långt större kulturella och ekonomiska olikheter inom landet, något vi sluppit.

Internationellt har man försökt att komma till rätta med bland annat de lokala olikheterna genom rättighetslösningar i form av vårdförsäkringar, främst i Tyskland, Japan och Spanien. I de två förstnämnda länderna har det veterligen lyckats ganska väl, men i det spanska fallet har utvecklingen varit ytterst ojämn med åtskilliga skandaler till följd av politiska och andra motsättningar mellan administrativa nivåer, förhalade behovsbedömningar, icke verkställda beslut osv. Försök av Per-Gunnar Edebalk att få till stånd en svensk debatt om vårdförsäkringar som bland annat ett sätt att komma till rätta med lokala olikheter i omsorgen har hittills fått ringa gensvar.

Den stora förändringen i själva omsorgen under senare år är förstås de allt kortare insatserna av allt mer varierat slag, vilket trots kritiska synpunkter ändå tycks mest ha varit av godo och som visar likartade drag lokalt, i mån av data. Man kan kanske jämföra dagens situation med ransonering, som ju innebär att man får litet mindre och litet senare, men säkrare. Alternativen är ju att de mest talföra eller resursstarka tillägnar sig offentlig och/eller privat omsorg och att de andra blir utan eller får helt förlita sig på anhöriga med flera, vilket för de flesta är en mindre attraktiv ordning.

Ransonering har väl hittills mest diskuterats inom sjukvården i termer av prioritering. Så har till exempel Storbritannien (1995) och Sverige (reg. prop. 1996/97:60) lagt förslag eller startat utredningar om detta. I grunden är dilemmat olösligt, eftersom man inte kan ge alla allt av god kvalitet, vi måste välja mellan olika värden (Weale 1998).

Det skulle vara värdefullt med samkörning av uppgifter om kommunal omsorg med användning av så kallade RUT-tjänster för några kommuner med olika karaktär och omfattning på den offentliga omsorgen. Anekdotisk evidens pekar på att många använder både och, för andra är det sannolikt utbytbara storheter och en del har varken eller, med okänd socioekonomisk profil. Dagens offentliga omsorg har sannolikt ganska små klasskillnader om man beaktar olikheter i hälsa och ensamboende mellan olika samhällsskikt.

Kanske kan man filosofera kring olikheternas goda sida, snarare än se dem som en negativ form av postkodslotteri. Med en evolutionär liknelse kan man se variation som något gott, som nämligen erbjuder mer eller mindre livskraftiga varianter som vi kan lära oss av och välja dem som passar oss bäst (Harford 2010).

Flera intervjuundersökningar visar att de flesta, yngre som äldre, önskar en "mix" av anhörigomsorg och offentlig omsorg, inte det ena *eller* det andra. Tyvärr saknas som nämnts goda data om "överlappningen" mellan dessa slag av omsorg och privat, köpt omsorg. De allra flesta anhöriga ger ganska litet omsorg, men som ändå kan vara viktig: Vi stirrar alltför mycket på insatsens omfattning och erbjuder inte alltid adekvat stöd ens till den lilla grupp som ger mycket hjälp, ofta partnervårdare. De flesta önskar inga stödinsatser för egen del, det som efterfrågas är god offentlig omsorg, i samklang med de egna insatserna (Socialstyrelsen 2004, 2009; Malmberg & Sundström 2012). Allmänt sett behövs det bättre kunskap om människors vårdvardag. Kartläggning av villkoren vid livets slut kan vara ett sätt att fånga både de äldres och deras anhörigas situation och hur de nås av den offentliga omsorgen.

Referenser

Alm Stenflo, Gun 2006 Äldres omsorgsbehov och närhet till anhöriga. SCB: Demografiska rapporter 2006:1.

Andersson, Elly-Britt, Sundström, Gerdt, Thulin, Anders 2003 Det sista levnadsåret: En förstudie. Institutet för gerontologi. Mimeo /www.hj.se>DIVA/.

Berg, Stig & Sundström, Gerdt 1990 Ensamboende bland äldre: en analys av kommunala variationer och deras effekter på äldreomsorgen. PM för Äldredelegationen. Mimeo /www.hhj.se >DIVA/.

Berggren, Henrik & Trägårdh, Lars 2006 Är svensken människa? Stockholm: Norstedts.

Brand, Christian, Hughes, Jane & Challis, David 2012 Towards Understanding Variations in Social Care for Older People in England. *Social Policy and Administration*, 46, 7, 705–726.

Davey, Adam et al. 2005 Life on the Edge. Patterns of Formal and Informal Help to Older Adults in the United States and Sweden. *The Journals of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 60B, 5, S 281–288.

Davey, Adam et al. 2006 Unequal but equitable: an analysis of variations in old-age care in Sweden. *European Journal of Ageing*. 3, 1, 34–40.

Davey, Adam et al. 2007 How equitable is Sweden's changing care mix? Linking individual and regional characteristics over time. *Ageing & Society*, 27, 3, 511–532.

DREES 2005 L'allocation personnalisée d'autonomie: une analyse des disparités départementales en 2003. *Études et Résultats* No. 372. (Paris: Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, Ministère de la Santé et des Solidarités).

DREES 2012 Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. *Études et Résultats* No. 816. (Paris: Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, Ministère de la Santé et des Solidarités).

Feng, Zhanlian et al. 2011 Geographic Concentration and Correlates of Nursing Home Closures: 1999–2008. *Archives of Internal Medicine*, 171, 9.

Fernandez, José-Luis, Forder, Julien 2011 Regional variability in public long-term care expenditure in England: the significance of local autonomy, exogenous influences and local spillovers. *Regional Studies*, submitted.

Forma, Leena 2011 Health and Social Service Use Among Older People. The last two years of life. School of Health Sciences, University of Tampere. Diss.

Harford, Tim 17 Aug 2010 Everyone wins in the postcode lottery. The discomfiting truth is that variation is an inescapable part of progress. *Financial Times*.

Jonsson, Karl 1971 *Fattighuset. En självbiografisk berättelse*. Östersund: Jemtbookens förlag.

Litman, Thor, Noréen, Dennis, Norlund, Anders & Sundström, Björn 1994 Döende får stor del av vårdresurserna. Kostnadsanalys av vården i livets slutskede. *Läkartidningen*, 91, 47, s. 4390–4392.

Lundén, Britt 2006 Nio år efteråt. FoU-centrum för vård och omsorg, Linköping. FoU-rapport 31:2006.

Malmberg, Bo & Sundström, Gerdt 2012 Mönster i anhörigomsorgen: En uppföljning i Mullsjö. Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping, i samarbete med Socialstyrelsen. /www.hj.se >DIVA/.

Malmberg, Bo & Sundström, Gerdt 2013 Anhörigstöd i Mullsjö: Det kommunala perspektivet. Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping. /www.hj.se >DIVA/. in press.

Odén, Birgitta 2012 *Äldre genom tiderna*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Pèlerin Magazine. Les Français et la fin de vie. Septembre 2012 (IFOP & Pèlerin magazine).

Skoglund, Anna-Maria 1992 Fattigvården på den svenska landsbygden år 1829. Rapport i socialt arbete nr 58. Ak. avh.

SPF 2010 Rapport om en medlemsundersökning. /www.spf.se/ (förf. Margareta Grafström & Gerdt Sundström).

Socialstyrelsen 1988 Ljura-projektet. i *Socialstyrelsen redovisar* 1988:15.

Socialstyrelsen 1999 Hur gick det sen? En uppföljning av 1996 års studie av hemmaboende äldre i Jönköping. *Äldreuppgiften* 99:3. (Gerdt Sundström).

Socialstyrelsen 2000 Bo hemma på äldre da'r. *Äldreuppdraget* 2000:11. (Gerdt Sundström)

Socialstyrelsen 2004 Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden? /Lennarth Johansson & Gerdt Sundström). /www.socialstyrelsen.se/

Socialstyrelsen 2005 *Likhet inför äldreomsorgen*. (Bo Malmberg & Gerdt Sundström). /www.socialstyrelsen.se/

Socialstyrelsen 2009 Omsorgsmönster i Mullsjö. /www.socialstyrelsen.se/ (förf. Bo Malmberg & Gerdt Sundström).

Socialstyrelsen 2012 Anhöriga som ger omsorg till närstående. Omfattning och konsekvenser. /www.socialstyrelsen.se/

Socialstyrelsen 2013 Äldres behov i centrum. /www.socialstyrelsen.se/

Sundström, Gerdt et al. 2008 Home help services in Sweden: responsiveness to changing demographics and needs. *European Journal of Ageing*, 5, 1, 47–56

Sundström, Gerdt, Herlofson, Katharina, Daatland, Svein-Olav, Boll Hansen, Eigil, Johansson, Lennarth, Malmberg, Bo, Puga González, Maria Dolores, Tortosa, Maria Ángeles 2011 Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. *Journal of Care Services Management*. 5, 1, 35–42.

Sundström, Gerdt 2014 Var tredje äldre bor ensam. *Välfärd* 1/2014, 10–11.

Szebehely, Marta 2005 Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser. I *Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen* SOU 2005:66.

Szebehely, Marta 2008 Informella hjälpgivare. Kapitel 18 i Äldres levnadsförhållanden. Statistiska centralbyrån.

Szebehely, Marta & Ulmanen, Petra 2012 Åtstramningens pris. Rapport till Svenska Kommunalarbetsförbundet. (www.kommunal.se)

Thorslund, Mats et al. 2004 De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen*, 101, 1494–1499.

Weale, Albert 1998 Rationing health care. A logical solution to an inconsistent triad. *BMJ*, 7129, Vol. 316. 7 Feb. Editorial.

Äldreomsorgens variationer

Underlagsrapport till Programberedningen

Hur olika får det bli?

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting beslutade i juni 2012 att inrätta en programberedning om "Hur olika får det bli?". Beredningen fick i uppdrag att belysa skillnader i kvalitet och service mellan kommunernas respektive landstingens verksamheter och att göra en värdering av när dessa är bra respektive blir "oacceptabelt" stora.

Beredningen har i sitt arbete uppdragit till professor emeritus Gerdt Sundström från Hälsohögskolan i Jönköping att ta fram en underlagsrapport som belyser skillnader inom äldreomsorgen och hur dessa utvecklats över tid.

Uppdraget har resulterat i denna rapport.

Upplysningar om innehållet

Bo Per, Larsson, boper.larsson@skl.se

Per Sedigh, per.sedigh@skl.se

Gerdt Sundström, gerdt.sundstrom@hhj.hj.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, april 2014

Beställningsnummer: 5351

Text: Gerdt Sundström, professor emeritus, Hälsohögskolan i Jönköping

Produktion: Elisabet Jonsson

Ladda ner på webbutik.skl.se. Beställningsnummer 5351