



LUND UNIVERSITY

Personliga ombud för äldre? – Reflektioner med utgångspunkt från den japanska vård- och omsorgsförsäkringen för äldre.

Blomberg, Staffan; Edebalk, Per Gunnar; Tada, Yoko

2006

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Blomberg, S., Edebalk, P. G., & Tada, Y. (2006). *Personliga ombud för äldre? – Reflektioner med utgångspunkt från den japanska vård- och omsorgsförsäkringen för äldre*. (Working paper serien; Vol. 2006, Nr. 11). Socialhögskolan, Lunds universitet. http://www.soch.lu.se/images/Socialhögskolan/WP2006_11.pdf

Total number of authors:

3

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Personliga ombud för äldre? – Reflektioner med utgångspunkt från den japanska vård- och omsorgsförsäkringen för äldre

STAFFAN BLOMBERG, PER GUNNAR EDEBALK & YOKO TADA
E-Post: staffan.blomberg@soch.lu.se, per.gunnar@soch.lu.se
& yoko.tada@soch.lu.se

Socialhögskolan, Lunds universitet
Box 23, 221 00 Lund

Working-paper serien 2006:11 • ISSN 1650-8971

En utveckling där allt fler äldre människor får allt större behov av olika former av vård- och omsorg tenderar att skapa en alltmer komplicerad situation vad gäller att styra och samordna de olika hjälpinsatser som utförs av olika organisationer, professionella yrkesgrupper och anhörigvårdare. En statlig utredning från 2004 slår fast att en bristande samordning av insatser för brukare med stora hjälpbehov idag är ett stort problem (SOU 2004:68). För äldre med komplexa behov av vård och omsorg är helhetssynen viktig. Helhetssynen innebär i detta sammanhang att man ser till individens hela behov oberoende av vem som ansvarar för den hjälp som ges. Äldrecentrum i Stockholm har emellertid i en rad studier visat på brister i omsorgen för denna grupp (Gurner, 2001; Gurner & Thorslund, 2003; Gurner m.fl., 2004). I studierna redovisas brister i såväl kontinuitet, samverkan, anhörigstöd som läkarmedverkan. Vården och omsorgen tenderar att formas efter huvudmännens organisation inte utifrån brukarens situation och behov. En bristande samordning av insatserna för äldre med stora och sammansatta hjälpbehov visas även av andra nordiska forskare (Salonen & Haverinen, 2004; Colmorton m.fl., 2004). Problem med att integrera vård- och omsorgsinsatser för dessa brukare har också uppmärksammats i den internationella forskningen på området. Både inom Europa (Challis m.fl., 2001; Weiner m.fl., 2003; Billings & Leichsenring, 2005) och i USA och Japan (Leutz, 1999; Matsuda & Yamamoto, 2001; Campbell & Ikegami, 2003; Leutz & Ikegami, 2004).

Att skapa en integrerad vård och omsorg för äldre har under senare år etablerats som en viktig fråga på den politiska agendan i flertalet europeiska länder. I en nyligen publicerad forskningsrapport redovisas hur man i nio europeiska länder på olika sätt arbetar för att förbättra existerande organisatoriska strukturer och förändra praxis vad gäller tillhandahållandet av vård och omsorg (Billings & Leichsenring, 2005). Hur man väljer att arbeta med denna integration skiljer sig betydligt både mellan och inom länderna. Att avdela en person att ansvara för care/case management¹ när

¹ I den internationella litteraturen återfinns många förslag på hur begreppet ska definieras och hur modeller för care/case management kan särskiljas. Vid sidan av att kärnuppgiften för en care/case manager i flertalet modeller förefaller vara att *samordna* vård-och/eller

det gäller att förbättra koordineringen av vård- och omsorgsinsatser för äldre med mer eller mindre varaktiga behov av hjälp beskrivs emellertid som en central strategi i flera länder. Hur väl etablerad care/case managerrollen är, vilka praktiska arbetsuppgifter och vilken utbildning dessa personer har varierar emellertid mellan länderna. I länder som Storbritannien, Danmark, Finland och Holland representerar care/case managern en etablerad yrkesroll inom omsorgen. I Tyskland och Frankrike förekommer care/case managers enbart i projektsammanhang medan man i länder som Grekland och Italien helt saknar denna yrkeskategori. I det senare fallet framgår dock att samordning av hjälpinsatser kan ske informellt – anställda fungerar alltså som en care/case manager utan att formellt ha tilldelats denna roll. Att på olika sätt (och sammanhang) samordna vård-och/eller omsorgsinsatser är ett uppdrag som är gemensamt för alla care/case managers i de länder där yrkesrollen förekommer. En principiellt viktig skiljelinje går emellertid mellan de care/case managers som vid sidan av sina samordnade arbetsuppgifter även har i uppdrag att bedöma klientens behov och ta beslut om hjälp och stöd. En annan skillnad mellan care/case managers är att dessa representerar olika yrkesgrupper t.ex. sjuksköterskor och socialarbetare. Detta speglar ofta vilken sektor – sjukvården eller socialtjänsten – som den integrerade äldreomsorgen tar sin utgångspunkt i.

Tanken på en care/case manager inom äldreomsorgen återkommer också direkt och indirekt i de olika policyrekommendationer som svenska forskare lanserat. Äldrecentrum i Stockholm föreslår exempelvis äldrevårdsteam för multisjuka äldre. Man trycker också på att de professionella yrkesgrupper och de organisationer de representerar t.ex. primärvård och kommunal hemtjänst som utför hjälpinsatserna måste samverka mer och bättre. En care/case manager skulle t.ex. kunna fungera som samordnare och koordinator inom de äldrevårdsteam (av utförare och/eller professionella yrkesgrupper) som föreslås. Det faktum att man i Sverige liksom i andra länder har infört olika former av kundvalssystem inom äldreomsorgen har vidare inneburit att antalet utförare och tjänster

omsorgsinsatser – utifrån det individuella fallet (case management) eller på ett allmänt plan (care management) – är det emellertid svårt att veta vad som i praktiken avses med care/case management (Billings & Leichsenring, 2005; Järkestig Berggren, 2006).

som erbjuds har ökat (Edebalk & Svensson, 2005). Ju fler aktörer som finns i den äldres närhet desto svårare blir det för den äldre och dennes anhöriga att veta vart och till vem man ska vända sig. Gurner och Thorslund (2003) konstaterar emellertid att den dirigent (och vägvisare) som skulle kunna assistera äldre människor med komplexa behov av vård och omsorg idag saknas inom äldreomsorgen.

Personliga ombud

I Sverige (och i Norden) har en kommunal biståndshandläggare ansvar för att bedöma behovet och fördela/tilldela hjälpinsatser. Ett problem som diskuterats i sammanhanget är svårigheten för biståndsbedömaren att också fungera som den äldres ombud. Ur en aspekt ligger problemet i att biståndshandläggaren vid sin bedömning inte enbart utgår från den äldres faktiska behov av hjälp utan också väger in tillgängliga resurser i kommunen (Gurner & Thorslund, 2003)². I ett system med kundval förväntas biståndsbedömaren även att informera den äldre och dennes anhöriga om möjliga utförare och hjälpinsatser. Frågan om biståndsbedömaren kan betraktas som den äldres ombud handlar i detta fall om i vilken utsträckning denne kan förväntas agera neutralt i relation till de upplysningar om utförare och hjälpinsatser brukaren får (Edebalk & Svensson, 2005). I diskussionen har ett system med personliga ombud inom äldreomsorgen förts fram som en möjlig lösning. Exempel finns inom omsorgen för psykiskt funktionshindrade i Sverige där biståndshandläggare bedömer behov och fördelar hjälpinsatser men där personliga ombud har uppdraget att företräda målgruppen och arbeta för att dessa får de stöd- och hjälpinsatser de har behov av och har rätt till samt att dessa samordnas (Järkestig Berggren, 2006). För att komma tillrätta med neutralitetsproblemet vid ett kundvalssystem skulle ett personligt ombud inom äldreomsorgen också kunna ges en assisterande roll vid valet av utförare och hjälpinsatser.

Japan: Ett exempel

² Bedömningen blir insats- snarare än behovsstyrd. Se t.ex. Blomberg, 2004.

Ett system med personliga ombud inom äldreomsorgen finns i Japan. I den obligatoriska vård- och omsorgsförsäkring (LTCI) som infördes i Japan våren 2000 kan den äldre välja fritt mellan utförare och tjänster. Inom ramen för försäkringen introducerades också ett system med (vad man kallar) care managers frikopplade från uppgiften att bedöma behov och fastställa ersättningsnivåer. I care managers uppdrag ligger att upprätta en individuell plan för klienten, förmedla och samordna de tjänster och utförare denne väljer samt att kontinuerligt följa upp och utvärdera den service som ges. I uppdraget ingår även att företräda sina klienter och stå upp för deras intressen. En care manager inom LTCI har alltså ett assistent-/företrädareuppdrag och är m.a.o. ett personligt ombud för den äldre³.

I denna uppsats granskas reformeringen av äldreomsorgen i Japan med särskilt fokus på de erfarenheter som finns av systemet med personliga ombud⁴. Inledningsvis ges en beskrivning av försäkringens framväxt och konstruktion. Med utgångspunkt från de grundläggande idéer och målsättningar som var vägledande vid utformningen av försäkringen följer ett avsnitt som granskar generella erfarenheter och problem relaterade till implementeringen av LTCI. Därefter följer ett avsnitt som sätter fokus på hur systemet med personliga ombud fungerar i praktiken. Frågor som diskuteras handlar både om vad de personliga ombuden förväntas göra, vad de faktiskt gör och under vilka förutsättningar de arbetar för att fullgöra sina uppdrag. Vid sidan av forskning på området refereras i detta avsnitt även till intervjuer med personliga ombud genomfördes i Kyoto och Osaka hösten 2005. Den bild av erfarenheter och problem som presenteras i uppsatsen har diskuterats med professor Ben Ioka (Doshisha University, Kyoto) och assistant professor Masaaki Yoshihara (Osaka Prefecture University). Den senare har även bidragit med en del av det material som refereras. Mot bakgrund av den problembild som skissats inledningsvis följer till sist en reflektion kring lärdomarna av det Japanska exemplet.

³ Eftersom care managers i andra sammanhang (t.ex. i Storbritannien) har i uppdrag att bedöma klientens behov och ta beslut om hjälp och stöd är det meningsfullt att på detta sätt tydliggöra skillnaden i de olika rollerna. Jfr den uppdelning Järkestig Berggren (2006) gör för att precisera skillnaden mellan biståndshandläggaren – bedömer och tilldelar – och det personliga ombudet – företrädare och samordnar – för psykiskt funktionshindrade i Sverige.

⁴ Våren 2006 beslutades om förändringar i LTCI som inte behandlas explicit i uppsatsen.

En obligatorisk vård- och omsorgsförsäkring för äldre

Efter beslut 1997 implementerades våren 2000 en obligatorisk vård- och omsorgsförsäkring för äldre (LTCI⁵) i Japan. LTCI finansieras till hälften av lokala och statliga skatter medan försäkringspremier (1/3 från försäkringstagare över 65 och 2/3 från de mellan 40 och 65 år) står för den andra halvan. Den nya försäkringen ersatte en skattefinansierad, nationellt reglerad men kommunalt tillhandahållen äldreomsorg (Welfare Law for the Aged)⁶. I det gamla systemet var rätten till omsorg generell men i praktiken enbart riktad till äldre med låga inkomster och/eller som saknade anhöriga (Eto, 2001). Inom LTCI däremot är rätten till hjälp generell för alla över 65 men omfattar också yngre med s.k. åldersrelaterade diagnoser t.ex. demenser eller stroke. Försäkringen täcker både de omsorgstjänster som tidigare tillhandahölls inom det gamla systemet t.ex. hemhjälp, dagcentraler, hjälpmedel och sjukhem men också viss medicinsk vård som tidigare täcktes av sjukvårdsförsäkringen t.ex. hembesök av sjuksköterska och korttidsvård (Leutz & Ikegami, 2004).

Hjälpen inom försäkringen utgår i form av tjänster (inte kontanter) utifrån sex olika omsorgsnivåer. Omsorgsnivåerna motsvarade år 2003 hjälp till ett värde av 500 US \$ till 3600 US \$ i månaden. Med tillägg för en egenavgift på 10 % täcker försäkringen hela kostnaden för tjänster inom ramen för den omsorgsnivå man bedömts befinna sig på. De vård- och omsorgstjänster som täcks inom försäkringen är standardiserade (nationellt) med centralt fastställda priser. Inom försäkringssystemet får institutionsvård enbart tillhandahållas av icke-vinstdrivande organisationer. Vad gäller vård- och omsorgsinsatser i hemmet är det emellertid fritt fram även för privata utförare att i konkurrens erbjuda dessa. Den enskilde är i princip fri att själv välja vilka tjänster, vilken omsorgsform och vilken utförare man vill ha. I praktiken sker emellertid dessa val vanligen i samråd med ett personligt ombud.

Med försäkringen fick kommunerna ett ökat men strikt reglerat ansvar för äldreomsorgen. Kommunerna har ansvar för prövningen av rätten till

⁵ Long Term Care Insurance.

⁶ Infördes 1963 och ersatte då en allmän fattigvårdslagstiftning på området (Eto, 2001).

vård och omsorg och i egenskap av försäkringsgivare är det också kommunerna som sätter nivån på premierna och samlar in dessa. Kommunerna är skyldiga att säkerställa att vård- och omsorg ges (och kan ges) till alla som bedömts vara i behov av hjälp. Det senare innebär att kommunen (liksom tidigare) har ett ansvar för att utveckla och planera äldreomsorgens infrastruktur, att övervaka den vård- och omsorg som tillhandahålls samt pröva licensansökningar från nya utförare (Campbell & Ikegami 2003; Mitchell, Piggott & Shimizutani, 2004).

Reformens framväxt och mål

På det retoriska planet signalerar införandet av LTCI en förändring i synen på äldreomsorgen i Japan. Äldreomsorg är inte längre något som förväntas av familjen eller fördelas av stat och kommun. Istället har äldreomsorg i den nya försäkringen formulerats som ett socialt kontrakt baserat på obligatoriska avgifter, individuella rättigheter utifrån enhetliga kriterier och självbestämmande både vad gäller tjänster och utförare (Izuhara, 2003). Den nya försäkringslösningen ska ses i ljuset av en snabbt växande andel äldre i befolkningen (snabbast i världen), generella svårigheter att finansiera de sociala trygghetssystemen t.ex. sjukvård och pensioner i ett åldrande samhälle och det faktum att familjen inte längre kunde förväntas upprätthålla sin traditionella roll som primär omsorgsgivare. Det senare speglar förändringar i familjestrukturen t.ex. att allt fler äldre lever ensamma eller tillsammans med en äldre make/maka men reflekterar också det faktum att kvinnor i Japan föder färre barn, utbildar sig och lönearbetar i allt större utsträckning. Ett minskat barnafödande och ett större intresse för utbildning och arbete kan både ses som ett uttryck för och en mekanism i en process där värderingar kring hur ansvaret för omsorgen om de äldre ska organiseras i samhället har förändrats (Matsuda & Yamamoto 2001; Eto, 2001).

Integrerad vård och omsorg för äldre

En grundläggande tanke vid utformningen av LTCI var att finansieringen och tillhandahållandet av vård och omsorg för äldre med varaktiga behov av hjälp skulle integreras (Matsuda & Yamamoto, 2001; Ikegami, Yamauchi

& Yamada, 2003; Mitchell, Piggott & Shimizutani, 2004). Motivet var framförallt ekonomiskt men även vårdideologiskt. Genom att integrera äldreomsorgen och separera den från sjukvårdsförsäkringen ville man reducera antalet äldre som i brist på alternativ var inlagda på sjukhus av sociala skäl. Med nya former av institutionsvård och en utbyggnad av (relativt billigare) öppna vård- och omsorgsformer inom ramen för den nya försäkringen skulle sjukvården (och sjukvårdsförsäkringen) inte längre behöva täcka hjälpinsatser till äldre med varaktiga behov av vård och omsorg.

Utvecklingen inom institutionsvården för äldre är en viktig utgångspunkt för att förstå bakgrunden till problemen. Institutionsvård för äldre tillhandahölls till övervägande delen av sjukhusen (inom ramen för sjukvårdsförsäkringen). Situationen speglade både en generell brist på institutionsplatser inom äldreomsorgen och små möjligheter att få hjälp i det egna hemmet. För de flesta äldre (medel- och höginkomsttagare) var dessutom kostnaden för äldreomsorg (inkomstprövad) mycket högre än för sjukhusvård. Med tiden bidrog emellertid den demografiska utvecklingen till att antalet äldre i behov av institutionsvård ökade och därmed trycket på sjukvården. Ikegami (1997) uppger att nära hälften av sjukhusens patienter 1997 var 65+ och av dessa var nära hälften inlagda på sjukhuset över 6 månader (1/3 mer än ett år). Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv framstod ett växande finansiellt underskott i sjukvårdsförsäkringen som ett allt större problem. Vid sidan av kostnaderna började dessutom det lämpliga i att ligga på sjukhus av sociala skäl alltmer ifrågasättas.

Den växande uppmärksamheten kring problemet med hospitalisering av sociala skäl och de kostnader detta medfört hade fått statsmakterna att reagera redan i slutet av 1980-talet. The Gold Plan (1989) följdes av ytterligare en satsning 1994 (New Gold Plan). På samma sätt som man tidigare med ekonomiska incitament försökt att skapa integrerade system för institutions- och öppenvård för äldre inom ramen för sjukvårdsförsäkringen avsatte man nu stora anslag till kommunerna för en utbyggnad av äldreomsorgen. I linje med den internationella trenden förordades att fokus skulle ligga på en utbyggnad av öppna vård- och omsorgsformer (kvarboendeprincipen). Utbyggnaden av äldreomsorgen inom ramen för det

existerande skattefinansierade systemet gick emellertid trögt och blev med tiden allt dyrare. Campbell & Ikegami (2003) menar att de gamla administrativa strukturerna för äldreomsorg i kommunerna var ett hinder i expansionen. De lokala välfärdskontoren var anpassade till en kontext som omfattade ett mindre antal tjänster riktade mot få (fattiga) individer och man klarade helt enkelt inte av att utveckla infrastrukturen och implementera ett större antal tjänster riktade mot bredare grupper av äldre. Vid sidan om svårigheter relaterade till tröga organisationsstrukturer började de växande vård- och omsorgskostnaderna (inte minst i ljuset av en allt svagare samhällsekonomi) bli allt svårare att finansiera inom ramen för statsbudgeten och många menade nu att det fordrades en mer radikal omläggning av äldreomsorgen.

En universell försäkring

Att ersätta en (i praktiken) selektivt inriktad äldreomsorg med ett universellt system som omfattade alla äldre med behov av vård och omsorg var en annan grundläggande tanke i reformprocessen. Den gamla välfärdsmodellen delade de äldre i Japan i två grupper; en som hade tillgång till äldreomsorg och en betydligt större grupp (medelklassen) som de facto var exkluderad från förmåner. Att medelklassen också borde omfattas av de sociala förmånerna var enligt Eto (2001) inte en fråga som emanerade ur den etablerade politiska välfärdsdebatten i Japan. Det var istället nya grupper vid sidan av det etablerade politiska systemet som artikulerade frågan och med tiden kom att påverka den politiska agendan i denna riktning. Eto (2001) menar t.ex. att den dominerande organisationen för kvinnors emancipation i Japan varit mycket framgångsrik i sin kamp och har lyckats få stor acceptans i samhället för kravet på att kvinnor måste befrias från omsorgsansvaret för de äldre. Campbell & Ikegami (2003) menar emellertid att det vid tidpunkten för reformeringen av äldreomsorgen i Japan inte förelåg något val då utvecklingen av sjukvårdsförsäkringen redan (från 1973) gav universella rättigheter till omfattande sjukvård både i hemmet och på sjukhus till låga eller inga kostnader (se ovan). Införandet av LTCI föregicks även av förändringar i andra delar av socialförsäkringssystemet.

Vid sidan av sjukvårdsförsäkringen hade t.ex. även pensions-, olycksfalls- och arbetslöshetsförsäkringen reformerats (Izuhara, 2003). I denna kontext omöjliggjordes en ny modell för äldreomsorg med annan socialpolitisk design än den universella vad gällde omfattning och inriktning.

Valet mellan en socialförsäkringsmodell och en skattefinansierad modell i reformeringen av äldreomsorgen var emellertid reellt. Att man i Japan bestämde sig för en socialförsäkringslösning tolkas av Campbell & Ikegami (2003) som ett uttryck för ett motstånd mot skattefinansiering och ett avståndstagande mot de problem många uppfattade var kopplade till det gamla systemet (stigmatiserande, ineffektivt, paternalistiskt och godtyckligt). Införandet av LTCI ackompanjerades istället av explicita politiska mål om att relationen mellan premier och förmåner i systemet måste vara mer transparent och att de äldre själva måste ta ett större ansvar för finansieringen (premier och egenavgifter) av äldreomsorgens kostnader. Vidare skulle den byråkratiska fördelningen av äldreomsorg ersättas med valfrihet och konkurrens. De äldre förväntades ta egna beslut om och i vilken utsträckning de skulle använda de vård- och omsorgstjänster de var berättigade till. Inom den öppna äldreomsorgen skulle nya utförare t.ex. vinstdrivande företag, olika former av kooperativ och frivilligorganisationer erbjuda och tillhandahålla vård- och omsorgstjänster i konkurrens med varandra och med redan existerande (offentliga och kvasioffentliga) organisationer. I retoriken kring fördelarna med kundval och konkurrens framhölls att detta möjliggör en responsiv och flexibel äldreomsorg i relation till brukarnas individuella behov och önskemål. Tillsammans med kundvalet skulle prismekanismen säkra tjänsternas kvalitet och effektivitet.

Valet av en socialförsäkringsmodell sammanfaller alltså med en marknadsorientering. Campbell & Ikegami (2003) menar emellertid att det är viktigt att också betänka att reformeringen av den japanska äldreomsorgen skedde i sammanhang där ett omfattande trygghetssystem för alla äldre i behov av omsorg skulle skapas.

Prövning av rätten till ersättning inom LTCI

Bedömningen av rätten till omsorg inom LTCI är en strikt formaliserad process. För att kommunerna, som är försäkringsgivare, skulle kunna bedöma rätten till hjälp inom LTCI på ett objektiva, rättvist och effektivt sätt utvecklades ett nationellt standardiserat och datoriserat behovsbedömningsinstrument (Tsutsui & Muramatsu, 2005). Efter ansökan till kommunen prövas rätten till omsorg primärt med utgångspunkt i ett frågeformulär där den sökandes fysiska och mentala status bedöms på 85 punkter (inkomster eller familjesituation påverkar alltså inte bedömningen). Med datorns hjälp skattas sedan hjälpbehovet (i nursing care minutes) utifrån en statistisk modell baserad på en omfattande tidsstudie av professionellt vård- och omsorgsarbete på institution (sjukhem) ⁷. Den sökande klassificeras antingen som oberättigad till hjälp eller i behov av hjälp på en av sex omsorgsnivåer. Den primära klassificeringen av hjälpbehovet kräver alltså ingen bedömning av medicinsk och/eller social expertis⁸. I ett andra steg granskas emellertid klassificeringen av en av kommunen särskilt utsedd expertgrupp bestående av lokala representanter för olika yrkesgrupper. Med hänsyn tagen till skriftliga utlåtanden från läkare och den som ansvarat för bedömningen – det görs t.ex. alltid hembesök i samband med den initiala prövningen – bestäms vilken omsorgsnivå individen slutligen ska placeras på⁹. Den initiala skattningen av behovet sammanfaller med expertgruppens bedömning i 70% av fallen (riksgenomsnitt). I 30% av fallen tar alltså expertgruppen beslut att placera den sökande i en annan (vanligtvis högre) omsorgsnivå (Tsutsui & Muramatsu, 2005).

⁷ För mer om hur det datoriserade behovsbedömningsinstrumentet konstruerats och kontinuerligt utvecklats hänvisas till Tsutsui & Muramatsu (2005).

⁸ Den som håller i den initiala prövningen i Japan behöver i princip enbart kunskap om proceduren. Ett särskilt instruktionsmaterial har producerats centralt och det är kommunernas ansvar att utbilda bedömare i att använda behovsbedömningsinstrumentet på ett korrekt sätt. Utbildningen tar mellan 3 och 7 dagar beroende på vilken kompetens individen redan har. I Tyskland, som också har en äldrevårdsförsäkring, gör försäkringsläkare bedömningen.

⁹ Beslutet kan överklagas (Matsuda & Yamamoto, 2001). Omprövning av biståndsbeslut görs på särskilda enheter för detta på prefekturnivå (ungefär motsvarande våra län)

Planering av vård och omsorg

Inom ramen för den omsorgsnivå som behovsbedömningen resulterar i och med hänsyn tagen till den äldres önskemål har sedan ett personligt ombud hela planeringsansvaret för dennes vård och omsorg. Efter det att omsorgsnivån fastställts är den äldre i princip fri att själv välja vilka tjänster, vilken omsorgsform och vilken utförare man vill ha. I praktiken sker emellertid dessa val vanligen i samråd med ett personligt ombud. Inledningsvis måste denne skapa sig en uppfattning om det individuella behovet och klientens önskemål (hembesök). Tillsammans med klienten görs sedan ett utkast till en vårdplan. Vårdplanen utformas med utgångspunkt i den enskildes behov, hur mycket denne vill (eller kan) betala i form av egenavgifter och om det föreligger önskemål om fler tjänster utöver de som ryms inom den beviljade omsorgsnivåns budget. Förslaget på vårdplan diskuteras sedan på en vårdplaneringskonferens med inbjudna utförare och (om nödvändigt) läkare och/eller sjuksköterskor. Om de så önskar får den äldre själv och dennes familj också deltaga i konferensen. Därefter går det personliga ombudet igenom vårdplanen med den äldre (och dennes familj) och när klienten godkänt den (skrivit på kontraktet) kontaktar ombudet den eller de utförare som ska tillhandahålla hjälpen. Efter detta faller det på det personliga ombudets ansvar att kontinuerligt följa upp (minimum en gång i månaden) och utvärdera de hjälpinsatser som ges och om så krävs justera vårdplanen eller göra en ny (Matsuda & Yamamoto, 2001; Ikegami, 2004). I det senare fallet (ny vårdplan) gör det personliga ombudet om den process som beskrivits ovan. Vårdplaner görs enbart inom ramen för den beviljade omsorgsnivån. Större förändringar i behovet som kan föranleda en ändring av omsorgsnivån bedöms och beslutas av den lokala expertgruppen (se ovan).

Systemet med personliga ombud

I Japan rekryteras personliga ombud från vitt skilda bakgrunder vad gäller formell utbildning och arbetslivserfarenheter. Grundkravet är fem års arbetslivserfarenhet inom ett vård- och omsorgsyre. För att bli kvalificerad som personligt ombud fordras att man först klarar ett statligt prov som

innehåller frågor kring försäkringen och elementära kunskaper om hälsa, sjukvård och social service. I ett andra steg går man sedan en kort utbildning i case management (fokus ligger på att göra en vårdplan). Sjuksköterskor och personer med utbildning i socialt omsorgsarbete är de största grupperna bland licensierade personliga ombud i Japan. Att anlita ett personligt ombud är en service bland andra som täcks inom ramen för LTCI. Det arvode som det personliga ombudet får för sina tjänster uppgick 2004 till 8500 yen (600 SEK.) per klient i månaden. De flesta personliga ombud (93%) är anställda i och får sin lön från olika utförarorganisationer. Många har emellertid andra arbeten vid sidan av¹⁰.

Det personliga ombudets olika roller

I sitt arbete med att hjälpa de äldre att välja och planera sin vård och omsorg och möjliggöra för äldre att leva ett oberoende liv hemma så länge det är möjligt har det personliga ombudet en nyckelfunktion när det gäller att säkerställa att centrala principer i den nya försäkringen realiserar. I processen svarar ombudets arbetsuppgifter mot tre viktiga roller och (ideala) arbetssätt. För det första att skraddarsy vårdplaner och koordinera hjälpinsatserna från olika utförare utifrån individens behov och önskemål. För det andra har det personliga ombudet till uppgift att informera och upplysa den äldre både om vilka tjänster och utförare som finns och vad som skulle passa bäst. I den senare aspekten ligger att ombudet meddelar den egna (professionella) bedömningen av hur den äldres behov bäst tillgodoses. I valet av vård och omsorg (både av vad och hur mycket) ligger det alltså i det personliga ombudets uppdrag att påverka den äldres synsätt – vad är bäst för dig. För det tredje förväntas det personliga ombudet företräda sina klienter och stå upp för deras intressen. Det innebär att denne har ansvaret för att ge råd och stödja den äldre och dennes familj t.ex. för att reda ut problem och att se att den hjälp som ges passar. I detta uppdrag ligger också att tala för den äldre i relation till dennes rättigheter inom försäkringen (Tada, 2004).

¹⁰ I Tokyoregionen hade fler än hälften (52%) andra arbeten vid sidan av. T.ex. som socialarbetare, sjuksköterska eller arbete i hemtjänsten (All Tokyo Survey, 2004).

Det kan finnas anledning att granska förutsättningarna för hur de personliga ombuden uppfyller sina (ideala) roller och tar sitt ansvar. Kan man t.ex. som personligt ombud anställd i en utförarorganisation verkligen tillvara sina klienters intressen? På ett principiellt plan förefaller det alltså att finnas inbyggda motsättningar i systemet men även från en praktisk utgångspunkt kan exempelvis frågor resas kring den kompetens det personliga ombudet har (och förväntas ha) liksom dennes arbetssituation. Hur är det med de personliga ombudens professionella status och i vilken utsträckning finns de praktiska förutsättningarna som fordras för att göra ett gott arbete? Detta tema diskuteras mer ingående i ett senare avsnitt. Först följer emellertid ett avsnitt som fokuserar på andra mer generella erfarenheter och problem relaterade till implementeringen av LTCI. Framställningen tar en utgångspunkt i de grundläggande idéer och målsättningar som var vägledande vid utformningen av försäkringen.

Erfarenheter och problem

Tjänsteutveckling

Införandet av LTCI betraktas av många som en stor framgång. En grundläggande idé med försäkringen var att skapa en ny ansvarsfördelning vad gäller omsorgen om de äldre i samhället. Istället för att helt ligga på familjens ansvar skulle nu vård- och omsorgstjänster finansieras inom försäkringen och tillhandahållas av en rad nya (och tidigare etablerade) utförare. Andelen hjälpberättigade bland de äldre (65+) ökade från 10,5% år 2000 till 14,1% år 2003 (Ikegami, 2004). En växande andel av de äldre i Japan mottar alltså alltmer vård- och omsorg vilket innebär att många av dem som tidigare (av finansiella eller familjeskäl) var exkluderade från hjälp och stöd från samhället precis som planerat nu får sina behov tillgodosedda inom försäkringen.

Mellan 2000-2003 ökade också antalet utförare. I samband med införandet av LTCI försökte många nya organisationer – flertalet erbjuder enbart en form av tjänst – att ta sig in på vård- och omsorgsmarknaden och

konkurrera med redan etablerade producenter. Ett antal mindre organisationer med goda kopplingar lokalt blomstrade redan från begynnelsen. En alltför optimistisk beräkning av marknadens storlek och en underskattning av de äldres lojalitet mot de omsorgsgivare som man redan hade en etablerad kontakt med skapade emellertid inledningsvis problem för storsatsande nya organisationer inom hemtjänsten. Vissa av dessa företag har först på senare tid kunnat generera vinster och expandera (Campell & Ikegami, 2003). Att de nya organisationerna hade svårt att konkurrera förklaras bl.a. av att många av de redan etablerade utförarna t.ex. privata sjukhus och den traditionella kvasi-offentliga äldreomsorgen kunde erbjuda ett brett spektra av tjänster organiserade under samma tak. Förutom att detta underlättade samordningen av hjälpinsatser vid upprättandet av en vårdplan i det fall dessa skulle tillhandahållas inom ramen för LTCI kunde flera av dessa utförare utöver öppenvård också erbjuda institutionsvård. Att på detta sätt kunna växla mellan hjälpformer utan att behöva byta utförare är attraktivt ur de äldres perspektiv (Matsuda & Yamamoto, 2001).

Tjänstproduktionen har inte bara expanderat utan har även skiftat inriktning. I linje med målsättningen att satsa på utbyggnad av öppna vård- och omsorgsformer ökade andelen tjänster inom den öppna omsorgen t.ex. hemtjänst, korttidsvård och hjälpmedel i relation till institutionsvård. Mellan 2000-2003 handlar det i siffror om en ökning av andelen från 34% till 45% av de samlade vård- och omsorgsinsatserna i Japan. Trots den relativa minskningen ökade emellertid antalet institutionsplatser i absoluta tal med 10% om året under samma period (Ikegami, 2004). Att efterfrågan på institutionsplatser är stor manifesteras av att köerna till vårdhemsplatserna blivit långa (väntelistor på 3-5 år 2004). En förklaring till detta är att införandet av LTCI gav alla rätt till en institutionsplats utan prövning mot inkomst eller familjesituation. En annan bidragande faktor kan vara att det föreligger incitament att välja institutionsvård *före* vård i hemmet. I jämförelse med institutionsboende blir kostnaden för vård och omsorg i det egna hemmet ofta högre för den enskilde. Det kostar att bo kvar hemma (t.ex. hyra, vatten och värme) och i ljuset av en oro för ekonomiska (och andra) konsekvenser av ett ökande hjälpbehov kan den fasta avgiften för en

plats på ett vårdboende säkert upplevas som ett tryggare alternativ av många (Shirasawa, 2004)¹¹.

Att efterfrågan på institutionsplatser är högre än utbudet kan tillsammans med organisatoriska och politiska hinder vidare förklara varför LTCI inte varit framgångsrik när det gäller målsättningen kring att få till stånd en integration och en (kvalitets-) utveckling av institutionsvården för äldre med varaktiga behov av (medicinsk) vård och omsorg (Ikegami, Yamauchi & Yamada, 2003). Fortfarande erbjuder olika institutioner oberoende av varandra vård av varierande kvalitet och man har inte lyckats med att få in de privata sjukhusen inom ramen för LTCI. Ur en aspekt innebär det senare att införandet av försäkringen inte har lett till minskade utgifter för de äldres sjukvård (inom sjukvårdsförsäkringen) i den utsträckning det var tänkt. Ur ett annat perspektiv indikerar detta att man inte (vilket var en ambition) lyckats bryta mönstret av hospitalisering av sociala skäl.

Lokala variationer

Lokala variationer vad gäller tillämpningen av det nationellt reglerade behovsbedömningssystemet och tillhandahållandet av tjänster föreligger. Enligt Tsutsui & Muramatsu (2005) är detta i första hand ett politiskt problem som speglar kommunala makthavares möjligheter att påverka (framför allt höja) de primärt klassificerade omsorgsnivåerna vid den slutliga granskningen. Att finna metoder för att av-politisera tillämpningen av behovsbedömningssystemet framstår som centralt i denna analys. Mitchell, Piggott & Shimizutani (2004) menar emellertid att variationerna i första hand är ett uttryck för att äldreomsorgens decentraliserade organisation och styrning i Japan tenderar att reflektera regionala skillnader vad gäller åldersstrukturen (antalet äldre och äldre med stora vård- och omsorgsbehov). Ur detta perspektiv fokuseras alltså problemet som en systemkonflikt kopplad till att äldreomsorgen i vissa avseenden är decentraliserad samtidigt som den i vissa aspekter är starkt centraliserad. I förlängningen av denna analys kan man tänka sig att en nationell reglering

¹¹ Omsorgskostnaden vid institutionsboende inkluderar alltså helinackordering. Detta var tidigare det vanliga inom särskilda boenden i Sverige

av både finansiering och tillhandahållandet av tjänster är nödvändigt om man vill komma åt de lokala variationerna.

Farhågor kring ökade kostnader

Mot bakgrund av problem i den japanska ekonomin har efterfrågan på tjänster inom försäkringen lett till att frågan om hur utgifterna för äldreomsorgen ska hållas i schack blivit alltmer central under senare år. För att bromsa kostnadsutvecklingen har staten sänkt priset på tjänsterna inom försäkringen (i genomsnitt med 2,3%). Trots lägre priser har emellertid många kommuner tvingats höja försäkringspremierna för att täcka sina utgifter. Ikegami (2004) menar att prissänkningar och premieökningar är ett uttryck för en politik styrd av ad hoc-lösningar. I likhet med t.ex. Mitchell, Piggott & Shimizutani (2004) menar denne forskare att kraven på finansiering och kontroll över äldreomsorgens utgifter representerar en stor politisk utmaning. På sikt kommer nya sätt att se på äldreomsorgens finansiering och organisation att tvingas fram. Den förändringsprocess (med deterministiska förtecken) Ikegami (2004) ser framför sig innebär att gränsen mellan sjukvård och äldreomsorg flyttas genom att mer av den sjukvård som idag täcks inom ramen för sjukvårdsförsäkringen överförs till LTCI. Inom LTCI kommer fokus att växla från institutionsvård mot vård i hemmet. Att kommunerna på lokal nivå håller igen på expansionen av vårdplatser och att differentierade egenavgifter (dyrare vid institutionsvård) införs är två förslag för att styra utvecklingen i denna riktning. I denna process kommer de offentliga utgifterna för vård och omsorg att minska parallellt med att en större andel av kostnaderna läggs över på de enskilda individerna. Relativt dyrare institutionsvård ersätts alltså med (förmodat) billigare vårdformer samtidigt som en större del av sjukvården för äldre istället finansieras med premier och egenavgifter inom LTCI.

Vid sidan av att minska utgifterna för tjänsteproduktionen och lägga över kostnader på individerna själva kan man även tänka sig att fördela kostnaderna/utgifterna på fler individer. Ett förslag som cirkulerat är att alla från 20 år och uppåt ansluts till försäkringen. En sådan utvidgning av personkretsen skulle dubbla antalet försäkrade (som betalar premier) i

systemet. Stora förändringar i existerande program krävs emellertid då t.ex. yngre funktionshindrade omfattas av andra system idag.

Farhågor kring den framtida finansieringen har även re-aktualiserat frågan om att i likhet med exempelvis den tyska vårdförsäkringen införa kontanta ersättningar och därigenom möjligheten att t.ex. betala anhöriga (och andra) för hjälp i hemmet¹².

Användarmönster

När det gäller de socialpolitiska konsekvenserna av införandet av LTCI kan det vara idé att närmare granska de nya användarmönstren. Vem ansöker om hjälp och hur mycket hjälp ansöker man om? Vilka tjänster väljer man och hur väljer man tjänster?

Av siffror från 2003 framgår att av dem som bedömts vara berättigade till hjälp ansökte 80% om att få äldreomsorg. I genomsnitt använde dessa hjälpmottagare knappt hälften (45%) av den vård och omsorg de hade rätt till (Ikegami, 2004). Ikegami menar att användarmönstret i första hand är ett uttryck för att en del äldre, även om man är berättigad, föredrar att ta all eller viss hjälp av familjemedlemmar. Det tar tid att vänja sig vid att ta emot hjälp från utomstående och för utförarna att utveckla adekvata hjälpinsatser. En förklaring till att 20% helt avstår från att göra anspråk på den vård- och omsorg man fått rätt till kan vara att det inte föreligger något aktuellt behov av hjälp. Man har alltså valt att få sin rätt till hjälp prövad i syfte att snabbt kunna använda sig av omsorgstjänster inom försäkringen om och/eller när mer accentuerade behov av hjälp uppstår.

¹² För att hålla nere kostnaderna (efterfrågan på tjänster) ger vissa kommuner kontanta ersättningar (utanför försäkringen). I de diskussioner som föregick utformningen av LTCI var de kontanta ersättningarna emellertid en stor stridsfråga (Eto, 2001). Förespråkarna hänvisade till att kontant ersättning maximerar valmöjligheterna, uppmärksammar och erkänner anhörigas hjälpinsatser, ger omsorg av högre kvalitet (anhöriga säkrare kort än främlingar som arbetar mot lön) och sparar pengar (kontant ersättning lägre än kostnaden för materiella tjänster vid varje given behovsnivå). Motargumenten fokuserade på problem med att man på detta sätt låser kvinnor i en traditionell omsorgsroll och att hjälpens kvalitet dessutom är sämre än professionell hjälp. Ett tredje argument tog sin utgångspunkt i att anhörigbidrag var ett hinder för den expansion av privata utförare som önskades vilket i förlängningen hotade målet om valfrihet i försäkringen.

Andra menar emellertid att användarmönstret reflekterar ett mer komplext non take-up problem. Med stöd i empirisk forskning diskuterar Izuhara (2003) olika hinder som kan förklara varför vissa men inte andra använder/efterfrågar den hjälp de är berättigade till (non take-up). Många äldre känner för det första inte till sina rättigheter. Det föreligger brister i informationen om hur försäkringen fungerar t.ex. om hur man ansöker. För det andra är mottagandet av hjälp från samhället fortfarande förknippat med ett stigma bland många äldre menar Izuhara. Att mottagandet av äldreomsorg skulle vara stigmatiserande går på tvärs med den rättighetsidé som LTCI grundar sig på och bryter också med det sätt på vilket expansionen av vård- och omsorgstjänster inom försäkringen vanligen förstås. Exempelvis betraktar Shirazawa (2004) utvecklingen efter införandet av LTCI i första hand som ett uttryck för att äldre i Japan idag är mer medvetna om sina rättigheter och därför (utan att känna sig stigmatiserade) ser till att få de vård- och omsorgstjänster man är i behov av (och har betalt för)¹³.

Att många äldre ransonerar sitt användande av omsorgstjänster inom försäkringen och underutnyttjar sina rättigheter av kostnadsskäl är ett tredje hinder. Efterfrågan på vård- och omsorgstjänster inom försäkringen speglar på ett systematiskt sätt skillnader i betalningsförmåga bland individer och familjer vilket kan ses som ett tecken på att LTCI bidrar till att skapa social ojämlikhet bland äldre (Izuhara, 2003). Försäkringen har visserligen på ett framgångsrikt sätt, genom ökade intäkter och en expansion av vård- och omsorgstjänster och utförare, utvidgat samhällsansvaret för äldre i Japan men den har också genom sin konstruktion med (i princip) enhetliga premier och egenavgifter, i praktiken resulterat att medel- och höginkomsthushåll gynnats ekonomiskt parallellt med att det ekonomiska trycket har ökat för

¹³ I likhet med Izuhara menar vi att detta sätt att uppfatta processen måste nyanseras. Mot bakgrund av hur äldreomsorgen historiskt var organiserad i Japan före implementeringen av LTCI är det inte särskilt överraskande att mottagandet av hjälp från samhället fortfarande kan upplevas som stigmatiserande. Erfarenheter från andra länder indikerar att det tar tid att eliminera känslor och uppfattningar i samhället som emanerar från erfarenheter av ett stigmatiserande fattigvårdssystem. Man kan helt enkelt inte förvänta sig att en ny social rättighet omedelbart institutionaliseras eller m. a. o. allmänt uppfattas som (och anses vara) en rättighet. I en övergång från selektivt till ett universellt välfärdssystem bör detta gälla oberoende av om rättigheten grundas på att individerna betalat skatt och/eller en försäkringspremie (eller som i LTCI en kombination). Detta är emellertid ytterst (i vanlig ordning) en empirisk fråga.

hushåll med låga inkomster. Med socialpolitiska begrepp bygger försäkringen på horisontell utjämning (utifrån behov) snarare än en vertikal (utifrån inkomst) och det är konflikten mellan dessa utjämningsprinciper Izuhara problematiserar. Även om skillnader i inkomster och andra finansiella tillgångar liksom familjeförhållanden inte längre påverkar bedömningen av behovet reflekteras dessa skillnader i vårdplanerna.

Exempelvis Campbell & Ikegami (2003) menar emellertid att denna kritik (farhåga) är överdriven. Premierna är i viss utsträckning inkomstrelaterade och många kommuner subventionerar tjänsterna och erbjuder även service som inte täcks inom försäkringen t.ex. matdistribution. I jämförelse med Tyskland där försäkringen bara täcker hälften av det bedömda behovet och många tvingas till att finansiera sina omsorgskostnader med socialbidrag är LTCI betydligt generösare. Mot bakgrund av förslagen om att lägga över en större del av kostnaderna för äldreomsorgen på individerna själva (se ovan) kan det kanske ändå finnas anledning att reflektera kring denna konflikt. Finns det inte en risk att ökade individuella kostnader kommer att leda till en ökad social ojämlikhet bland äldre?

De personliga ombudens arbete – Ideal och praktik

I det personliga ombudets roll ligger att hjälpa de äldre att välja och planera sin vård och omsorg och att möjliggöra för dessa att leva ett oberoende liv hemma så länge det är möjligt. En utgångspunkt för att diskutera ombudets arbete kan därför tas i hur detta fungerar i relation till att realisera centrala principer inom försäkringen t.ex. kvarboende och valfrihet. De studier och utvärderingar som föreligger kring hur de personliga ombudens arbetar i praktiken är få men indikerar att det i relation till de uppgifter ombuden ges inom LTCI finns frågetecken kring om och i så fall på vilket sätt dessa informerar och upplyser den äldre om vilka tjänster och utförare som finns och ger råd om hur dennes behov bäst tillgodoses. Likaså kan frågetecken sättas kring i vilken utsträckning man arbetar med att utforma vårdplaner och koordinera hjälpinsatser från olika utförare utifrån individens behov och

önskemål. Att personliga ombud (vilket förväntas) aktivt företräder klienten och står upp för dennes intressen förefaller också vara en arbetsuppgift som inte förekommer i stor omfattning.

Ur en aspekt speglar problemen de anställnings- och arbetsförhållanden care managers har. För det första är de flesta personliga ombud anställda i olika utförarorganisationer. Ett problem i detta är att det i praktiken blir oklart vilken roll ombudet har – som oberoende vårdplanerare eller som representant för en organisation som tillhandahåller vård och omsorg. Problemet kan illustreras utifrån hur de äldre i Japan väljer tjänster och utförare. Rätten till det individuella valet av tjänster är en central princip inom LTCI. I verkligheten väljer man emellertid inte lika fritt. När det gäller valet av utförare väljer äldre ofta den organisation som ombudet representerar. I förlängningen av detta ligger att de personliga ombuden också i första hand prioriterar de tjänster som tillhandahålls av den organisation man representerar. Det faktum att äldre (60%) väljer enstaka tjänster snarare än ett paket av olika tjänster (och utförare) skraddarsydd efter det individuella behovet kan tolkas på olika sätt men ligger i linje med att man som personligt ombud kanske i första hand rekommenderar den egna organisationens tjänster och inte vill eller hinner samordna tjänster från olika utförare. Att ombudet är anställd av en utförarorganisation skapar också ett dilemma (inte minst i relation till den egna organisationen) när det gäller att aktivt företräda klienten (Izuhara, 2003; Tada, 2004).

Problematiken nyanseras emellertid i de intervjuer med personliga ombud vi fick möjlighet att göra i Japan hösten 2005. När det gäller valet av tjänster och utförare framkom exempelvis att den äldre och dennes anhöriga i stor utsträckning ville (och förväntade sig) att det personliga ombudet skulle ta dessa beslut. I intervjuerna framställdes detta som ett problem mot bakgrund av att man som personligt ombud i princip vare sig kan eller har ett ansvar för att ta dessa beslut. Att klienterna inte vill eller kan bestämma sig kan vara av betydelse för att förklara varför de personliga ombuden prioriterar de tjänster som den egna organisationen tillhandahåller (man förväntas inte vara objektiv). När det gäller svårigheten att företräda klienten handlar det inte enbart om att vara objektiv vid dennes val av tjänster och utförare utan också om att föra dennes talan vid t.ex. klagomål

mot utföraren. Här framfördes emellertid den intressanta synpunkten att det faktiskt var lättare att vara uppriktig i sina klagomål mot den egna organisationen jämfört med att framföra klagomål på andra utförare.

Ett annat problem i sammanhanget ligger i att de personliga ombuden av olika anledningar har svårt att hinna med sina arbetsuppgifter. I olika studier har konstaterats att de betraktar sig som underbetalda, överlastade med arbete och tvingade att använda sin tid till att administrera försäkringen. I All Japan Survey (2004) rapporterade t.ex. en majoritet bland ombuden att de arbetade på helger medan 70% uppgav att de utförde arbete utöver det de fick betalt för. Bland förklaringarna finns att många personliga ombud (fler än hälften) har andra arbeten vid sidan av. Även bland dem som inte har bisysslor är emellertid ombudssysslan ofta en arbetsuppgift som ska hinnas med vid sidan av andra. Ett personligt ombud i Japan har också många klienter. Tada (2004) uppger att genomsnittet är 40 klienter men att 25% har mellan 50-60 klienter. En hög arbetsbelastning kan förklara varför det t.ex. förekommer vårdplaneringar som inte bygger på tillräckligt grundliga utredningar av det individuella behovet, att det inte kallas till vårdplaneringskonferenser och att det brister när det gäller uppföljning och utvärdering av de hjälpinsatser som ges.

Vid sidan av en hög arbetsbelastning finns det emellertid anledning att också uppmärksamma andra faktorer som mer fokuserar de personliga ombudens kompetens. I Ouwa (2003) framkommer t.ex. att dessa ofta uppfattar att de saknar den kunskap, kommunikationsförmåga och erfarenhet som fordras vilket leder till stress. I studien rapporteras också om att ombuden efterlyser såväl kollegor att diskutera med som handledning. Vidare att de upplever kommunikations- och samarbetsproblem med andra professioner (inte minst läkare). Eftersom de personliga ombudens bild av sig själva vad gäller kunskaper, kompetenser och erfarenheter delas av andra föreligger ett dilemma. En bristande tilltro till de personliga ombudens kunskaper och kompetens innebär att den formella auktoritet som dessa ges inom LTCI inte alltid respekteras av de utförare (och professioner) vars hjälpinsatser ska samordnas. Vid sidan av problemen med att de personliga ombuden i stor utsträckning är anställda i utförarorganisationer och att de av

olika anledningar har en hög arbetsbelastning sätter detta fokus på ombudens (brist på) professionalism och professionella status.

Shirazawa (2004) menar t.ex. att bristen på professionalism är ett hinder för att realisera kvarboendepincipen. De personliga ombuden agerar i allt för stor utsträckning bara som tillhandahållare av de formella vård- och omsorgstjänster som täcks inom försäkringen när man med utgångspunkt i de behov som föreligger snarare borde arbeta mer professionellt med att stödja och hjälpa äldre att upprätthålla sitt vardagliga liv ute i samhället. Det handlar både om att ombudet i sitt arbete med att hjälpa de äldre att välja och planera sin vård och omsorg måste bli bättre på att motivera och styra de äldres val (t.ex. från institutionsvård till omsorg i hemmet) men också att denne i större utsträckning måste arbeta med att t.ex. försöka stärka de informella stödsystem kring den äldre som behövs för att denne ska kunna klara och upprätthålla ett liv i samhället. Att äldre väljer institutionsvård *före* vård i hemmet är alltså inte enbart en incitamentsfråga kopplad till försäkringens konstruktion (jfr ovan) utan sätter med Shirasawas perspektiv även ljuset på det personliga ombudets sätt att arbeta.

Hur komma tillrätta med problemen? Många har uppmärksammat att det är nödvändigt att klargöra de personliga ombudens roll i systemet. Om denna roll först och främst är att bistå de äldre att välja och planera sin vård och omsorg och fungera som dennes assistent/företrädare måste det personliga ombudet ges en neutral position i relation till utföraren. Förslag som direkt adresserar detta problem t.ex. krav på att personliga ombud inte får avlönas av utförarorganisationer förekommer i den japanska debatten men fokus förefaller i större utsträckning ligga på behovet av professionsutveckling (och det oberoende som ligger i att få sin professionella status erkänd) och frågan om hur man kan förbättra arbetsvillkoren för de personliga ombuden. Det förra är först och främst en fråga om mer och bättre utbildning och högre (och mer preciserade) krav på dem som vill arbeta som personligt ombud. När det gäller att förbättra

arbetsvillkoren pågår diskussioner kring att höja och differentiera beloppet utifrån den äldres behovsnivå fr.o.m. 2006¹⁴.

Det förekommer även förslag om att inrätta en ny form av super care managers för att ta hand om och hjälpa äldre med komplicerade vård- och omsorgsbehov och att skapa multi-diciplinära team (under ledning av en care manager) för denna uppgift (Campbell & Ikegami, 2003). I förlängningen av detta kan man också tänka sig att äldre med mindre komplicerade behov av hjälp får klara sig utan ett personligt ombud (jfr Tyskland).

Diskussion

I Japan har man saknat resurser för att på kort tid bygga upp ett system med oberoende och välutbildade personliga ombud. Istället är de personliga ombuden oftast anställda av olika utförarorganisationer och saknar många gånger de kunskaper och erfarenheter som fordras. Detta innebär att frågetecken kan sättas vad gäller de personliga ombudens möjligheter att vägleda och företräda de äldre på ett neutralt och professionellt sätt. Erfarenheterna visar också att det i praktiken är oklart vem de personliga ombuden i Japan företräder vid planeringen av vård och omsorg och att de brister när det gäller koordinering, uppföljning och utvärdering av de hjälpinsatser som ges.

Att ha en oberoende ställning i relation till utföraren och att besitta de kunskaper som krävs för att kunna bistå den äldre vid planering och samordning av hjälpinsatser förefaller som nödvändiga rekvisit för att kunna fungera som den äldres ombud inom ett system med kundval. Däremot kan man naturligtvis resa frågan om personliga ombud behövs för alla. I de fall den äldre enbart har behov av praktisk hjälp kan man förutsätta att denne (och anhöriga) har relativt goda möjligheter att själv skapa sig en uppfattning om utförarna och den hjälp man vill ha. För den som har mer

¹⁴ Den bild av problem och förslag på lösningar som tecknas ovan delas i allt väsentligt av de ombud vi intervjuat. Deras pessimism kring möjligheterna att snabbt förbättra situationen var dock påfallande stor.

komplexa behov av vård och omsorg finns det emellertid anledning att tro att det är avsevärt svårare att på egen hand skapa ett beslutsunderlag. I system med kundval kan man därför tänka sig att personliga ombud enbart arbetar med de komplicerade fallen.

Möjligheten att införa kundval inom äldreomsorgen har emellertid inte utnyttjats av de svenska kommunerna i någon större utsträckning¹⁵. Med utgångspunkt i hur verkligheten ser ut förefaller frågan om behovet av ett personligt ombud inom äldreomsorgen i nuläget främst handla om en växande grupp av äldre med komplexa behov av vård och omsorg. Den bild av en fragmenterad vård och omsorg för dessa människor som framkommer i svenska och internationella studier har lett till att behovet av att organisatoriskt integrera hjälpinsatser inom hälso- och sjukvården med den sociala omsorg för äldre som genomförs av kommunerna har betonats allt mer. Det grundläggande problemet är alltså att organisationer (landstingen och kommunerna) och professionella med olika uppdrag inte samordnar dessa i relation till den gemensamma vårdtagarens behov. Att utveckla närsjukvården (Anell, 2004) och att skapa äldrevårdsteam (Gurner & Thorslund, 2003) är förslag som syftar till att få till stånd en samverkan mellan professioner för en bättre kontinuitet och samordning av vård och omsorg.

De äldrevårdsteam som föreslås är ett exempel på en multiprofessionell modell. Idealt är fördelarna med en sådan modell att de inblandade yrkesgrupperna lättare kan utbyta information, göra överenskommelser om vilka uppdrag och vilket ansvar man har i relation till den gemensamme brukaren och därigenom få bättre möjligheter att planera samordningen och tillhandahållandet av hjälpinsatser (Lawler & Harlow, 2005). I den multiprofessionella modellen har en care/case manager en nyckelroll. I uppdraget för care/case managern ligger fokus på att koordinera (och leda) teamets hjälpinsatser utifrån det individuella fallet (case management). Det tycks vara den utveckling som kan skönjas i Japan med en ”super care manager”.

¹⁵ I Sverige har ett femtontal kommuner inför kundval inom äldreomsorgen (Edebalk & Svensson, 2005).

Att skapa fungerande äldreteam är emellertid en utmaning. Erfarenheter från Storbritannien visar t.ex. att skapandet av multiprofessionella team inte självklart leder till att man kommer tillrätta med brister vad gäller kontinuitet, samverkan och samordning av hjälpinsatser (Glendinning, 2003; Hudson, 2002; Heenan & Birrell, 2006). En utmaning ligger i att överbrygga de kulturella skillnader som föreligger mellan inblandade organisationer och professioner. Strukturell förändring (t.ex. skapandet av team) ses i detta sammanhang som en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att garantera en väl koordinerad praktisk verksamhet. En vilja och motivation bland de inblandade yrkesgrupperna att aktivt arbeta för en ökad förståelse för varandras kompetenser, erfarenheter och värderingar (culture of integration) förefaller minst lika viktig (Heenan & Birrell, 2006). Denna vilja till samarbete och samverkan är emellertid inte självklar och med udden riktad mot alla de forskare och politiker för vilka fördelarna med en integrerad vård och omsorg för äldre framställs som en icke ifrågasatt truism menar Glendinning (2003) vidare att det även finns anledning att kritiskt granska om en integration av vård och omsorg verkligen gagnar och uppskattas av de äldre själva.

Man skulle naturligt vis också kunna tänka sig en konstruktion med ett fristående personlig ombud där uppdraget i likhet med vad som är fallet för psykiskt funktionshindrade är att företräda den äldre t.ex. i relation till ett team och/eller en biståndsbedömare inom den kommunala äldreomsorgen och arbeta för att denne får de stöd- och hjälpinsatser han/hon har behov av och att dessa koordineras. En viktig lärdom från Japan som förefaller översättbar till detta fall är betydelsen av att det personliga ombudet har en erkänd professionell status (auktoritet) för att kommunikationen och samarbetet med de professionella (och de organisationer de representerar) ska kunna fungera.

Referenser

Litteratur

- All Japan Survey (2004). Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare
- All Tokyo Survey (2004). Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare
- Anell, A. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter – Sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur
- Billings, J. & K. Leichsenring (eds.) (2005). *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons. Evidence from Nine European Countries*. Aldershot: Ashgate
- Blomberg, S. (2004). *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförandet av en organisationsreform och dess praktik*. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet
- (diss)
- Campbell, J. & N. Ikegami (2003). Japan's Radical Reform of Long Term Care. *Social Policy & Administration*. 2003, Vol. 37, No. 1, 2003, pp. 21-34.
- Challis, D., Daton, R., Hughes, J., Stewart, K. & K. Wiener (2001). Intensive care management at home: an alternative to institutional care? *Age and Ageing*, 2001, 30, pp 409-413.
- Colmorton, E., Clausen, t. & S. Bengtsson (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older People in Denmark. In Leichsenring, K. & A. M. Alaszewski (eds.). *Providing Integrated Health and Social Care for Older People: An European Overview of Issues at Stake*. Aldershot: Ashgate
- Edebalk, P. G. & M. Svensson (2005). *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, Tema Nord, 2005: 507
- Eto, M (2001). Public Involvement in Social Policy Reform: Seen from the Perspective of Japan's Elderly-Care Insurance Scheme. *Journal of Social Policy*. 2001, Vol. 30, no. 1, pp. 17-36.

- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and social care services for older people in England. *Health Policy*, 65 (2003), pp 139-151
- Gurner, U. (2001). *Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+. Behov och konsumtion av slutenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser*. Stockholm: Äldrecentrum. Rapport 2001: 6
- Gurner, U. & M. Thorslund (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Gurner, U., Fastbom, J. & J. Österman (2004). *Vi har inte tid – Ring akuten! 24 fallstudier av 24 multisjuka 75+ i Sigtuna. Behov och konsumtion av slutenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser*. Stockholm: Äldrecentrum. Rapport 2004: 1
- Heenan, D. & D. Birrell (2006). The Integration of Health and Social Care: The lessons from Northern Ireland. *Social Policy & Administration*. Vol. 40, No. 1, pp. 47-66
- Hudson, B. (2002). Integrated Care and Structural Change in England: The Case of Care Trusts. *Policy Studies*. Vol. 23, No. 2
- Ikegami, N. (1997). Public Long Term Insurance in Japan. *JAMA* 1997, Vol. 278, No 16, pp 1310-1314
- Ikegami, N., K. Yamauchi & Y. Yamada (2003). The long term care insurance law in Japan: impact on institutional facilities. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 2003, No 18: pp. 217-221
- Ikegami, N. (2004). Impact of public long-term care insurance in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 2004: 4
- Izuhara, M. (2003). Social Inequality under a New Social Contract: Long Term Care in Japan. *Social Policy & Administration*. Vol. 37, No. 4, 2003, pp. 395-410.
- Järkestig Berggren, U. (2006). *Personligt ombud. Social praktik i medicinsk diskurs*. Växjö universitet, Rapportserie i socialt arbete, nr 2, 2006. (diss)
- Lawler, J. & E. Harlow (2005). Postmodernization: A Phase We're Going Through? Management in Social Care. *British Journal of Social Work*. 2005, 35, pp. 1163-1174

- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social care. Lessons from the US and UK. *The Millbank Memorial Fund Quarterly*. 77: 1, pp 77-110.
- Leutz, W. & N. Ikegami (2004). Coordinating Medical care and Long term care: Field Report from Japan.
<http://www.ijic.org/newsletter/publish/articles/000002/article.htm>
- Long, M, J. (2002). Case management model or Case manager type? That is the question. *The Health Care Manager*. June, 2002; 20, 4. pp.53-65.
- Matsuda, S. & M. Yamamoto (2001). Long term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated care*. September, 2001.
- Mitchell, O, S., J. Piggott. & S. Shimizutani. (2004). *Aged-Care Support in Japan: Perspective and Challenges*. Prepared for presentation at International Forum organized by the ESRI, Cabinet Office, Government of Japan. Tokyo, feb 2004. *Journal of Economic Literature* Classification Numbers: I18, J14.
- Ouwa, M. (2003).
- Salonen, P. & R. Haverinen (2004). Providing Integrated Health and Social Care for Older People in Finland. In Leichsenring, K. & A. M. Alaszewski (eds.). *Providing Integrated Health and Social Care for Older People: An European Overview of Issues at Stake*. Aldershot: Ashgate
- Shirazawa, M. (2004). The evaluation of care management under the public long term care insurance in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 2004: 4
- SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Stockholm: Fritzes
- Tada, Y. (2004). *Care Manager of Long-term care insurance in Japan - Their role and problems*. Opublicerat arbetspapper. Socialhögskolan: Lunds universitet
- Tompsett, H. (2001). Changing systems in health and social care for older people in Japan: observations and implications for interprofessional working. *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 15, No. 3. 2001

Tsutsui, T. & N. Muramatsu (2005). Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan. *International Health Affairs*. March 2005-Vol., 53, No. 3.

Weiner, K., Hughes, J. Challis, D. & I. Pedersen (2003). Integrating Health and Social Care at the Micro Level: Health Care Professionals and Care Managers for Older People. *Social Policy & Administration*.

Vol. 37, No. 5, pp. 498-515

Intervjuer

Personligt ombud (1) – Sjuksköterska. Arbetade som personligt ombud i en frivilligorganisation (kyrklig) i Kyoto 2000-2004 men återgick sedan till arbetet som sjuksköterska.

Personligt ombud (2) – Akupunktör. Arbetar sedan 3 år tillbaka som personligt ombud i ett privat företag i Kyoto.

Personligt ombud (3) – Sjuksköterska. Arbetar sedan 4 år tillbaka som personligt ombud inom den traditionella kommunala omsorgen i Osaka.