

Lunds universitet
Socialhögskolan
Sol 061
Höstterminen 2003

VAR SKALL DU BO NÄR DU BLIR ÄLDRE?
En studie av kvarboendepincipen och särskilt boende

Författare: Lars-Erik Hörnlund
Martina Takter
Handledare: Per Gunnar Edebalk

Abstract

The purpose with this descriptive study was to study the practice of remain in ordinary living for elderly and see how the principle can be applied even now and within the future. What is the principle of remain in ordinary living and how can it be applied? What is a special geriatric care home for elderly? Does the concept, special geriatric care home has to be explained, in order to understand the principle of remain in ordinary living for elderly? Is there any point when the need of care for elderly can't be provided in ordinary living? Can expected cost increase and higher needs motivate a new direction of the geriatric care? As a complement to the literature used in this study, has four authorized workers been interview to see how they and their municipality reflect of the principle, remain in ordinary living for elderly. Financial resources and staffing requirement will demand a new direction of geriatric care in Sweden in front of a future perspective.

Innehållsförteckning	sid.
Förord	1
1. Inledning	2
1.1 Alla system har sina begränsningar	2
1.2 Syfte och frågeställningar	4
1.3 Tankeprocesser och begränsningar	4
2. Den svenska äldreomsorgen	6
2.1 Tillbaka blick	6
2.2 Ädelreformen	8
3. Beskrivning av intervjuade kommuner	9
3.1 Höörs kommun	9
3.2 Malmö Kirsebergs stadsdel	9
3.3 Malmö Limhamn- Bunkeflös stadsdel	10
3.4 Vellinge	11
4. Resurser nu och i framtiden	12
4.1 Demografi	12
4.2 Hur många äldre kommer vi att vara 2035?	12
4.3 Personal i kommunal äldreomsorg	14
4.4 Ekonomiska perspektiv	15
4.4.1 Kommunal äldreomsorg ur ett ekonomiskt perspektiv	15
4.4.2 Hur man räknar ut en hemtjänststimme	17
4.4.3 Kostnadsexempel	18
5. Att bo i ordinärt boende	19
5.1 ADL trappan	19
5.2 Vad är kvarboende principen?	20
5.3 Hemtjänst	22
5.4 Bostadsanpassning	24
5.5 Urvalskommunernas syn på kvarboendeprincipen	24
6. Särskilda boenden	26
6.1 Definiering av begreppet särskilt boende	26
6.2 Verksamheternas inriktning	29
6.3 Vistelsetid i särskilt boende	30
6.4 Urvalskommunernas syn på särskilda boenden	32

7. Analys	32
8. Avslutande reflektioner	36
Källförteckning	37
Bilaga 1 ADL nivåer	39
Bilaga 2 Bergers skattningsskala	41
Bilaga 3 Intervjumanual	42

Förord

Vi har ett stort engagemang för frågor som berör den åldrande individen. Och frågor om balansgången mellan människans rätt till ett självständigt liv och de resurser som skall fördelas mellan flera behövande grupper. Vi hoppas att studien ska initiera nya perspektiv och tankebanor för läsaren.

Vi tackar alla inblandade parter som hjälpt oss under arbetes gång och var och en som på sitt sätt bidragit till vårt resultat. Framför allt vill vi tacka vår handledare Per-Gunnar Edebalk för hans vägledning och de diskussioner vi haft som fört oss vidare i studien. Vi vill även passa på att tacka de tjänstemän som bistått oss med intervjumaterialet.

1. Inledning

1.1 Alla system har sina begränsningar

Fick häromdagen ett informationshäfte från stadsdel Fosie i Malmö. Det var information om äldreomsorgen i stadsdelen. Presentationen var tydlig, samtliga insatser och olika boenden för äldre fanns beskrivna. Samtidigt kom en tidning om aktiviteter i stadsdelen, i den fanns ett reportage om en äldre kvinna som flyttat till ett särskilt boende. Artikeln var skriven så att läsaren fick intrycket av att det inte var särskilt bra eller tryggt att bo på ett särskilt boende för äldre. Men om man läste vad kvinnan faktiskt sa, förstod man att hon var besviken för att hon inte fått det hon hade förväntat sig, varken mer stimulans eller hjälp än vad hon upplevde sig ha haft hemma. Dagen efter stod att läsa i Syd Svenska Dagbladet att ett av de äldreboendena som fanns beskrivna i informationshäftet och just det boendet där damen i artikeln bodde, skulle läggas ner. Beslutet var taget samma dag som informationsbladet skickades ut. Vad är det som händer? Vilseleder man medborgarna medvetet? Eller har man så dålig kommunikation mellan de olika leden i stadsdelen att informationen inte går igenom vad gäller framförhållning och planering i ett så stort politiskt område som äldreomsorg? Eller är kraven så högt ställda att man inte räknar med att de äldre ska kunna få möjligheten till ett särskilt boende, utan att de med stöd av kvarboendepincipen ska hållas kvar i hemtjänstens insatssystem?

Nedläggningarna duggar tätt och hemtjänsten går på högvarv. Har våra äldre blivit så pass mycket friskare? Använder politiker termer som hämtats ur socialtjänstlagen för att förklara ett ekonomiskt sparsyfte? Använder man kvarboendepincipen i absurdum? Känner man sig trygg med att få besök av hemtjänst tre gånger per dag, första besöket när du blir tvättad på morgonen, får frukost och blir satt i en fåtölj vid fönstret. Andra besöket när du får din folieinpackade lunch och tredje besöket när det är dags att få kvällsmat och bli nerbäddad inför natten. Uppfyller det god kvalitet i enlighet med socialtjänstlagens intentioner? Är det god omsorg? Och framför allt, hur ser alternativen ut? Är våra äldreboenden så pass bra att äldre vill bo där, kan de känna sig trygga och har de gemenskap med andra där?

När ordet ”ekonomi” förs på tal i diskussioner angående välfärdspolitik, sägs det att det alltid finns resurser. Men finns verkligen dessa resurser? För nästa generations äldre kommer resursfrågan att bli en stor stötesten och då inte först i termer om pengar utan om personalrekrytering. Vi har i demokratiska val genom majoritet uttryckt vår åsikt att vi skall fördela våra resurser genom marknadsekonomi. På grund av systemets utformning så får vi leva med att det kommer att finnas begränsningar för hur resurserna fördelas och hitta andra vägar för hur vi skall kunna fördela de resurser som ställs till förfogande.

Tidigare forskning har visat olika idealbilder som vi individer borde få leva efter. Men idealbilder har begränsningen att de vanligt förekommande kan betraktas som utopier. Balansgången mellan individens självbestämmande, integritet och samhällets resursutrymme och samhällsnytta är svårt att ta ställning i. Viktigt är att få en helhetssyn och inte bara se på varje enskild del i välfärdsystemet. Vi har många grupper som är i behov av samhällets resurser och en likvärdig samt rättvis fördelning är vad de flesta av oss önskar. Om nu systemet har sina brister skall vi då fortsätta att sträva efter idealbilden till varje pris eller att försöka förstå dessa brister och kompensera dem genom andra vägar? Att studera problemen från andra vinklingar än de allmänt rådande tankesätten kan ge värdefull kunskap. Vi bör därför ej slå igen dörren för alternativa lösningar utan att ha studerat dem, samt begrundat de problem som finns.

Varje system har sin begränsning. Vi har i studien fokuserat oss på äldreomsorgen och några av de alternativ som står äldre till buds när de är inte längre kan klara sig på egen hand. För att vi skall kunna acceptera en välfärdspolitik som bygger på demokrati och solidaritet bör gapet mellan vad vi lovar och vad vi kan hålla inte vara för stort. Vi har valt att studera kvarboendepincipen som är en stark ledstjärna inom äldreomsorgspolitik. Om man skall studera kvarboendepincipen så bör man även ta upp alternativet, som torde vara någon typ av äldreboende. Vi har här valt att ta upp särskilt boende eftersom det är den typ av äldreboende som tas upp i socialtjänstlagen, att kommunen skall inrätta. I Socialtjänstlagen 5 kapitlet 5 § är dessa boende beskrivna som inrättningar som kan ge service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd. Vi hade vissa funderingar innan uppsatsen om vad kvarboendepincipen är? Fungerar den och är den lämplig till särskilt vårdkrävande

fall? Fördelar? Nackdelar? Vilka blir effekterna? Var går gränsen för att kvarboende skall vara tillrådligt? Vad är ett särskilt boende för äldre? Vilka är fördelarna och vilka är nackdelarna med dessa boendeformer? Vilka grupper är särskilda äldreboenden anpassade för?

Vårt intresse väcktes av Senior 2005¹, en utredning som gjorts av socialdepartementet om äldre och omsorgen kring dem, och de frågor som ställs i utredningen inför framtiden. Vi har intervjuat personal från tre olika kommuner varav två olika stadsdelar i Malmö för att få höra hur kvarboendepincipen tillämpas i just deras kommun/stadsdel. Idag har vi ca 1,5 miljon medborgare i Sverige som är över 65 år. 2035 har andelen äldre ökat till ca 2,4 miljoner. Är vi rustade att genomföra den utveckling som kommer att krävas?

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är att studera kvarboendepincipen och hur den tillämpas i några olika kommuner och se alternativet, särskilda boenden för äldre, nu och inför framtiden. Vårt perspektiv vinklas mot förväntat ökat vårdbehov och begränsade resurser i framtiden.

- Vad är kvarboendepincipen och hur tillämpas den?
- Vad är särskilt boende? Behöver begreppet särskilt boende för äldre delas upp för att underlätta förståelsen av kvarboendepincipen?
- Finns det en brytpunkt när vårdbehovet inte kan tillgodoses i det ordinära boendet?
- Kan kostnader och väntade vårdbehov i framtiden motivera en ny inriktning av äldreomsorgen?

1.3 Tankeprocesser och begränsningar

Vi har gjort en deskriptiv studie av kvarboendepincipen för att kartlägga hur gränsdragningen ser ut mellan hur länge behoven kan tillgodose i ordinärt boende

¹ SOU 2002:29 *Senior 2005*

och när ett särskilt boende kan bli aktuellt. Vi har gjort fyra intervjuer från olika kommuner/stadsdelar för att få höra hur de som bedriver myndighetsutövning gällande särskilt boende tolkar principen om kvarboende. Vi valde fyra kommuner/stadsdelar för att vi ville komplettera det skriftliga materialet och av tidsmässiga skäl ansåg vi att det var tillräckligt. Valet av intervjupersoner, biståndshandläggare/hemvårdsinspektörer i myndighetsbefattning, gjorde vi för att dels få höra hur deras kriterier, som ligger till grund för behovsbedömningen och besluten är utformade och dels för att se vilken policy som kommunen stödjer sig på i kvarboendepincipen. Vi har genom detta begränsat vår undersökning till att intervjua tjänstemän i myndighetsutövningen. Vi använde oss av kvalitativa informantintervjuer med intervjumaterial, se bilaga 3. Vi har av sekretessskäl valt att inte namnge vem som sagt vad i vårt intervjumaterial. Vi vill heller inte att våra intervjupersoners uttalanden, av etiska skäl skall identifieras då detta inte är av relevant betydelse för vårt syfte.

Våra kriterier att välja Höör, Malmö (2 stadsdelar, Kirseberg och Limhamn-Bunkeflo) och Vellinge grundar sig på blandningen av kommunernas uppbyggnad. Både glesbygds och storstads strukturer är intressanta. Vellinge har en av Sveriges högsta andel när det gäller privatverksamhet i äldre omsorgen och Höör har i stort sätt endast kommunal verksamhet, Malmö ligger på 19 % privata utförare. Kommunernas ekonomiska förutsättningar är viktiga eftersom det är basen för att kunna ha en hög och stabil välförhållning. Folkmängden i de valda delarna ligger mellan ca 14 000 till 30 000 invånare. Informationen om kommunerna har till största del tagits från deras hemsidor som i sin tur har länkat till Statistiska centralbyråns hemsida med kommunfakta.

Vi har använt rapporter och SOU-utredningar från Socialdepartementet. Informationen där anser vi som tillförlitlig då de själva i sina rapporter och utredningar kritiskt granskar sanningshalten i sitt innehåll. Statistik och information från Kommunförbundet och Statens statistiska centralbyrå, SCB har också använts. En stor del av statistiken i Sverige gällande äldreomsorgen, samlas in av Kommunförbundet. Svenska kommunförbundet är en organisation som har till uppgift att ta till vara på kommunernas intressen gentemot staten och den kommunala självstyrelsen och är även en arbetsgivareorganisation. Detta bör man

beakta vid användandet av informationen. Insamlat material från Svenska Kommunförbundet sammanställs av SCB. Problemet med att använda dessa stora utredningar är att mängden information gör det svårt att överblicka valt ämnesområde under en kort tid. Senior 2005 har använts som bakgrunds information. Vi har även använt vad som idag är historiska dokument men fortfarande till vissa delar är relevanta. Som Ivar Lo-Johanssons ”*Ålderdoms- Sverige*”, som väckte stor uppmärksamhet när materialet publicerades första gången. Den har verkat som ett startskott till kvarboende principens framväxt och det dominerade inslaget av hemtjänst i svensk äldreomsorg.

Ekonomi har tillsammans med individens medbestämmande varit två stora pådrivande krafter för att övergå till och bibehålla kvarboendepincipen för dem som har stort omvårdnadsbehov och bor i det ordinarieboendet. Detta gör det intressant att studera om de ekonomiska aspekterna håller hela vägen. Ur tidigare forskning har vi använt material från Per-Gunnar Edebalk, vars forskningsfält är bland annat just äldreomsorgens ekonomi och organisation och har lång erfarenhet på området. Övriga som bidragit är författare till FoU rapporter och studier kring särskilt boende och kvarboendepincipen, som vi använt oss av för att bilda oss en bredare uppfattning av ämnet. Ett av problemen under vår undersökning var att medvetandegöra vår egen förståelse. Martina Takter har arbetat på ett särskilt boende i Malmö och genom det fått utgångspunkten från utförarperspektivet. Lars-Erik Hörnlund har arbetat som biståndsbedömare i Vellinge kommun och har från det perspektivet funderat kring äldrefrågorna. Detta har emellertid gett oss chansen att dra nytta av våra olika utgångslägen och diskuterat fakta från olika perspektiv, vilket har stimulerat till nya tankeprocesser.

2. Den svenska äldre omsorgen

2.1 Tillbaka blick

I tidigare lagstiftning var kommunernas skyldighet att inrätta hem för åldringar och andra vårdbehövande redan inskriven i 1918 fattigvårdslag, ny socialhjälpslag antogs 1955. Ålderdomshemmen med klientelblandning var i dominerande ställning enda fram till 1950-talet, då landstingen tog över verksamheten för de

kroniskt och psykiskt sjuka och sjukhem inrättades². Ivar Lo- Johansson framförde en kritik med sin ”*Ålderdom*”³ utgiven 1949 och ”*Ålderdoms- Sverige*”⁴ utgiven 1952, mot det förfaringssätt som äldre blev behandlade på de ålderdomshem som fanns under denna tid. En del av kritiken var att äldre blandades med alla som inte fick vara ute i samhället, ofta var de äldre till och med i minoritet. Ivar Lo- Johansson beskriver bland annat hur ett hem som har 90 platser har 30 kroniskt sjuka och 27 svårt sinnessjuka⁵ permanentboende. Men även på sättet hur man tvingade in äldre på hemmet, är anmärkningsvärt, enskilda tjänstemäns tyckande styrde över hur äldre skulle leva sina liv. Under denna tid växte hemtjänsten fram som alternativ till vårdhemmen.

Under 1970-talet skedde en stark utbyggnad av servicebostäder där de äldre kunde hyra lägenheter med god boendestandard och lättillgänglig service. Servicehusen var ofta byggda med flera gemensamhets utrymmen som hobbylokaler och restaurang.

En trend bland kommunerna på 90-talet blev att de äldre som flyttade in på servicehus hade större omvårdnads behov än det var tänkt. Tanken med servicehus var i början att äldre med ringa vård och omsorgsbehov skulle bo där. I en del kommuner har platserna på servicehusen blivit behovsprövande och är uppgraderade till särskilda boende för äldre med behov av särskilt stöd. Det finns tendenser att denna trend är på väg att svänga tillbaka, Malmö har inga servicehus och Vellinges politiker har, enligt chefen⁶ för Besluts och rehab enheten i Vellinge, börjat tänka om angående servicehusen. Politikerna i Vellinge vill att servicehusen i framtiden inte skall vara behovsprövade utan förmedlas via bostadsbolagen, som det från början var tänkt att fungera.

² Lars Andersson (red.) (2002) *Socialgerontologi*. Studentlitteratur, Lund s. 217

³ Ivar Lo-Johansson (1952) *Ålderdoms- Sverige*. Sandby grafiska, Lund 1987

⁴ Ivar Lo-Johansson (1952) *Ålderdoms- Sverige*. Sandby grafiska, Lund 1987

⁵ Ivar Lo- Johansson (1952) *Ålderdoms- Sverige*. Sandby grafiska, Lund 1987, s 26

⁶ Intervju med Lotta Modeér, chef för besluts och rehabenheten i Vellinge, 031128

2.2 Ädelreformen

Ädelreformen trädde i kraft den första januari 1992. Syftet med reformen var främst att få en effektivare användning av samhällsresurser. Att slippa ett delat huvudmannaskap mellan landsting och kommun skulle underlätta för medborgaren och effektivisera omsorgen. Kommunerna fick ta ett ansvar för äldres och handikappades vård och omsorg i ett längre perspektiv än tidigare. Det innebar även ett lagstadgat ansvar att inrätta särskilda boendeformer för vård, service och dagligverksamheter. De fick också ett sjukvårdsansvar upp till sjuksköterskenivå (med primärvårdsläkaren som medicinskt ansvarig).

Kommunerna fick ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk akutsjukvård, det innebär att de får gå in och betala för de äldre som ligger kvar på sjukhusen, när akutsjukvården inte längre behandlar dem som är medicinskt färdigbehandlade. De patienternas omsorgs och vårdbehov ska då tillgodoses av antingen hemtjänst, en korttidsplats eller särskilt boende. Detta var ett led i att effektivisera sjukvården och att se till att de äldre fick fortsatt omsorg i kommunens regi. Samtidigt som reformen kom delades ett stimulansbidrag ut till kommunerna, för att stimulera och få igång byggandet av särskilda boenden.

Nyckelbegrepp i Ädelreformen skulle vara valfrihet, trygghet, integritet och självbestämmande⁷. De särskilda boendena skulle ses som egna hem med personlig prägel, de boende skulle få möblera efter eget tycke och med egna möbler. Institutionskänslan skulle arbetas bort och försvinna samtidigt som det skulle finnas personal och tillgång till sjuksköterska dygnet runt. Detta skulle skapa trygghet och bättre förutsättningar för att vidare utveckla äldre omsorgen inför framtiden. En tolkning av nyckelbegreppen blev kvarboendeprincipen. Valfrihet, trygghet, integritet och självbestämmande blev detsamma som att kunna få bo kvar i det egna hemmet, så länge som möjligt.

⁷ Hjortsjö- Norberg, Marianne (2003) *Att leva och bo i "särskilt boende"*, FoU rapport 3:2003. Jönköping: Luppen kunskapscentrum.

3. Beskrivning av intervjuade kommuner

För att ge en bild av de olika kommunernas utformning har vi valt att ta med information om dem som vi intervjuat.

3.1 Höörs kommun

Höörs kommun⁸ är en kommun som ligger mitt i Skåne på gränsen mellan slättlandskapet och skogsbygden. Höör bildades 1969 genom att man slog samman ett antal mindre kommuner, sedan dess har kommunens invånare antal ökat med ca 50 %. Höörs kommun har gynnats av billigare tomtpriser och en utökad infrastruktur gällande kommunikationerna. I dag så kan man pendla både med Öresundstågen och med regionaltåget för att komma till storstäderna.

Figur 1

Fakta baserat på år 2002	
Folk mängd	14169 inv.
Areal	293 kvkm
Åldersfördelning 65-	17 %
Medel inkomst	193 000
Inkomst/invånare	-
Kostnad äldreomsorg	8493 kr/inv.
Andel i kommunal regi	94,6 % (äldreomsorg)
Total skattesats	31,22 %
Där av till kommun	20,83 %

Det finns ca 154 platser på särskilt boende i Höörs kommun.

3.2 Malmö Kirsebergs stadsdel

Kirseberg⁹ kallas även ”Backarna” och är en av Malmös äldsta arbetarförstad. Området ökade starkt i tillväxt under industrialiseringen i början på 1900-talet då människor flyttade in från landsbygden till staden, vilket har gett området sin

⁸ <http://www.hoor.se/>

⁹ <http://www.malmo.se/>

speciella karaktär. I Kirsebergs området finns en tendens för tillfället, att äldre flyttar ut från stadsdelen och yngre flyttar in. Inkomst nivån ligger under snittet i Malmöområdet.

Figur 2

Fakta grundat på år 2002	
Folk mängd	13711 inv.
Areal	6,48 kvkm
Åldersfördelning 65-	16 %
Medel inkomst	174 000
Kostnad äldreomsorg	8347 kr/inv.
Andel i kommunal regi	80,9 % (äldreomsorg)
Inkomst/invånare	99 822
Total skattesats	31,23 %
Där av till kommun	20,84 %

Det finns idag 103 permanentplatser och 72 korttidsplatser i stadsdelen.

Korttidsplatserna kommer inom kort att avvecklas för att ersättas av ett boende under byggnation med 44 platser.

3.3 Malmö Limhamn- Bunkeflo stadsdel

Denna stadsdel är till ytan Malmös största stadsdel med en koncentrerad kärna i Limhamn och sedan flera ytterområden som Bunkeflostrand, Bunkeflo, V Klagstorp med flera. Limhamn är omnämnt redan på 1500-talet och blev municipalsamhälle (stadsliknande) 1886 samt köping (vissa stadsliknande befogenheter) 1906. Det blev en del av Malmö 1915 även om Limhamns befolkning ibland känner sig som en egen stad.

Figur 3

Fakta grundat på år 2002	
Folk mängd	31 044 inv.
Areal	52,2 kvkm
Åldersfördelning 65-	19 %
Medel inkomst	-
Inkomst/invånare	142 966
Kostnad äldreomsorg	8347 kr/inv.
Andel i kommunal regi	80,9 % (äldreomsorg)
Total skattesats	31,23 %
Där av till kommun	20,84 %

Det finns ca 500 särskilda boendeplatser i stadsdelen varav cirka hälften av platserna säljs till andra stadsdelar.

3.4 Vellinge

I sydvästra hörnet av Skåne ligger Vellinge¹⁰ kommun beläget i ett bördigt jordbrukslandskap. Förutom sina tvillingstäder Falsterbo och Skanör så är Vellinge känt för sina naturområden med härliga badstränder och viktiga fågelområde. Vellinge uppstod som en järnvägsknut, men järnvägen är i dag nedlagd. Bebyggelse från 1100-talet vittnar lite om Vellinges kulturarv, med Skanör och Falsterbo som medeltida bosättningar som var viktiga handelsstäder under 1100 till 1300-talet. I dag är området mest känt som sommarort vilket inleddes runt 1800-talet, Falsterbo Horseshow och golfbanor.

Figur 4

Fakta grundat på år 2002	
Folk mängd	31 087 inv.
Areal	143 kvkm
Åldersfördelning 65-	16 %
Medel inkomst	-
Kostnad äldreomsorg	5602 kr/inv.
Andel i kommunal regi	65,9 % (äldreomsorg)
Inkomst/invånare	142 966
Total skattesats	29,62 %
Där av till kommun	20,22 %

I Vellinge finns det ca 608 aktuella vårdtagare, 96 servicelägenheter, 140 särskilda boende och 10 korttidsplatser för avlastning, rehabilitering och liknande. Vellinge har lägsta skattesatsen av de kommuner som finns beskrivna i figur 1-4. Vellinge har även en markant lägre äldreomsorgskostnad än övriga kommuner.

¹⁰ <http://www.vellinge.se/>

4. Resurser nu och i framtiden

4.1 Demografi

Siffran över antalet tillgängliga platser på särskilda boenden har legat konstant under den senaste 5-års perioden¹¹ medan antalet äldre som bor på äldreboende har minskat sett med tanke på befolkningsutvecklingen.

4.2 Hur många äldre kommer vi att vara 2035?

I år 2003 är vi ca 8 974 960¹² invånare i Sverige av vilket 1 540 621 är 65 år eller äldre. Vi människor har en förmåga att kategorisera vår omgivning, för att försöka förstå den bättre. Likadant gör vi med våra medmänniskor, nämligen delar in dem i grupperingar, bland annat i åldersgrupper. Misstaget som vi gör vid sådana grupperingar är att vi glömmer bort att detta är grova generaliseringar och att det finns individer bakom alla dessa grupperingar. Dessa individer har olika hopp, drömmar, behov och livsmål, men även olika förutsättningar att nå fram till sina mål. En stor del av våra äldre medborgare (65+) är idag i god vigör och kommer inte att behöva någon stor service från äldreomsorgen förrän först i 80-årsåldern.

Prognos över befolkningen efter ålder 65+ och år 2003, 2035

Figur 5

2003		2035	
65-74	746 247	65-74	1 137 707
75-84	582 143	75-84	823 071
85-94	199 040	85-94	387 742
95+	13 191	95+	24 977

Källa: <http://www.ssd.scb.se/databaser>

År 2035 har antalet äldre över 65 år ökat med 832 876, medan befolkningen över 85 år har ökat med 200 488, vilket ger en fördubbling av de äldre som har störst vård- och omsorgsbehov. Detta är av största intresse enligt Svenska

¹¹ Socialstyrelsen (2001a) *Rättsäkerhet inom äldreomsorgen*. S. 10

¹² Statistiska centralbyrån. <http://www.ssd.scb.se/databaser> (2003)

kommunförbundet, eftersom det är här resurserna i framtiden kommer att behövas¹³. Samtidigt förväntas gapet mellan behov och tillgängliga resurser under tiden 2001-2010 inom vård- och omsorg att öka med 12 miljarder kronor (24 %)¹⁴. Enligt Svenska kommunförbundet är denna siffra lågt räknad, då den är beräknad på den demografiska utvecklingen, med bibehållet hjälpbehov i samma omfattning och på sätt som idag. Påpekas bör att en prognos är en prognos och inget definitivt. Flera olika faktorer spelar in i hur framtidens siffror kommer att se ut i verkligheten.

Ser man till Sveriges samlade demografiska kurva så står vi framför ytterliggare problem. Antalet individer i åldern 25- 65 är i stort sett detsamma men vi ökar andelen äldre. Det kan åskådliggöras med tabellen (fig.6) samt diagrammet (fig.7).

Prognos över befolkningen efter ålder och år 2003 och 2035

Figur 6

	2003	2035
0-4	472 351	557 791
5-14	1 126 552	1 175 964
15-24	1 072 925	1 218 814
25-34	1 165 942	1 219 839
35-44	1 262 446	1 263 426
45-54	1 180 128	1 249 987
55-64	1 153 995	1 170 038
65-74	746 247	1 137 707
75-84	582 143	823 071
85-94	199 040	387 742
95+	13 191	24 977

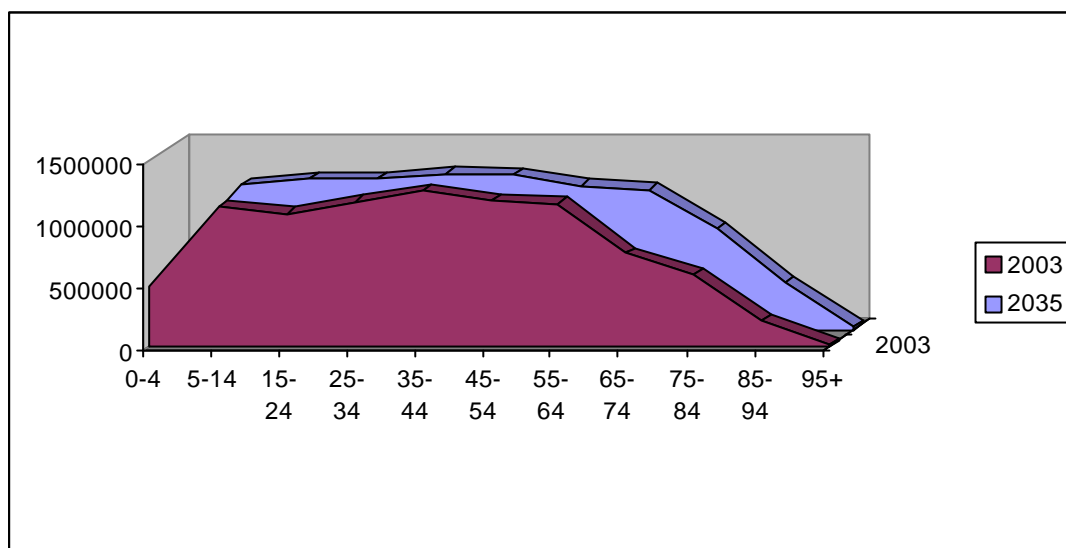
Källa: <http://www.ssd.scb.se/databaser>

¹³ Svenska kommunförbundet. (2003), *Aktuellt om äldreomsorgen 2003*. Get AB Stockholm s. 8

¹⁴ Svenska kommunförbundet. (2003) Projekt äldreberedning <http://www.svekom.se/skorg/projekt/aldre/b1.htm>

Diagrammets area för 2003 är till stor del den samma som 2035 förutom efter ungefär 65 årsåldern då arean ökar i befolkning 2035.

Figur 7



Många sociala förhållanden påverkar vår livslängd, som hälsa, ekonomi, livsstil, matvanor med mera. Socialstyrelsen skriver i sin folkhälsorapport 2001 att den egen upplevda hälsan bland de äldre har förbättrats under de senaste 20 åren. Men enligt Svenska kommunförbundet är det främst bland de ”yngre” äldre som hälsan har förbättrats. Ibland de äldsta så inträffar problemen med hälsan runt 80-årsålder och under de sista levnadsåren är det mer vanligt att de äldre får flera diagnoser samt kraftigt ökande vårdbehov¹⁵.

4.3 Personal i kommunal äldreomsorg

Den stora kärnan i kommunal omsorg kring de äldre, igår, idag och imorgon är personalen. Informationen om personal i äldreomsorgen är hämtad från Kommunförbundet.¹⁶ Vilka är det som tar hand om de gamla? Är det boendena eller personalen, som tar hand om de gamla, som står för kvaliteten? 2002 var 256 000 personer anställda i omsorgen kring äldre och funktionshindrade, av dem var 192 000 undersköterskor eller vårdbiträden. Gruppen anställda har ökat med 35 300 sedan 1995. Men av dessa är det år 2002: 213 700 personer som är

¹⁵ Svenska kommunförbundet. (2003), *Aktuellt om äldreomsorgen 2003*. Get AB Stockholm s. 9

¹⁶ *Aktuellt om äldreomsorgen*, oktober 2003, Svenska Kommunförbundet

sysselsatta med äldreomsorg och funktionshindrade. Av dessa är det 158 600 som är undersköterskor och vårdbiträden, detta är en minskning sedan 1995 med ungefär 100 personer. Övriga 33 600 personer är lediga av flera olika anledningar såsom studier, barnledighet och sjukskrivning. Personalen som arbetar i äldreomsorgen består av 91 % kvinnor. Omvårdnadsutbildning har 52 % av undersköterskorna och vårdbiträdena. Median lönen ligger på 16 400 kronor respektive 15 700 kronor och är ett tydligt exempel på ett låglöneyrke. I praktiken arbetar 37,5 % heltid.

Antalet gamla över 80 år har under samma tid ökat med totalt 54 787¹⁷ personer. Totalt antal äldre¹⁸ som hade beviljats någon form av insats, hemtjänst eller särskilt boende, i oktober 2002 var det 240 697 personer och av dem var det 178 851 som var över 80 år.

4.4 Ekonomiska perspektiv

4.4.1 Kommunal äldreomsorg ur ett ekonomiskt perspektiv

Det märks vid intervjuerna att ekonomi är ett ord som inte är särskilt populärt, när man skall studera områden som äldreomsorgen. Men ekonomin är en av de faktorer som påverkar utformningen och genomförandet. Hela välfärdskonceptet i samhället grundar sig på att det finns tillräckligt med resurser. Äldreomsorgen är till största delen finansierad av kommunalskatt och en mindre del av de avgifter som äldreomsorgen har. På statlig nivå utformas lagar och förordningar vilka ska implementeras på kommunalnivå. För att genomföra detta skjuts det även till en del statsbidrag, ca 15 % av kommunernas intäkter. Vårdtagarnas avgifter är förutom en del i finansieringen även en viss styrningseffekt för efterfrågan på äldreomsorg¹⁹. Avgifterna som betalas in till kommunerna utgör ca 7 % av kommunernas intäkter²⁰.

¹⁷ Statens statistiska central byrå, <http://www.scb.se> 031212

¹⁸ Socialstyrelsen, publikationer Äldre- vård och omsorg 2002, <http://www.sos.se>

¹⁹ Lars Andersson (red.) (2002) *Socialgerontologi. Ekonomi och äldreomsorg* Per Gunnar Edebalk. Studentlitteratur, Lund s. 216

²⁰ Svenska kommunförbundet (2003), *Aktuellt om äldreomsorgen 2003*. Get AB Stockholm

”Varje tid har sina ideologier”²¹ skrev Per Gunnar Edebalk 1987, om den omhuldade hemboendeideologin som finns inom äldreomsorgen. P G Edebalk beskriver hur staten löste försörjningsfrågan för de äldre genom folkpensionerna efter andra världskriget. Kommunerna fick statsbidrag till hemhjälp för att de äldre skulle kunna bo kvar hemma. Sverige skulle frångå de institutioner som Ivar Lo-Johansson beskriver som inte lämpliga, i sin bok ”*Ålderdoms-Sverige*”²².

Vi ser en svårighet i att få kommunerna att ha en gemensam enhetlig syn på äldreomsorgen och genomförandet av denna. Omsorgen ska inte grunda sig på vilken kommun man är bosatt i. Förutsättningarna blir olika mellan kommunerna beroende på resurser och vilken ambitionsnivå kommunen lägger sig på. Även den ideologiska bakgrunden spelar in när man vill utforma äldreomsorgen, man skapar olika politiska förutsättningar som systemet skall arbeta efter. I dag finns det 290 kommuner som hanterar äldreomsorgen, viss samordning sker mellan dessa, enligt en av biståndsbedömarna vi talade med.

Olika utjämningskonstruktioner har införts och kommer troligen vidareutvecklas för att utjämna delar av de skillnader som finns i kommunernas utgångsläge. Sådana system tillför även vissa nackdelar, en viss irritation mellan kommunerna och ett intresse att hålla kvar resurserna i den egna kommunen. Istället för att se till den samlade samhällsekonomiska bilden. Kostnaden för äldreomsorgen sträcker sig över mer än enbart kommunens intressesfär. Genom att betrakta frågan ur ett makroperspektiv kan man skapa sig en helhetssyn. Kostnaden för äldreomsorgen är det samlade värdet på produktionsresurserna som skall användas²³. Samhällssystemet tillåter oss att använda endast en viss procent av de samlade resurserna till varje given socialsektor. När det gäller kostnader för kvarboendet så finns det en del poster som bör studeras, bland annat boendekostnad, hemtjänststimme, trygghetslarmkostnad mm. Det finns även kostnader som är svåra att mäta eller ligger under andra kostnader än äldreomsorgen t.ex. anhörigas insatser, stöd till olika organisationer, träfflokaler och liknande.

²¹ Per-Gunnar Edebalk (1987). Meddelande från socialhögskolan 1987:7 *Hemboendeideologin*. Lunds universitet, Lund

²² Ivar Lo-Johansson (1952) *Ålderdoms-Sverige*. Sandby grafiska, Lund 1987

²³ Per-Gunnar Edebalk (1987). Meddelande från socialhögskolan 1987:7 *Hemboendeideologin*. Lunds universitet, Lund s.41

I Svenska kommunförbundets redovisning ”Aktuellt om äldre omsorg 2003” redovisas kostnaderna för äldreomsorgen dels som en procent av kommunernas totala kostnad och dels som kostnad per person över 65 år. Detta görs utan att man redovisar vad man har lagt in för kostnader i de olika posterna. T.ex. så är kostnad per vårdtagare över 65 år svårt att tolka då vårdbehovet är större för äldre över 82 år. Yngsta av de äldre har ofta endast trygghetslarm eller enklare serviceinsatser som städhjälp²⁴.

4.4.2 Hur man räknar ut en hemtjänsttimme

Svenska kommunförbundet har gjort en rapport 2003 med förslag om hur man bör beräkna en hemtjänsttimme. Anledningen till detta är att det är en viktig del för uppföljningen av äldreomsorgen och kunna ge kommunerna en möjlighet till jämförelse samt vid kostnadsanalyser²⁵. För att beräkningen skall vara tillräckligt kvalitativ skall förutom de direkta kostnaderna som löner, sociala avgifterna mm även indirekta kostnader som stödfunktioner räknas in. Däremot anser man inte att hemsjukvården skall ingå eftersom den skiljer sig åt mellan kommuner, hälften av kommunerna utför hemsjukvård och den andra hälften utför det genom landstingets regi. Även resurser som avlastar hemtjänsten anses inte ingå utan redovisas separat.

Förutom den arbetstid som används hos vårdtagaren så har arbetstagarna även en viss kringtid som bland annat består av raster, veckoplanering, arbetsplatsträffar, gångtid/färdtid mm. Hemtjänsttimmen är enligt förslag de 60 minuter som används hemma hos vårdtagaren. Man gör en beräkning på personalens årsarbetstid, vilket ligger i snitt på 1700 timmar per år, kringtiden skall sedan räknas bort för att få fram effektiv tid hos vårdtagarna. Vid beräkning av denna hemtjänst timme har man funnit att för att få ett 60 minuters pass hemma hos en vårdtagare så kostar det ca 96 minuter i arbetstid. Detta medför att en hemtjänst timme hos en vårdtagare ligger någonstans mellan 300- 400 kr, enligt Svenska kommunförbundets beräkningar.

²⁴ <http://www.svekom.se/skorg/projekt/aldre/b3.htm>

²⁵ Svenska kommunförbundet (2003), *Hemtjänsttimme*.
<http://www.svekom.se/vard/aldre/styrning/styrningindex.htm>

4.4.3 Kostnadsexempel

Om vi utgår från omsorgstrappan (se kapitel 5.1) och visuellt försöker se hur förhållandet mellan kostnad och funktionsnedsättning ser ut. Ingångs faktorerna är enligt följande:

Kommunernas genomsnittliga personalkostnader per omsorgstagare i ordinärt och serviceboende. Tkr år 1996.

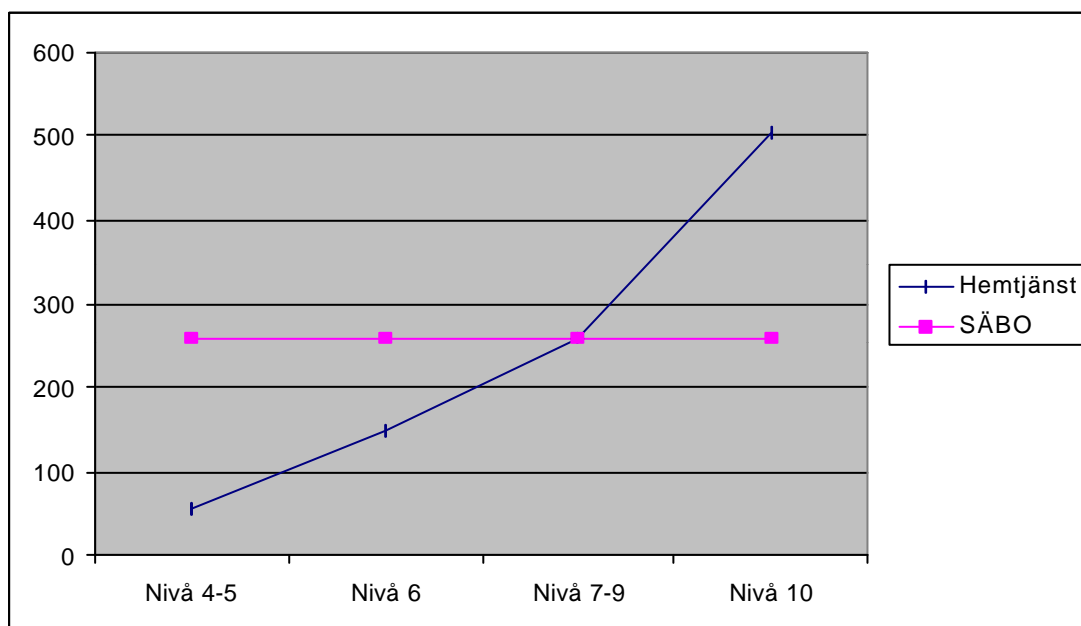
Figur 8

Insatser	Nivå 10	Nivå 7-9	Nivå 6	Nivå 4-5
Hemtjänst	201,9	138,4	87,6	42,9
Dubbel bemanning	170,9	33,8	4,2	0
Ob-tillägg	27,6	10,3	3,7	0,9
Nattpersonal	56,5	37,4	24,5	0
Restid	27,8	31,2	23,1	10,2
Övrig personal	17,6	8,8	5,2	2
Summa	502,3	259,9	148,3	56

Källa: <http://www.svekom.se/skorg/projekt/aldre/b3.htm> 1996

I ett diagram med 1996 års siffror kommer man fram till en brytpunkt mellan kostnaden för hemtjänst i ordinarieboende och särskiltboende runt ADL-nivå 7-9. Det vill säga när kostnaderna för hemtjänst överstiger kostnaderna för ett särskilt boende.

Figur 9



Särskilt boende kostnaderna ligger i princip konstant beroende på att personalen finns på plats oavsett antalet vårdtagare. En viss differens på det särskilda boendet finns beroende på personaltätheten, här har siffran 260 tkr används i figur 9, SÄBO²⁶. När det gäller insatser i hemmet ökar kostnaderna drastiskt vid högre omvårdnadsbehov som behövs, bland annat vid dubbelbemanning och behov av nattpersonal. Beräkningarna visar att med ökat hjälpbehov ökar kostnaderna för biståndsinsatserna i hemmet jämfört med insatser i form av särskiltboende²⁷. Insatsen hos en vårdtagare i de olika nivåerna varierar stort då behoven är individuella. Hjälpbehovet för en vårdtagare som befinner sig i ADL-nivå 7-9 ligger på 2-8 timmar/dag vilket ger en kostnad på 700-2800 kr/dag (utan dubbelbemanning) vilket kan jämföras med kostnaden för särskiltboende som ligger runt 1000-1500 kr/dag²⁸.

Förutom kommunernas kostnader har även landstinget kostnader i form av sjukhusvård, rehabilitering mm. Och staten har kostnader för de äldre i form av bostadstillägg för pensionärer (BTP), vilket tenderar att ligga högre för vårdtagare som bor på särskiltboende.

5. Att bo i ordinärt boende

5.1 ADL trappan

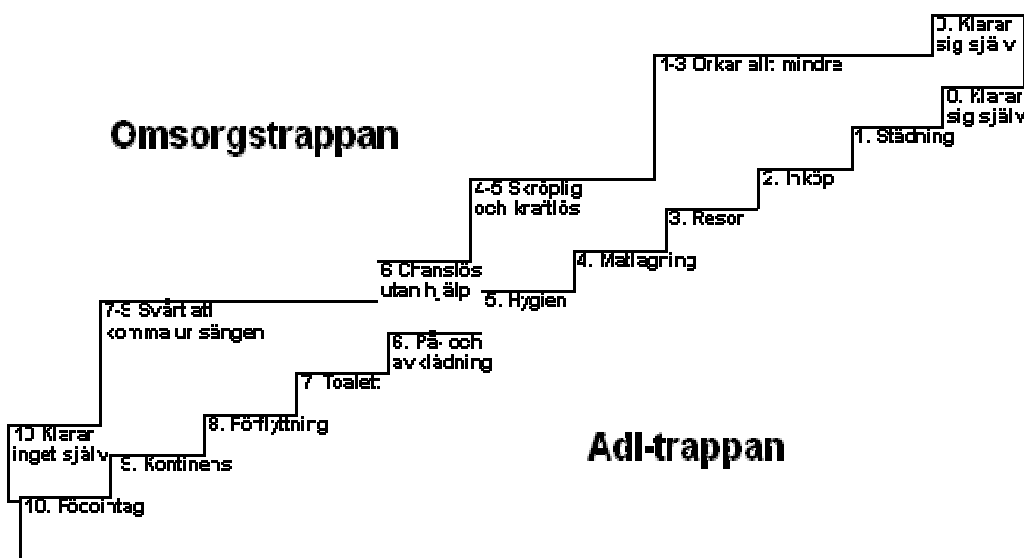
För att få en bild av hur man bedömer äldres funktioner i vardagslivet och en förståelse för hur en gammal människas liv kan te sig konkret, ska vi här ge en sammanfattning och beskrivning av ett av de viktigaste hjälpmedel som används för behovsbedömning, inom hela äldreomsorgen. De olika nivåerna varierar något mellan olika kommuner. ADL, Activities of Daily Living (aktivitet i det dagliga levernet), är ett instrument som används i äldreomsorgen för att beskriva fysisk status på äldre och där igenom underlätta behovsbedömningen och även insatserna. Grunden till ADL instrumentet lades av Dr. Sidney Katz i början av 1970 talet. Han kartlade de grundläggande aktiviteterna som förekommer hos en enskild individ

²⁶ Svenska kommunförbundet (2003) <http://www.svekom.se/skorg/projekt/aldre/b3.htm>

²⁷ Lars Andersson (red.) (2002) *Socialgerontologi. Ekonomi och äldreomsorg* Per Gunnar Edebalk. Studentlitteratur, Lund s. 219

och framför allt, vilka begränsningar som olika fysiska tillstånd ger i det dagliga livet. Dr. Katz skala utvecklades och kom att kallas för ADL trappan och användas även vid bedömning av äldres fysiska förmåga att hantera sin dagliga omvårdnad och sysslor, för ett självständigt boende. ADL trappan är uppdelad i elva steg, från 0 till 10. Den översta omsorgstrappan i figuren nedan beskriver hemtjänstens nivåer i Malmö stad. Vi har fått informationen om nivåerna från hemvårdsinspektör Ann Rubin²⁹ på Kirsebergsstadsdels förvaltning. Utförligare beskrivning av ADL trappan finns i bilaga 1.

Figur 10



<http://www.svekom.se/vard/aldreberedningen/verksamhet/kost%5Fadl.htm>

För definiering av olika grader av demens används Bergers skattningsskala som går från 0 till 6. Bilaga 2.

5.2 Vad är kvarboendepincipen?

I Socialtjänstlagen kap 5 § § 4,5 står följande:

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

§ 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

²⁸ Siffrorna från Biståndshandläggare i Vellinge kommun (2003)

²⁹ Intervju med Ann Rubin, hemvårdsinspektör i Kirsebergsstadsdels förvaltning, 031205

service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd".³⁰

Kvarboendepincipen har blivit ett mål i kommunerna som innebär att i mesta möjliga mån låta äldre bo kvar i sin hemmiljö, sitt ordinära boende. Tidigare var syftet att ge äldre och handikappade en möjlighet att välja och få stöd om man valde att bo kvar i hemmet även med funktionshinder. I en av bilagorna till SOU 2002:29 "Senior 2005"³¹ finns ett antal frågor kring kvarboendepincipen. Frågorna är intressanta för att förstå hur tankegångarna och svårigheterna kring kvarboendet i ordinärt boende ser ut och kan behöva hanteras i framtiden.

- Behövs det särskilda boendeformer eller kan all vård och omsorg tillgodoses i det ordinära boendet?
- Är det möjligt att på ett tryggt och värdigt sätt tillgodose behoven hos en person med en framskriden demenssjukdom i ordinärt boende?
- Ska det finnas gränser för när den äldre kan kräva att insatserna ges i det ordinära boendet?
- Kan ekonomiska och/eller personella resurser vara sådana skäl som skulle kunna avgöra ett sådant beslut?
- Ska den äldre som vill ha rätt att få flytta till ett särskilt boende, eller ska valfriheten begränsas till att välja bort boende i särskild boendeform?
- Vilka krav ställs på samhället, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen, anhöriga och den enskilde när fler äldre med omfattande behov av vård och omsorg får dessa tillgodosedda i ordinärt boende?³²

Som frågorna ovan visar är det ett brett spektra av olika aspekter som behöver beaktas i diskussionen, med och om, äldres boende och omsorg.

Med stöd av socialtjänstlagen tolkar kommunernas politiker och tjänstemän de äldres behov. Behovsbegreppet är mångtydigt, om detta skriver bland annat Socialstyrelsen i sin "Ädelutvärdering"³³. Tjänstemän och politiker talar om behov i bemärkelsen demografiska prognoser och efterfrågan. Vård och omsorgspersonal

³⁰ SoL 5 kap. §§ 4,5

³¹ SOU 2002:29 *Senior 2005*

³² SOU 2002:29 *Senior 2005*

³³ Ädel utvärdering 96:4 *Äldreboendet efter Ädel*, Socialstyrelsen 1996 Stockholm

utgår mer från den enskildes egna resurser och möjligheter. Behovsbegreppet ger olika effekter för den enskilde beroende på vem som tolkar och ger i praktiken olika hjälpinsatser beroende på i vilken kommun vårdtagaren bor.

5.3 Hemtjänst

Hemtjänsten är en viktig del i verkställandet av kvarboendepincipen, vi har intervjuat tre olika kommuner och två stadsdelar i Malmö om kvarboendepincipen vi kommer att diskutera dessa i ett senare kapitel av vårt arbete och här först visa hur det ser ut över landet och vad hemtjänsten innebär.

I hemtjänsten fanns år 2002; 25 500 vårdtagare, eller 8,2 % av befolkningen.³⁴

Hemtjänsten är uppbyggd på flera olika insatser:

Trygghetslarm är en av de insatser som ökar mest, det innebär att vårdtagaren har ett larm kopplat mellan hemmet och hemtjänstpersonalen. Det ger en trygghet för den enskilde att snabbt kunna få hjälp om och när det kan behövas. Det finns även särskilda övervakningslarm för dementa, dessa kräver ett särskilt beslut och speciell dokumentation.

Matdistribuition är en vanlig insats som innebär distribuering av färdiglagad mat till självkostnadspris. Även denna insats kräver oftast biståndsbeslut från kommunens biståndshandläggare. Hemtjänsten utför även städning, tvätt, inköp och liknande. Personlig omvårdnad är en annan stor del av hemtjänstens insatser. Omvårdnaden innefattar allt från duschning till terminalvård (vård i livets slutskede). Det finns även ofta möjligheter att få vak. Samtliga av hemtjänstens insatser är behovsbedömda och är ofta noga uppdelade. Till exempel, i Malmö är alla insatser uppdelade i behovsnivåer och i varje nivå ingår specificerade insatser.

Andra behovsbedömda stöd insatser för att underlätta kvarboendet i det ordinära boendet är anhörigstöd. 1999-2001 satsades 100 miljoner årligen i stimulansbidrag åt kommunerna för att vidareutveckla anhörigstödet med exempelvis stödsamtal och information till anhöriga. Det finns inga siffror på hur många anhöriga som

³⁴ *Aktuellt om äldreomsorgen*, oktober 2003, Svenska Kommunförbundet

vårdar sina nära i hemmet. Däremot finns siffror på hur många anhörigbidrag som betalades ut år 2002, 5500 personer över 65 år och 2100 personer hade så kallad anhörig anställning. Man vet att mörkertalet på anhöriga som vårdar i hemmet är betydligt större än så.

I en artikel i Syd Svenska Dagbladet den 3 januari 2004 skrev Britt-Louise Jirenhed³⁵, ordförande för Malmö Anhörigförening, ett antal frågor om hur kommunen tänkt sig att kunna utöka kvarboendet för äldre, med den icke fungerande hemtjänst som idag står till buds. ”Det behövs ett radikalt nytänkande beträffande hemtjänsten och dess utformning.” Vidare beskriver hon de äldres situation med alla de olika ur hemtjänstpersonalen som kommer och som en vårdtagare beskrev ”hemmet har blivit en järnvägsstation” Hon ifrågasätter de tendenser som kommunen visar angående ökat krav på anhörigvårdare och frivilligorganisationers insatser. ”... många medelålders döttrar/söner kommer att slitas mellan gamla föräldrar och ett heltidsarbete.” Anhörigas omsorgsinsatser nämndes vid samtliga intervjuer vi gjorde.

1991 hade 250 000 vårdtagare beviljad hemtjänst och 1994 var det 145 000. Under samma tid ökade särskilda boende platser från 90 000 till 140 000, det bör också nämnas att i den senare siffran ingår de boenden som kommunerna tog över från landstinget vid Ädelreformen³⁶. Det betyder att det var äldre som redan befann sig i omsorg men genom landstingets försorg.

Kommunerna bedriver även dagverksamhet. Det är olika aktiviteter under ett samlingsnamn. Dagverksamheterna är biståndsbedömda och används många gånger som ett avlastningsstöd för att anhörigvårdare ska få en stund för eget bruk. 2002 beviljades 10 400 vårdtagare från ordinärt boende dagverksamhet och 2 600 boende i särskilda boendeformer. År 2000 var siffran 11 700 från ordinärt boende respektive 3 800 från särskilda boendeformer, en minskning med 2 500 vårdtagare, procentuellt sett är minskningen störst bland vårdtagare från särskilda boendeformer.

³⁵ Jirenhed Britt-Louise (2004) ”Bättre hemtjänst om kvarboendet ska öka”. *Sydsvenska Dagbladet* Nr 2, vecka 1 årgång 156, del C2

³⁶ Ädel utvärdering 96:4 *Äldreboendet efter Ädel*, Socialstyrelsen 1996 Stockholm

Kvarboendepincipen gäller även på särskilda boenden, varje enskild vårdtagare har ett eget hyreskontrakt och således också rätt att bo kvar som vilken hyresgäst som helst. Mer om särskilda boenden för äldre kommer längre fram i kapitel 6.

5.4 Bostadsanpassning

Enligt lagen (1992:1574) kan personer med funktionshinder ansöka om bostadsanpassningsbidrag. Det innebär att man kan få bidrag för att anpassa sitt boende så att det kan fungera och bli lättillgängligare för funktionshindrade. Syftet är att underlätta för funktionshindrade till ett självständigare liv i eget boende. För till exempel dementa är svårigheterna av ett annat slag och är det är svårare att anpassa bostaden för en dement persons behov. Ansökan om bostadsanpassning lämnas till den enskilda kommunen som bedömer och betalar för anpassningen. Under 2002 fick 56 000 personer beviljat anpassningsbidrag, en ökning från 2000 med 2100 personer. 80 % av bidragen som betalas ut är under 20 000 kronor och 55 % är under 5 000 kronor. Totalt kostade bostadsanpassningen 830 miljoner kronor under år 2002, detta är en ökning med cirka 130 miljoner sedan år 2000³⁷. Över 30 % av alla pensionärer över 75 år bor i egna hus³⁸.

5.5 Urvalskommunernas syn på kvarboendepincipen

Kvarboendepincipen tillämpas i samtliga kommuner/stadsdelar, i enlighet med socialtjänstlagens intentioner, där vi har intervjuat personal. En av informanterna visade indikationer på att kommunerna börjar tona ner principen. Detta visades genom en ombearbetning av verksamhetens måldokument. Det görs nya satsningar på boendeformer för äldre, både som särskilda boenden samt seniorboenden utan biståndbedömning. En sammantagen strävan är att de tidigare servicelägenheterna ska distribueras av fristående bostadsbolag. Däremot upplevs det inte finnas någon gemensam syn på nybyggnationer för bostäder. Det hade på flera sätt underlättat arbetet med kvarboende för äldre, om bostäderna från början varit mer anpassade för boendes funktionsnedsättningar.

³⁷ *Aktuellt om äldreomsorgen*, oktober 2003, Svenska Kommunförbundet

³⁸ *Aktuellt om äldreomsorgen*, oktober 2003, Svenska Kommunförbundet

Ett ekonomiskt perspektiv har gjort att kvarboendepincipen tillämpats, då behovet av särskilda äldreboenden överstigit antalet platser och genom detta begränsat valmöjligheterna. På så vis har ett ekonomiskt syfte ”klätts i socialtjänstlagens termer”³⁹. För de övriga var målet ”för att komma i fråga för särskilt boende så ska man ha uttömt hemtjänstens insats möjligheter i det egna hemmet”⁴⁰. Diskussionen rör sig kring svårigheterna att själv kunna ta sig till och från toaletten eller förflytta sig i hemmet detta utgör en naturlig gräns för att bli beviljad särskilt boende. Det motsvarar ungefär steg 7 i ADL trappan. Om den enskilde däremot inte vill flytta till särskilt boende finns ingen tydlig gräns för vilken ADL nivå som krävs. Det är bara olika typer av demens och riktigt svåra medicinska orsaker som kan begränsa hemtjänstens insats tak. Man ger här den enskilde vårdtagaren/anhöriga ett eget ansvar när hemtjänstens insatstak är passerat. Ofta är det primärvårdsläkaren som avsäger sig det medicinska ansvaret och att den enskilde då får handla på eget ansvar. Detta innebär medicinska insatser som inte en sjuksköterska kan utföra och inte är följder av åldrandet i sig. Givetvis fortsätter hemtjänstens insatser i den mån det finns praktiska möjligheter.

Satsningar görs för att ytterligare utvidga hemtjänstens resurser. Hemtjänstens möjligheter har stor variationsbredd mellan de förutsättningar som finns i varje enskilt fall, som exempelvis bostädernas beskaffenhet. Det finns boendeområden som inte har toalett inomhus och bostäder med nivåskillnader som inte är möjliga att bygga om, till exempel trapphus utan hiss. Hemtjänstens arbetsmiljövillkor och tekniska hjälpmedel för vårdtagaren är en förutsättning för att omsorgsarbetet ska kunna fungera.

I intervjuerna hävdar några att hemtjänsten inte har något omsorgstak medan andra påtalar ekonomiska såväl som praktiska hinder. Kostnadsmedvetenheten skiftar, dels beroende på olika sätt att räkna. Inom Malmö stad används ett pris, till de kommunala utförarna, för en specifik nivå oavsett antal timmar. Som exempel nivå 1, matleverans och inköps hjälp, här betalar kommunen 5 600 kr/månad till utförarna. Nivå 4, hjälp med allt, kostar 19 400 kr/månad. Vid terminalvård, vård i

³⁹ Citat från intervju med biståndbedömaren.

⁴⁰ Citat från intervju med biståndbedömaren.

livets slutskede, bedöms insatserna per timme. Medan man i kranskommunerna räknar per insatstimme, mellan 277 kr – 300 kr/timme (medel i Sverige 300-400 kr/timme). Det, bedömer vi, ger en annan ekonomisk överblick relaterat till den faktiska tid som ägnas varje vårdtagare.

Tendenser pekar mot en allt mer uppgiftsorienterad hemtjänst där en konkret uppgift blir utförd och det sociala blir bortrationaliserat. Man har börjat differentiera omsorg och städtjänster, omsorg respektive städtjänster läggs på olika personalgrupper. Detta gör arbetet mer instrumentellt. Tilliten till frivilligorganisationerna är på sina håll stor och förhoppningarna på en vidare utveckling av dem är ännu större.

Den enskildes medbestämmanderätt blir i många fall ”ett negativt medbestämmande”, dvs. en rättighet att tacka nej till erbjudna insatser. Anhörigas möjligheter att påverka inför beslut ligger främst hos dem som vårdar en anhörig hemma, ett samarbete med ”givande och tagande” ett sammanflätande av insatser beroende på vad de anhöriga kan/vill göra.

6. Särskilda boenden

6.1 Definiering av begreppet särskilt boende

Vad är särskilt boende? Särskiltboende innefattar det som tidigare benämndes sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboende, vårdhem, äldreboende, vårdboende och för bostäder med service och omvårdnad för äldre i behov av särskilt stöd. I lagtexten är begreppet inte väldefinierat vilket skapar problem vid behandlingen av bland annat statistisk data angående särskilda boendeformer. Att bara ha en kategori av boendeform i statistiken medför att dessa data är ett trubbigt instrument och medför svårigheter för att kunna se utvecklingen bland boendeformer. En företrädare för en kommun kan anse att de endast har en typ av särskilt boende i sin kommun, medan en kollega i grannkommunen använder sig av mer differentierad termologi. Dels så försvårar det en samlad bild av äldreboendena, men även kommunikationen mellan kommunernas handläggare och mellan andra aktörerna i kommunen. Att inte använda samma språk ger sannolikt konsekvenser.

Peter Westlund skriver i ”Särskilt boende en flyttstudie”⁴¹ att det finns gemensamma nämnare för de olika typer av boende som kan kallas för särskilda boende.

- Den boende skall ha tillgång till personal dygnet runt
- Det är en biståndsbedömd insats enligt SoL
- Kommunen ansvarar för det särskilda boendets kvalitet
- Kommunen har hälso- och sjukvårdsansvaret upp till läkarenivå
- Avgiften bestäms enligt 8 kap 2 § SoL

Westlund skriver om Ädelreformens införande av begreppet särskilt boende markerar en viktig strävan och ambition för den enskildas rätt till en egen bostad och detta oavsett vård- och omsorgsbehov. Han påpekar att i Nationalencyklopedin kan man läsa att begreppet boende definieras som formen på hur man bor, och att den enskilde har en viss plats att uppfylla sina grundläggande behov på så som trygghet, vila, värme, föda mm.

Enligt Maslows behovstrappa så uppfyller boendet många av de grundläggande behov som en människa behöver för att kunna nå självförverkligande. I kulturer som den svenska, med dess klimat och geografiska läge, har boendet spelat en framträdande roll i individens plats i samhället. Utan ett bra boende har man sedan urminnes tider varit utsatt för naturens nyckfullheter och andra människors påverkan. Boendet ger även en social koppling till andra genom att man blev bofast på en punkt och mer tydligt blev in i en gemenskap. Men även möjligheten till att vara ensam och att få ha en privat plats uppfyller ett behov. Att kunna dra sig undan och koppla av utan att behöva dela utrymme med någon annan som man inte har valt att leva med är viktigt, enligt P Westlund.

Enligt rapporten ”Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?”⁴² så finns det en kvardröjande strukturell effekt inom de olika typerna av särskilda boende. Sjukhem och andra vårdhem har ofta en högre formell kompetens på sin personal, och en större andel av dessa har dubbel- eller flerbäddsrum. Den strukturförändring av boende som har skett under ett antal år har medfört bättre boendestandard men

⁴¹ Peter Westlund (2001) *Särskilt boende en flyttstudie*. Lenanders Tryckeri AB, Kalmar s. 7

många äldre typer av boenden lever kvar. Dessa särdrag som finns bland de olika boendeformerna medför olika förutsättningar att ge likvärdig omsorg och vård. Vilket i sin tur medför en ökad risk för att de äldre skall behöva byta boende flera gånger på grund av ett ökande vård- och omsorgsbehov.

HSI – Hälso- och Sjukvårdsinformation AB är ett privatföretag som bland annat kategoriserar och upprättar adressregister angående särskilda boende. Inlämnade uppgifter till HSI i mars 2000 fördelas sig benämningarna på särskilt boende enligt följande.

Figur 11

Benämning	Antal träffar	Andel träffar i %
Sjukhem	503	8,2
Servicehus	865	14,3
Ålderdomshem	499	8,2
Gruppboende	1166	19,2
Servicebaser	395	6,5
Äldreboende	520	8,6
Särskiltboende	688	11,3
Demensboende	818	13,5
Korttidsboende	428	7,1
Övriga*	183	3,0
Summa	6065	100

*)Vårdboende(162), Vårdhem(19), Pensionärshem(2)

Källa: Socialstyrelsen (2001b) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?* Norstedts Tryckeri, Stockholm. Sid. 12

Att dessa traditionella benämningar lever kvar tolkar ovanstående källa som att de lokala aktörerna har ett behov av att kunna särskilja de olika underkategorierna. I en del av de olika anläggningarna så finns det en blandning av olika vårdbehov, t.ex. LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) med korttidsplatser. Så inom samma anläggning kan det finnas platser som riktar sig till flera olika intressenter. Denna blandning gör det ännu svårare att definiera om boendet är ett särskilt boende, då det kanske inte i alla delarna av enheten uppfyller de kriterier som är tänkt för särskilda boendeformer.

⁴² Socialstyrelsen (2001b) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?* Norstedts Tryckeri, Stockholm. S. 9

I rapporten ”*Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?*”⁴³ används samma kriterier som den officiella statistikinsamlingen hade fram till 1997. En enhet med särskilda boenden skulle vara under gemensam ledning och en enhet kunde bestå av olika boendeformer t.ex. ålderdomshem, servicehus och gruppboende. Att det finns olika namn på de särskilda boende formerna anser SOU 99:33⁴⁴ kan ha en viss relevans även om det kan skapa problem om man anser att en person bor på fel ställe eller vårdas på fel vårdnivå. Genom ett sådant resonemang kan vårdtagaren börja flyttas runt bland olika boende.

6.2 Verksamheternas inriktning

Även verksamhetsinriktningen är intressant att belysa på de enskilda boendena då den till stor del är ihopkopplad med vilken formell kompetens som finns bland personalen och på personaltätheten. Exempel på verksamheter är avlösning/avlastning/växelvård, omsorg och vård för dementa, rehabilitering, utredning/diagnostik av äldre, korttidsvård, palliativ vård, stora omvårdnadsbehov.

Högst personaltäthet fann utredningen att gruppboende hade och i fallande skala sjukhem, ålderdomshem och äldreboende. Betydligt lägre kom servicehusen när det gäller personaltäthet. Den största koncentrationen av sjuksköterskornas arbetstid återfanns på sjukhemmen, vilka även hade en något högre formell kompetens på sin personal i förhållande till de övriga undersökta särskilda boendeformerna. Den största gruppen äldre med stora funktionsnedsättningar, särskilt vårdkrävande, återfann man i sjukhem och gruppboende.

Korttidsboende är en variant av boende som växte fram när kommunerna tog över ansvaret från landstinget gällande sjukhemsdelen av långvården. I dag används det som en mellanplacering efter det att den äldre har varit på sjukhus och behöver mer tid för att återhämta sig. När en patient är medicinskt färdigbehandlad så har kommunen 5 arbetsdagar på sig att hitta en lösning till den aktuella vårdtagaren, efter det övergår betalningsansvaret till kommunen från landstinget, för

⁴³ Socialstyrelsen (2001b) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?* Norstedts Tryckeri, Stockholm. S. 17

⁴⁴ SOU 99:33 ”Bo tryggt-betala rätt- särskilda boende former för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg” Socialdepartementet.

vårdplatsen. Detta innebär att kommunen börjar efter denna tidpunkt att betala till sjukhuset för den plats som vårdtagaren upptar. Problemet är att en del vårdtagare är i mycket dåligt skick men ändå är medicinskt färdigbehandlade. De vårdtagarna kräver avancerad vård på korttidsplatserna, vilket det ofta inte finns. Detta förfarande med rehabilitering efter sjukhusvistelse fungerar mycket olika beroende på vilken kommun man bor i. I en del kommuner t.ex. Malmö, så har man övertagit en del resurser från landstinget för att kunna bygga upp en rehabiliteringsorganisation, KRA.

Andra kommuner som tillhör samma upptagningsområde för centralsjukhusen har inte samma organisation, vilket medför problem för vårdtagaren i slutändan. Till exempel Vellinge, en medicinskt färdigbehandlad patient från Vellinge, som har behandlats på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna sjukhus (UMAS). Kan inte stanna kvar på en rehabiliteringsplats som en malmöbo kan göra, för Vellingekommun inte har samma avtal med regionen om rehabilitering. Det betyder att en Vellingepatient i praktiken kan få sämre rehabilitering än en malmöbo. Vellinge har dock korttidsplatser som används till rehabilitering men även till avlastningsplatser för de vårdtagare som vårdas i hemmet.

Avlastningsplatserna fungerar så att anhöriga kan få avlösning i vårdansvaret och även vid t.ex. boendeutredningar, vid bostadsanpassning av ordinarie bostad mm. Så fungerar det i ett flertal kommuner. Även växelvård är vanligt att korttidsplatserna används till. Vid växelvård så är man t.ex. i hemmet fyra veckor och på en korttidsplats två veckor. På växelvårdsboendet kan man få träning, special kost och liknande. Korttidsplatser används även som terminalplats vid vård i livets slut, om det finns ett större vård- och omsorgsbehov.

6.3 Vistelsetid i särskilt boende

Värt att notera är att i ”*Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?*”⁴⁵ kom man fram till att vistelse tiden på ett särskilt boende var relativt kort. Mer än hälften, ca 52 % av samtliga boende, vistades på de särskilda boende mindre än 2 år.

⁴⁵ Socialstyrelsen (2001b) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?* Norstedts Tryckeri, Stockholm. S. 30

Figur 12

Vistelsetid	Antal	Andel %
Mindre än en månad	7 000	6,0
1-4 månader	9 900	8,6
<4- 7 månader	8 000	6,9
<7- 12 månader	15 100	13,1
<1- 2 år	20 600	17,8
<2- 5 år	32 600	28,2
<5- 10 år	16 900	14,7
<10 år	5 300	4,6
totalt	115 40	100,0

Källa: Socialstyrelsen (2001b) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?*, Valda delar ur tabell 11 sid. 30.

Vilket tyder på att den tid äldre är i behov av särskilda boendeformer, sett ur ett livsloppsperspektiv, är relativt kort. I arbetet med Ädelreformen uttrycktes att alla borde ha rätt till bostäder med god kvalitet till skälig kostnad. För den som vill planera sin ålderdom i dag är det svårt att hitta lägenheter, dels som är anpassade för funktionsnedsättningar och dels där kostnaden är rimlig. De som är i behov av lite mer service och inte vill bo kvar i sitt boende, som kanske börjar bli olämpligt och opraktiskt, har små möjligheter att få en servicelägenhet om behovet kan tillgodoses på annat sätt. Behovet av bostäder för äldre som vill bo med tillgång till lite mer service i olika former hänvisas till den ordinarie bostadsmarknaden där deras behov anses kunna tillgodoses. Skillnaden mellan den ordinarie bostadsmarknaden och ett särskilt boende är stor och alternativen är för få. Det byggs flera seniorboenden men med inriktning på en kapitalstark äldregrupp. Detta utelämnar den grupp av äldre som har lägre pension, till exempel änkor som varit hemmafruar under större delen av sin arbetsföra ålder.

Idag kan det förekomma att en äldre får flytta ett flertal tillfällen på grund av ökande omvårdnadsbehov och att bostäderna inte är funktionellt utformade. Enligt 1 kap 1 §, 3 kap 2 § och 5 kap 4 § i Socialtjänstlagen skall kommunen medverka i

samhällsplaneringen vid byggandet av bostäder, utformningen i samhället så det blir lättillgängligt för alla och att äldre får bo tryggt och säkert.

6.4 Urvalskommunernas syn på särskilda boenden

Särskilda boenden beskrivs som den sista möjligheten, när alla andra insatser är uttömda. När vårdtagarna är utåtagerande i sin demens eller det finns ett stort medicinskt behov slutar hemtjänstens möjligheter till omsorg. De särskilda boendena har dygnet runt bemanning och oftast sjuksköterskor på dagtid. De som ansöker om särskilt boende måste uppfylla vissa kriterier för att bli beviljade den typen av insats. Dementa vårdtagare som inte kan hantera sin vardag eller är aggressiva och utåtagerande, är en grupp. De som av fysiska funktionsnedsättningar inte längre kan förflytta sig själva. Eller de som har ett boende som inte går att vidare anpassa så att de blir funktionellt att arbeta i för hemtjänsten, är en annan grupp. Även psykosociala skäl vägs in i bedömningarna. Flera av intervjukommunerna angav att då äldre önskar att komma till ett äldreboende av typen ålderdomshem, ”får de besöka ett särskilt boende för att förstå hur det ser ut”⁴⁶. Genom detta visar handläggarna att boendena inte ser ut som många äldre förväntat sig. Den sociala gemenskapen är inte så stor att den infriar förväntningarna hos de äldre.

Det läggs ned fler särskilda boendeplatser än vad som byggs nya, i de flesta områden som vi tittat på. Det finns inga köer till boendena men det finns ofta ”många väntande”⁴⁷. Uppdelningen av de olika särskilda boendena finns i praktiken men inte i teorin. Det som skiljer kan vara boendets personaltäthet och formell kompetensnivå, enbäddsrum eller flerbäddsrum, sammansättning av vårdtagare och så vidare. Detta vägs medvetet in av biståndsbedömarna vid placering av vårdtagare.

7. Analys

Vad är kvarboendepincipen och hur tillämpas den?

⁴⁶ Citat från intervju med biståndsbedömare.

⁴⁷ Citat från intervju med biståndsbedömare.

Enligt socialtjänstlagen skall äldre få det stöd och den hjälp de behöver i hemmet. Det beskriver den enskildes rättigheter att få bo kvar i sitt hem med stödinsatser från kommunerna. Urvalskommunerna har en långt gående kvarboendepincip där gränserna är suddiga och i flera fall inte finns alls. Det betyder att nivån för att komma i fråga för ett särskilt boende är hög. För den enskilde innebär det att valet av boendeform är ytterst begränsat och beslutet vilar hos den aktuella kommunen. Kommunernas strategier speglar ett ekonomiskt styrande. Har kommunen tillgång till många platser på särskilda boenden beviljas också fler äldre möjligheter att välja den boendeformen.

En vedertagen åsikt är att hemtjänstinsatser är billigare än särskilda boenden även för särskilt vårdkrävande. Särskilt vårdkrävande innebär att vårdtagarna har ett stort omsorgsbehov på grund av svåra funktionshinder, dels fysiologiska och dels psykologiska. Kommunförbundets egna rapporter visar att hemtjänsten är dyrare för särskilt vårdkrävande, än vad särskilda boenden är, trots detta redovisar de en sammantagen bild, där hemtjänsten förordas av bland annat ekonomiska skäl. Vidare beskriver lagen att de äldre också ska erbjudas möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden i en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Äldre tenderar att isoleras i sina egna hem vid stora omsorgsbehov då den äldre inte själv, av funktionshinder, kan ta sociala kontakter. Kvarboende i ordinärt boende ger ofta ett ökat tryck på anhöriga

En rad olika förutsättningar behöver tillgodoses för att kvarboende i ordinärt boende ska fungera tillfredställande. I socialtjänstlagen anges i kap.3 § 2 att kommunerna ska medverka i utformningen av bostäder för att skapa en god samhällsmiljö och goda levnadsförhållanden för grupper med behov av särskilt stöd. Socialtjänstens tjänstemän upplever sig inte delaktiga i planeringen av utformningen av bostäder i kommunen vare sig, nybyggnationer av småhus eller av lägenheter. Ett större samarbete här, kunde ha stimulerat kvarboendet i ordinärt boende för äldre med funktionsnedsättningar. Som exempel kan nämnas småhus i tvåplan där sovrum och badrum är placerade på andra våningen eller närheten till allmän service som affärer, vårdcentraler och liknande. Även en god hemtjänst är en förutsättning för att kvarboendet ska vara möjligt. Personalrekrytering inför framtiden med formell kompetens är en förutsättning för omsorgsarbetet, som blir

allt svårare för kommunerna att uppfylla. Den demografiska utvecklingen visar att antalet yrkesproduktiva kommer att öka blygsamt medan antalet förväntade vårdtagare kommer att öka kraftigt. Samtidigt som löneutveckling och arbetsförhållanden i äldreomsorgen inte utvecklas i positiv riktning i samma takt, vilket inte uppmuntrar rekryteringen.

Finns det en brytpunkt när vårdbehovet inte kan tillgodoses i det ordinära boendet? Det finns två olika perspektiv på brytpunkter, dels den fysiologiska där vårdtagarens funktionsnedsättningar i kombination med vad hemtjänstens resurser kan erbjuda i det enskilda fallet. Och dels den ekonomiska brytpunkten, där kostnaderna för kvarboendet överstiger kostnaderna för ett särskilt boende. Gränsen för kvarboende beror på bland annat hur mycket anhöriga är villiga att vårda i hemmet, insatser från frivilligorganisationer, hur själva boendet är utformat med tanke på hemtjänstens arbetsmiljö och vårdtagarens säkerhet. Utgångspunkten för en särskild boendeplats är kring ADL nivå 7, variationerna är dock stora och den enskildes medbestämmande beaktas. Även tillgång på platser i särskilda boenden styr, om än inte officiellt.

Den ekonomiska brytpunkten är svår att fastställa. Det finns olika sätt att beräkna kostnaderna för en hemtjänststimme respektive en timme i särskilt boende. Vi har använt oss av dels kommunförbundets uträkningar och dels intervjukommunernas uppgifter som tidigare beskrivits. Vad som ändå framkommit är att brytpunkten ligger kring ADL nivå 7. Beräkningarna visar vad hemtjänstens kostnader ligger och inte vad det faktiskt kostar att vårda en vårdtagare i hemmet. Det tillkommer då kostnader för exempelvis bostadsanpassningar och liknande som inte räknas under hemtjänstens budgetramar. I beräkningarna kring särskilda boenden är det något tydligare. Samtliga kostnader finns medtagna i ett särskilt boendes budget. Bostadstillägg för äldre finns inte medtaget i kostnadsberäkningarna och det är generellt högre för äldre som bor på särskilda boenden⁴⁸.

Vad är särskilt boende? Behöver begreppet särskilt boende för äldre delas upp för att underlätta förståelsen för kvarboendepincipen? Alternativen för de äldre är de

⁴⁸ Intervju med biståndshandläggare.

särskilda boenden som finns idag, de vårdtagare som bor på särskilda boenden är ofta särskilt vårdkrävande och den sociala gemenskap som många äldre söker finns inte att tillgå där. Särskilt boende är en gruppbenämning på samtliga de boendeformer för äldre som ligger under behovsbedömning av socialtjänsten. Lagen anger inte någon specificering av vad som skall ingå under begreppet särskilt boende. En gemensam ambition finns bland intervjukommunerna att det ska finnas tillgång till personal dygnet runt. Då lagen inte är tydligare innebär det i praktiken att spännvidden på personaltätheten mellan de olika boendena är stor. Detta gör det svårt att få en helhetsbild vid sammanställningar och kvalitetssäkringsrapportering samt vid placeringar av vårdtagare utifrån deras behov. Differentieringen är tydlig av de olika boendena och det kräver god kännedom om de olika boendena för den enskilde biståndsbedömaren för att kunna placera vårdtagarna. Det finns inga formella graderingar av boendena utan det är upp till den enskilde biståndsbedömaren att placera de äldre på rätt kategori av boende med just den verksamhetsinriktning som uppfyller den vårdtagarens behov. Det skulle öka omsorgskvalitén om det fanns antingen en tydligare differentiering av boendena eller en enhetlig standard på de olika boendena. Och ge större möjligheter för vårdtagarnas individuella önskemål.

Särskilda boendeformer behövs och ett ökat utbud av alternativ för att fylla det behov finns och stadigt ökar, för att kunna tillgodose lagens intentioner om ett tryggt boende för äldre med särskilda behov.

Kvarboendepincipen gäller även på särskilda boenden. De boende har egna hyreskontrakt och rummet är ett eget boende. Vid tydligare definiering av de olika boendena minskar risken för att de boende ska tvingas flytta i flera steg på grund av ändrat omsorgsbehov.

Kan kostnader och väntade vårdbehov motivera en ny inriktning av äldreomsorgen? Intervjukommunerna tror på en vidareutvecklad hemtjänst med ett mer instrumentellt och uppgiftsorienterat arbete och ett större socialt engagemang av frivilligorganisationerna som kompensation. Detta kommer inte att räcka för att täcka upp det ökade gapet mellan behov och resurser. Redan 2010 kommer gapet mellan behovet och tillgängliga resurser att ha ökat med 12 miljarder. Detta är

räknat på samma insatsbehov som idag. Den demografiska utvecklingen visar en dalande kurva på antalet yrkesverksamma, procentuellt sett på befolkningen. Detta torde innebära minskade skatteintäkter och således minskade resurser att fördela. En ny inriktning av äldreomsorgens utformning synes vara en förutsättning för att kunna bibehålla en omsorg kring den äldre vårdbehövande befolkningen.

8. Avslutande reflektioner

Arbetet med denna studie har givit en del svar men alstrat desto fler frågor. En ramlag med nära 290 olika tolkningsmöjligheter, kan den vara möjlig ur rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde. Varför gör man en lag som inte ger samma möjligheter och resultat över hela landet? Som enskild tjänsteman sitter man med lagen på ena knäet och budgeten på det andra. Beroende på kommunens resurser, krävs av tjänstemännen att direktiven från politikerna följs, så att så många som möjligt får ta del av de resurser som står till förfogande. Exempelvis ansöks det idag i enlighet med lagen (kap 2 § 3) om en vårdbehövande vill flytta till annan kommun, detta innebär en kostnadsbelastning för inflyttningkommunen. Det ger problem för de kommuner som är attraktiva att bo i på sin åldershöst.

Ska kommunerna sköta lagtolkning och behovsprövning eller ska det ligga på en statlig organisation för att trygga rättssäkerheten för den enskilde. En gemensam databas där alla tillgängliga platser och alternativ fanns skulle på många sätt underlätta, framför allt den administrativa hanteringen. Det skulle försvåra kommunernas ekonomiska flexibilitet och ge dem svårigheter att balansera sina budgetar. Alternativa lösningar blir till sist ett måste både hur omsorgen ska fungera och hur finansieringen ska lösas. Olika alternativ har presenterats genom åren som till exempel ett förslag som i korthet innebär en omarbetning av hela äldreomsorgsfinansieringen, snarlikt det pensionssystem som används idag. En ny statlig socialförsäkring för äldre, där den enskilde under livsloppet fonderar till sin äldreomsorg, detta skulle ge nya möjligheter för den enskilde att själv besluta om sin omsorg och där igenom styra utbudet av omsorgsalternativ. Kunden styr utbudet och inte kommunerna. Den enskilda äldrefonden skulle vara personlig och följa den enskilde oavsett var och hur denne önskar få sin omsorg utförd. Det skulle ge en konkurrens och mångfald av omsorgsalternativ. Som tidigare påpekats; för att

möta framtiden behövs en ny inriktning av äldreomsorgens utformning och finansiering komma till stånd för att bibehålla en välfärd kring den äldre vårdbehövande befolkningen.

Källförteckning

de Capre, Linda, (Biståndshandläggare, Höörs kommun) Bandspelad intervju 2003- 12- 02

Edebalk, Per Gunnar (1987) "Det billiga hemmaboendet" i Andersson, Peter, red.,
Meddelande från socialhögskolan. Hemtjänsten på 2000-talet. Lund: Socialhögskolan.

Edebalk, Per Gunnar (2002) "Ekonomi och äldreomsorg" i Andersson, Lars., red.,
Socialgerontologi. Lund: Studentlitteratur.

Hjortsjö-Norberg, Marianne (2003) *Att leva och bo i "särskilt boende"* FoU- rapport 3:2003.
Jönköping: Luppens kunskapscentrum.

Höörs kommun hemsida <http://www.hoor.se/>

Jirenhed, Britt-Louise (2004) "Bättre hemtjänst om kvarboendet ska öka". *Sydsvenska
Dagbladet* Nr 2, vecka 1 årgång 156, del C2

Lo-Johansson, Ivar (1952) *Ålderdoms-Sverige*. Lund: Sandby Grafiska.

Malmberg, Anna-Lena, (Biståndshandläggare, Vellinge kommun). E-post kontakt angående
äldreomsorgen i Vellinge 2003-12-03--10.

Malmö stads hemsida <http://www.vellinge.se/>

Modeér, Lotten, (Enhetschef/Biståndshandläggare, Vellinge kommun). Bandspelad intervju
2003- 11- 28.

Rubin, Ann, (Hemvårdsinspektör, Kirsebergs stadsdelsförvaltning, Malmö stad) Bandinspelad
intervju 2003- 12- 05 samt dokument beskrivande biståndsnivåerna i Malmö stad.

Socialstyrelsen (1996) *Äldreboende efter Ädel*. Stockholm: NsT- kopia.

Socialstyrelsen (1996) *Ädelreformen, slutrapport*. Stockholm: Nordstedts tryckeri.

Socialstyrelsen (2001) *Vad är särskilt i särskilt boende för äldre, En kartläggning*.
Stockholm: Nordstedts tryckeri.

Socialstyrelsen (2001a) *Rättsäkerhet inom äldreomsorgen*. Modintryck AB

Socialstyrelsen (2002) *Äldre- vård och omsorg 2002*. <http://www.sos.se>

SOU 1999:33 *Bo tryggt-betala rätt- särskilda boende former för äldre samt avgifter för
äldre- och handikappomsorg*. <http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/index.htm>

SOU 2003:91 *Senior 2005*. <http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/index.htm>

Svensk Lag (2002), *Socialtjänstlag 2001:453*, Uppsala: Almqvist & Wiksell Tryckeri AB

Svenska kommunförbundet (1997) Äldreberedningen.
<http://www.svekom.se/skorg/projekt/aldre/index.htm>

Svenska kommunförbundet (2002) *Vad kostar verksamheten i din kommun? Bokslut 2002*.
Klippan: Ljungbergs tryckeri.

Svenska kommunförbundet (2003) *Hemtjänststimmen, En modell för beräkning av kostnaden för en timme utförd hemtjänst*. PDF-fil: <http://www.svekom.se>

Svenska kommunförbundet (2003) *Aktuellt om äldreomsorgen*. Stockholm: Get AB

Svensson, Malin, Trulsson, Linda, (Hemvårdsinspektörer, Limhamn-Bunkeflo stadsdelsförvaltning, Malmö stad) Bandspelad intervju 2003- 12- 15.

Vellinge kommuns hemsida <http://www.vellinge.se/>

Westlund, Peter (2001) *Särskilt boende, En flyttstudie*. Kalmar: Lenanders tryckeri.

Bilaga 1

ADL nivåerna

För att få en bild av hur man bedömer äldres funktioner i vardagslivet och en förståelse för hur en gammal människas liv kan te sig konkret, ska vi här ge en sammanfattning och beskrivning av ett av de viktigaste bedömnings hjälpmedel som används inom hela äldreomsorgen, de olika nivåerna varierar något mellan olika kommuner.

ADL, Activities of Daily Living (aktivitet i det dagliga levernet), är ett instrument som används i äldreomsorgen för att beskriva fysisk status på äldre och där igenom underlätta behovsbedömningen och även insatserna.

Grunden till ADL instrumentet lades av Dr. Sidney Katz i början av 1970 talet. Han kartlade de grundläggande aktiviteterna som förekommer hos en enskild individ och framför allt, vilka begränsningar som olika fysiska tillstånd ger i det dagliga livet. Dr. Katz skala utvecklades och kom att kallas för ADL trappan och användas även vid bedömning av äldres fysiska förmåga att hantera sin dagliga omvårdnad och sysslor, för ett självständigt boende.

ADL trappan är uppdelad i elva steg, från 0 till 10. Nivåbeskrivningen inom parentes är den utformning som används inom hemtjänsten i Malmö stad. (Vi har fått informationen om nivåerna från hemvårdsinspektör Ann Rubin på Kirsebergsstadsdels förvaltning).

Steg 0: Personen bedöms inte ha några fysiska hjälpbehov. (Nivå 0) Trygghetslarm och telefontjänster. Gäller för alla dagar dygnet runt.

Steg 1: Hjälptjänst med städning och tvätt. (Nivå 1) Städningen inom hemtjänstens insatser avser max 2 rum, kök och badrum var tredje vecka. Hjälptjänst med tvätt avser normal hushållstvätt och om det finns tvättmaskin. Varannan eller var tredje vecka.

Steg 2: Inköptjänst (Nivå 1) Inköpet gäller för ”individuell inriktning” en till två gånger per vecka i närmaste butik. Även bank och post ärenden räknas i inköp men undviks om det är möjligt. Vårdtagaren uppmanas att göra sina bank- och/eller postärenden över giro eller att någon närstående hjälper till med ärendena.

Steg 3: Matlagningstjänst. (Nivå 1) Matlagning i hemmet eller distribution från storkök. Alla insatser i nivå 1 görs mellan 07.00 och 17.00 alla dagar.

Steg 4: Personlig hygien. (Nivå 2) Omfattar bad, dusch, hårvård och nagelvård efter behov.

Steg 5: På och avklädning. (Nivå 3) Hjälp med att klä sig på morgonen och att klä av sig på kvällen.

Steg 6: Toalettbesök. (Nivå 4) Gäller alla dagar, dagtid och kvällstid. Nattetid efter behov.

Steg 7: Förflyttning. (Nivå 4) Som förflyttning räknas hjälp inomhus, till stol från säng eller tvärtom och hjälp i och ur sängen.

Steg 8: Kontinens. (Nivå 4) Hjälp med blöjbyten och liknande.

Steg 9: Födointag. (Nivå 4) Hjälp med matning och dryck.

Steg 10: Terminalvård. Vård i livets slutskede. (Nivå 5) Tillsyn och hjälp alla dagar hela dygnet. Bedöms utifrån varje enskilt fall om det behövs, gäller ofta personalinsats till att vaka.

(Nivå 6) Hemtjänstens egen nivå, placering för dementa som inte kan bo kvar i ordinärt boende. Särskilt boende.

Bilaga 2

Bergers skattningsskala

För definiering av olika grader av demens används Bergers skattningsskala som går från 0 till 6.

0: Inga problem med det dagliga livet på grund av nedsatt mental funktionsförmåga.

1: Den dementa har vissa minnessvårigheter men fungerar oftast bra socialt.

2: Den dementa har besvärande glömska. Svårt att hitta ord, kan gå vilse, glömmar var föremål blivit lagda. Fungerar i välkänd miljö.

3: Den dementa har svårt i vanlig social samvaro, undviker svårare situationer. Behöver stöd och instruktion för att klara vardagssituationer.

4: Den dementa kan inte handla utan handgriplig hjälp i vardagssituationer. Kan inte orientera sig i tid och rum.

5: Den dementa är helt beroende av hjälp. Kan inte svara adekvat på tilltal.

6: Den dementa är helt säng- eller rullstolsbunden. Reagerar bara på beröring.

Bilaga 3

Intervjumanual

Personlig bakgrund

Namn

Ålder

Befattning

Kvarboendeprincipen

Kommunens policy

Kostnadsmedvetenhet

Hemtjänstresurser

Gränser och rättigheter för kvarboende i ordinärt boende

Anhörigas inflytande

Särskilda boendeformer

Kommunens policy

Olika typer av boendeformer

Kostnadsmedvetenhet

Gränser och rättigheter